

idp

DEBATES EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

10.08.2021

Nº 61

**Monitoramento do Contrato de Gestão do Hospital de
Base do Distrito Federal**

ROOSEVELT VILELA PIRES

www.idp.edu.br

Monitoramento do Contrato de Gestão do Hospital de Base do Distrito Federal

Monitoring of the Management Contract of the Hospital de Base do Distrito Federal

ROOSEVELT VILELA PIRES¹

¹ Roosevelt Vilela Pires é Mestre em Administração Pública pelo Instituto Brasileiro de Ensino, Desenvolvimento e Pesquisa (IDP). E-mail: dep.rooseveltvillela@gmail.com

IDP

IDP é um centro de excelência no ensino, na pesquisa e na extensão nas áreas da Administração Pública, Direito e Economia. O Instituto tem como um de seus objetivos centrais a profusão e difusão do conhecimento de assuntos estratégicos nas áreas em que atua, constituindo-se um *think tank* independente que visa contribuir para as transformações sociais, políticas e econômicas do Brasil.

DIREÇÃO E COORDENAÇÃO

Diretor Geral

Francisco Schertel

Coordenador do Mestrado em Administração Pública

Caio Cordeiro de Resende

Coordenador do Mestrado em Economia

José Luiz Rossi

CONSELHO EDITORIAL

Coordenação

Paulo Alexandre Batista de Castro

Supervisão e Revisão

Renan Holtermann, Matheus Gonçalves,
Mathias Tessmann, Milton Sobrinho,
Alessandro Freire, Jackline Oliveira e
Anderson Silva

Comunicação e Marketing

Antonio Zaninetti e Daniel Jordão

Projeto gráfico e diagramação

Juliana Vasconcelos

www.idp.edu.br

DEBATES EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

Revista Técnica voltada à divulgação de resultados preliminares de estudos e pesquisas aplicados em desenvolvimento por professores, pesquisadores e estudantes de pós-graduação com o objetivo de estimular a produção e a discussão de conhecimentos técnicos relevantes na área de Administração Pública.

Convidamos a comunidade acadêmica e profissional a enviar comentários e críticas aos autores, visando o aprimoramento dos trabalhos para futura publicação. Por seu propósito se concentrar na recepção de comentários e críticas, a Revista Debates em Administração Pública não possui ISSN e não fere o ineditismo dos trabalhos divulgados.

As publicações da Revista estão disponíveis para acesso e download gratuito no formato PDF. Acesse: www.idp.edu.br

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do IDP.

Qualquer citação aos trabalhos da Revista só é permitida mediante autorização expressa do(s) autor(es).

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	6
2. DESENVOLVIMENTO	8
2.1 EVOLUÇÃO DA GESTÃO EM SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL.....	8
2.2 MODELOS DE GESTÃO NA SAÚDE PÚBLICA	12
2.3 CONTRATO DE GESTÃO	20
2.4 INDICADORES	21
3. ANÁLISE E MONITORAMENTO DO CONTRATO DE GESTÃO.....	23
3.1 ANÁLISE DOS INDICADORES	34
4. CONCLUSÃO	42
5. REFERÊNCIAS	46

Resumo: Este estudo examina o sistema de monitoramento do Contrato de Gestão Nº 001/2018-SES/DF, entre a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e o IGES/DF no acompanhamento da gestão do Hospital de Base. Para isso, analisam-se as características da saúde pública e a evolução dos modelos de gestão no Brasil e no IGES/DF, buscando o fundamento para a implementação do contrato de gestão. Ao analisar a documentação relacionada ao contrato, constatou-se que o sistema de monitoramento não se fundamenta em metodologia clara e tecnicamente definida, carecendo de indicadores mais precisos, principalmente, do atributo da comparabilidade. A avaliação de melhorias na gestão da saúde pública, em relação ao hospital, torna-se, portanto, prejudicada.

Palavras chave: Hospital de Base do Distrito Federal; IGES/DF; Contrato de Gestão; monitoramento em saúde pública; indicadores de gestão.

Abstract: This study examines the monitoring system of the “Contrato de Gestão Nº 001/2018-SES/DF”, held between the Health Department of the Federal District and IGES/DF, especially regarding the management of Hospital de Base. Hence, the characteristics of public health and the evolution of management models in Brazil and in the IGES/DF are analyzed in order to understand the basis for the implementation of the management contract. While analyzing the documents related to the contract, it was found that the monitoring system is not based on a clear and technically defined methodology. In consequence, performance indicators mainly lack the attribute of comparability. The improvement assessment in public health management regarding this hospital is therefore hindered.

Keywords: Hospital de Base; IGES/DF; management contract; public health monitoring; performance indicators.

1. INTRODUÇÃO

A gestão de saúde pública no Brasil, perpassou grandes mudanças, desde o advento da Constituição Federal de 1988. A criação do Sistema Único de Saúde – SUS buscou consolidar a ideia constitucional de que a saúde é um direito universal. No entanto, a Administração Pública enfrenta grandes desafios para fornecer serviços de saúde com qualidade, de forma abrangente e tempestivamente.

Considerando a complexidade de políticas públicas de saúde, a reforma administrativa ocorrida nos anos 1990 visou propugnar modelos descentralizados de gestão em saúde. Uma das soluções propostas é a contratualização de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, com autonomia de gestão, mas que recebam recursos do Poder Público para prestar serviços de saúde.

A justificativa inicial do trabalho é que o Governo do Distrito Federal, na época da proposição de mudança do modelo de gestão do hospital de base, alegou que, por meio dos indicadores estabelecidos em contrato de gestão, a serem executados conforme o modelo de serviço social autônomo, atingir-se-ia melhora na alocação dos recursos públicos, o que, conseqüentemente, propiciaria aumento na qualidade da prestação de serviço de saúde pública. Logo, torna-se necessário saber se a execução do contrato está alcançando esse objetivo.

Por meio da Lei nº 5.899/2017, foi criado o Instituto hospital de base do distrito federal- IHBDF. Com isso, criou-se uma pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos, de interesse coletivo e utilidade pública, regulada por meio de contrato de gestão, sob a forma de serviço social autônomo.

Conforme se verifica na exposição de motivos do projeto de lei que propiciou a ideia inicial do modelo, por meio da implementação do modelo do serviço social autônomo, buscou-se conferir mais autonomia e flexibilidade à gestão hospitalar, a fim de obter ganhos de produtividade e aumento na qualidade do serviço, mediante controle de desempenho realizado por indicadores e metas contidos no contrato de gestão.

Pouco mais de um ano depois, com a Lei nº 6.270/2019, trouxe ampliação desse modelo, com a absorção do IHBDF por uma estrutura gerencial maior, o Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal - IGES/DF, com a finalidade de otimizar a gestão de uma rede hospitalar maior.

A expansão do modelo, consoante a exposição de motivos do projeto de lei que criou o IGES/DF, deu-se no contexto da decretação de situação de emergência de saúde pública no Distrito Federal, em 2019 – antes, portanto, da disseminação da pandemia global causada pelo vírus SARS-COV2. Na justificativa, descreveu-se a situação das instituições de saúde como “calamitosa e em estado de emergência”. Propôs-se, como alternativa para solucionar esse problema, o aumento da abrangência do modelo encetado pelo IHBDF, que seria substituído pelo IGES/DF.

Tendo em vista o cenário de descentralização de gestão na saúde pública, este artigo buscará analisar, por meio de estudo de caso do Hospital de Base do Distrito Federal - HBDF, o contrato de gestão firmado entre o IGES/DF e a Secretaria de Saúde do Distrito Federal - SES, com o objetivo de verificar se o instrumento apresenta mecanismos adequados para aferição de melhoria do desempenho na prestação de serviço público de saúde. A forma de acompanhamento do contrato se baseia, fundamentalmente, pelo acompanhamento de indicadores.

Com a implementação da descentralização de gestão em saúde pública tendo ocorrido em 2018, pode-se considerar o Contrato de Gestão Nº 001/2018-SES/DF ainda em período de adaptação, o que propicia oportunidades para evolução e consolidação do modelo, que poderá servir de paradigma dentro do país.

2. DESENVOLVIMENTO

O artigo estrutura-se em quatro capítulos, além da Introdução e da Conclusão. No desenvolvimento, será abordada a evolução e as dificuldades da gestão da saúde pública nacional, sob influência das reformas administrativas, será também feita explicação sobre contratos de gestão e o uso de indicadores no acompanhamento de resultados, o artigo abarcará as formas de gestão tradicional e por meio de serviço social autônomo. Já no Capítulo 3, serão analisadas as formas de monitoramento do Contrato de Gestão Nº 001/2018-SES/DF e as dificuldades verificadas no modelo.

2.1 EVOLUÇÃO DA GESTÃO EM SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Como ressaltaram Machado e outros (2017), a evolução da saúde pública no Brasil foi profundamente influenciada pelas características políticas e sociais do país.

Durante o processo de redemocratização, sob influência da crise econômica e financeira dos anos 1980, a Reforma Sanitária representou uma tentativa de superar os problemas históricos do setor. A abordagem, cuja ideia central era instituir um sistema universal de saúde, foi escrita na Constituição Federal de 1988 e, conforme parágrafo 1º do artigo 199, se mostrava a possibilidade de atuação em conjunto com instituições privadas sem fins lucrativos.

Com base no histórico relativo à saúde pública do Brasil, Santos e outros (2020) identificaram a Constituição Federal de 1988, o Plano de Reforma da Atenção Hospitalar Brasileira de 2003 (PRAHB/2003) e a Política Nacional de Atenção Hospitalar de 2013 (PNHOSP/2013) como principais marcos normativos sobre o tema. Para os autores, esses documentos representam:

- a) A priorização da saúde como direito universal a ser provido pelo Estado, por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), e complementado pela iniciativa privada;
- b) O reconhecimento da necessidade de reformar as políticas de atenção hospitalar;
- c) A organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Com base no artigo de Santos e outros (2020), no qual se realizou abrangente revisão bibliográfica acerca da gestão hospitalar no SUS, compreende-se que, no período anterior à existência do SUS, verifica-se a ocorrência de problemas que, embora mitigados, subsistem até o período atual, como, por exemplo, deficiências no planejamento e na gestão sistêmica em saúde, escassez de recursos humanos, inadequação da estrutura física e pouca fidedignidade dos registros de Autorização de Internação Hospitalar.

Na etapa inicial de implantação do SUS, estabeleceu-se uma rede descentralizada. Em razão dos desafios impostos pela permanente escassez de recursos e pela dificuldade em gerir um sistema de saúde universal em um país de dimensões continentais, em 2003 foi elaborado o Plano da Reforma da Atenção Hospitalar Brasileira. (SANTOS et al., 2020).

Com o Plano da Reforma da Atenção Hospitalar Brasileira, buscou-se o fortalecimento da articulação entre os setores públicos e privado, bem como a melhoria do planejamento e da gestão, a exemplo das Redes de Atenção à Saúde (RAS), cujo propósito é aumentar a eficiência na gestão da saúde no âmbito regional, a fim de conformar um sistema reticular integrado de saúde nos diversos territórios que compõem o Brasil. (SANTOS et al., 2020).

Bresser Pereira (1998) destacou que a implementação do SUS ainda estava incompleta. O processo de descentralização ocorria de forma lenta, bem como o atendimento hospitalar não só era insuficiente, mas também sofria com problemas quanto à qualidade dos serviços prestados.

Nos anos 1990, no contexto da reforma administrativa gerencial, em razão das desigualdades territoriais quanto à oferta de serviços do SUS e da escassez de recursos que caracterizou o período, o modelo das Organizações Sociais (OS) ganhou relevância. A disseminação dessas entidades no setor de saúde visava suprir o déficit de cobertura, bem como a incapacidade de atender a demanda por atendimentos de baixa complexidade, conforme se depreende em Santos e outros (2020).

A proposta de reforma do sistema de saúde de Bresser Pereira constituiu uma tentativa de conciliar os ideais da Reforma Sanitária aos conceitos da Reforma Gerencial, que enfatizava a assistência hospitalar, e baseou-se em cinco premissas:

- a) A descentralização enseja melhor controle de qualidade e de custos dos serviços de saúde;
- b) O controle social pela comunidade atendida é mais efetivo;

c) A separação entre oferta e demanda de serviços médico-hospitalares possibilita o surgimento de uma competição administrada;

d) Um sistema de encaminhamento por intermédio de postos de saúde e clínicos gerais reduz internações hospitalares desnecessárias; e

e) As auditorias realizadas pelo Ministério da Saúde devem complementar as realizadas em âmbito municipal.

O Programa Nacional de Publicização, que ganhou forma na Lei 9.637/98, regulamentava a qualificação dessas entidades como organizações sociais, criadas para tornarem-se um dos meios preferenciais de implementação da iniciativa. Não se propunha a privatização do setor, mas, sim, fomentar a prestação de serviços de saúde mediante incremento da parceria do Estados com organizações sociais e com a sociedade. Por meio da transferência da propriedade dos serviços não exclusivos prestados pelo Estado para pública não estatal ensejar-se-ia a adoção de práticas gerenciais nesse setor e, dessa forma, o aumento da eficiência e da qualidade dos serviços prestados.

A saúde pública passou por um processo de publicização, mediante a contratualização de resultados e com base na busca por mais eficiência e com a previsão de um controle social direto, mediante participação da sociedade em conselhos de administração.

Ganharam expressiva relevância, assim, as organizações sociais de saúde, principalmente nos estados e nos municípios, em contexto de busca por melhoria na prestação de serviço de saúde em meio à escassez de recursos públicos, uma vez que são capazes de atuar com maior autonomia e uso de modelos gerenciais mais flexíveis, muito embora recebam recursos governamentais.

Saldiva & Veras (2018) argumentam que a saúde pública, no Brasil, tem importantes desafios relacionados a financiamento, assim como na gestão e regulação desses serviços. Afirmam os autores que o dispêndio com saúde, no Brasil, é da ordem de 8% do PIB. Não se trata de um nível de gastos considerado baixo: países que disponibilizam acesso universal à saúde, como Canadá e Reino Unido, têm dispêndios de aproximadamente 10% do PIB. Ressalta-se, no entanto, que a maior parte dos aportes financeiros em saúde no Brasil ocorre no sistema privado, cujo acesso é restrito a 23% da população brasileira. Argumenta-se, dessa forma, que há escassez de investimentos no setor, a fim de garantir uma cobertura universal dos serviços de saúde.

No que concerne à gestão e à regulação dos serviços de saúde, verificam-se críticas à transferência de responsabilidades ao setor privado. Aqueles contrários ao modelo das organizações sociais afirmam que há incentivo à criação de planos de saúde populares, com ênfase na cobertura de doenças cujo tratamento demanda menores gastos. Isso pode ter como consequência a concentração de investimentos públicos no atendimento a casos mais graves e custosos, o que fragiliza a garantia do acesso universal à saúde no país. (Saldiva & Veras, 2018)

Soares e outros (2016) concluem que o modelo de gestão em saúde por meio de OS constitui espécie de privatização dissimulada do sistema de saúde brasileiro, muito embora reconheçam que a revisão bibliográfica realizada foi inconclusiva quanto à melhoria da gestão de serviços no SUS. Constatou-se que artigos com argumentos gerenciais apontam melhorias de qualidade e eficiência nas OS em relação à gestão hospitalar pela Administração Direta, na medida em que há mais autonomia para o cumprimento das metas de desempenho e qualidade.

Nos artigos analisados que se fundamentavam em argumentos políticos e jurídicos, diferentemente, identificou-se uma ênfase no risco de fragmentação do sistema de saúde, falseamento dos relatórios de metas e o entendimento de que a filantropia pode ser um meio de concentração de poder, além de se questionar a constitucionalidade do modelo.

Nascimento (2011) analisou o caso específico do Hospital Regional de Santa Maria-DF. O autor constatou que a insuficiência de mecanismos de controle e transparência na gestão do hospital prejudicou a parceria, que não foi renovada após o cumprimento do contrato, no período de dois anos. Ressaltou, entretanto, a existência de casos em que o modelo das OS foi exitoso no estado de São Paulo. Para o autor, a principal causa dos problemas, no caso analisado, não era o modelo das OS, mas, sim, o parceiro escolhido para atuar juntamente ao Estado.

Em relação aos procedimentos licitatórios realizados pela Administração Direta, Castro (2016) analisou os processos de compra de Equipamentos Médico-Hospitalares (EMH) pelo Departamento de Logística em Saúde (DLOG) do Ministério da Saúde por meio da modalidade pregão eletrônico – que tem como propósito a aquisição de bens e serviços comuns. O autor constatou que o prazo médio de conclusão desses processos foi de 620 dias em 2015, não obstante o prazo estimado pelo DLOG para processo de compra de EMH ser de 250 dias. Verificou-se que um dos principais gargalos se relaciona à especificação dos itens a serem adquiridos e à realização de pesquisa de preços. Compreende-se, dessa forma, a necessidade de tornar esses procedimentos mais céleres.

Corrêa (2020), em análise comparativa da eficiência dos modelos de gestão dos hospitais públicos brasileiros para o ano de 2018, verificou que organizações sociais e serviços sociais autônomos foram mais eficientes, seja em relação a pessoas jurídicas com derivações de Direito Público (como, por exemplo, fundações públicas e empresas públicas), seja em relação à Administração Direta. Adicionalmente, com base em dados estatísticos, constatou-se que mais autonomia administrativa tende a aumentar a eficiência dos hospitais públicos brasileiros.

Portanto, os modelos de gestão que atribuem maior autonomia administrativa e gerencial, regras de recrutamento de recursos humanos, legislação trabalhista e mecanismos de celebração de contratos mais próximas das do mercado privado estão associados a níveis de eficiência dos hospitais públicos brasileiros superiores. Este resultado é relevante porque a análise objetiva da eficiência dos diferentes modelos de gestão aplicados na saúde pública do país pode contribuir no processo de tomada de decisões à medida em que oferece uma fonte de informações isenta de julgamento político ou ideológico, permitindo escolhas pelo fortalecimento das estratégias que agregam melhores resultados e reformulações das atuais ferramentas de gerenciamento. (CORRÊA, 2020, p. 42-43)

2.2 MODELOS DE GESTÃO NA SAÚDE PÚBLICA

Considerando a ideia de contratualização de gestão, uma das formas de descentralização de serviços de saúde que pode ocorrer por meio de serviços sociais autônomos.

No Recurso Extraordinário 789.874, o Ministro do STF Teori Zavascki diferenciou os serviços sociais do Sistema “S” de entidades congêneres criadas após a Constituição de 1988, como a Associação das Pioneiras Sociais (APS). Argumenta-se que, diferentemente dos SSA vinculados a entidades sindicais, os SSA prestadores de serviços públicos não são propriamente autônomos, porquanto têm a gestão sujeita a restrições impostas pelo poder público, pois são financiadas por recursos orçamentários. Na decisão, definem-se como características básicas dos SSA do Sistema S²:

² STF - RE: 789874 DF, Relator: Min. TEORI ZAVASCKI, Data de Julgamento: 17/09/2014, Tribunal Pleno, Data de Publicação: ACÓRDÃO ELETRÔNICO DJe-227 DIVULG 18-11-2014 PUBLIC 19-11-2014. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=7273390>. Acesso em: 27 jun. 2021.

a) Dedicam-se a atividades privadas de interesse coletivo cuja execução não é atribuída de maneira privativa ao Estado;

b) Atuam em regime de mera colaboração com o poder público;

c) Possuem patrimônio e receita próprios, constituídos, majoritariamente, pelo produto das contribuições compulsórias que a própria lei de criação institui em seu favor; e

d) Possuem a prerrogativa de autogerir seus recursos, inclusive no que se refere à elaboração de seus orçamentos, ao estabelecimento de prioridades e à definição de seus quadros de cargos e salários, segundo orientação política própria.

Explicita-se que os SSA prestadores de serviços públicos apresentam características específicas:³

a) Têm sua criação autorizada por lei e implementada pelo Poder Executivo, não por entidades sindicais;

b) Não se destinam a prover prestações sociais ou de formação profissional a determinadas categorias de trabalhadores, mas a atuar na prestação de assistência médica qualificada e na promoção de políticas públicas de desenvolvimento setoriais;

c) São financiadas, majoritariamente, por dotações orçamentárias consignadas no orçamento da própria União (art. 2º, § 3º, da Lei 8.246/91, art. 13 da Lei 10.668/03 e art. 17, I, da Lei 11.080/04);

d) Estão obrigadas a gerir seus recursos de acordo com os critérios, metas e objetivos estabelecidos em contrato de gestão cujos termos são definidos pelo próprio Poder Executivo; e

e) Submetem-se à supervisão do Poder Executivo, quanto à gestão de seus recursos.

Em CONASS (2015), de forma semelhante, diferencia-se o Serviço Social Autônomo (SSA) tradicional do SSA prestador de serviços sociais. O primeiro refere-se ao Sistema S, composto por entidades paraestatais, que podem ser criadas mediante autorização legal específica, por entes privados, sem fazer parte da Administração Indireta.

³ STF - RE: 789874 DF, Relator: Min. TEORI ZAVASCKI, Data de Julgamento: 17/09/2014, Tribunal Pleno, Data de Publicação: ACÓRDÃO ELETRÔNICO DJe-227 DIVULG 18-11-2014 PUBLIC 19-11-2014. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=7273390>.

Não há vinculação direta aos princípios constitucionais da Administração Pública, mas estão sujeitas ao controle da aplicação dos recursos públicos.

Financiadas por meio de contribuições parafiscais, conforme o art. 240 da CF, são entidades cujo propósito é o aperfeiçoamento profissional e a melhoria do bem-estar social dos trabalhadores. O patrimônio dessas SSA tradicionais é privado, constituído por doações e legados que, em caso de extinção da entidade, são revertidos às entidades instituidoras.

Já os SSA prestadores de serviços sociais são entidades criadas pelo Poder Público mediante lei autorizativa para a prestação de serviços sociais, diretamente aos cidadãos. Recebem recursos públicos em razão de contrato de gestão, em que são estabelecidas relações de fomento e parceria, regidas pelo direito privado e pela lei que autorizou sua criação, não integrando a Administração Pública.

Em CONASS (2015), identifica-se o SSA Rede Sarah, criada em 1991, como o primeiro caso de uso da terminologia serviço social autônomo para denominar entidade paraestatal prestadora de serviços públicos. Por meio da Lei 8.246/1991, foi autorizada a extinção da fundação das pioneiras sociais e a incorporação do patrimônio dessa entidade à união, para instituir a associação das pioneiras sociais como pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos, de interesse coletivo e utilidade pública. Trata-se de entidade com características distintas daquelas que compõem o Sistema S, tendo em vista que visa à prestação de serviços sociais e é financiada por recursos públicos transferidos mediante contrato de gestão.

Verifica-se, com base no Quadro 1, que há muitas semelhanças entre SSA prestador de serviços sociais e OS. A principal diferença relaciona-se à existência de mais influência do Governo sobre a gestão das SSA, enquanto as OS têm autonomia na consecução dos resultados estabelecidos no contrato de gestão - embora seja necessária participação de dirigentes públicos em Conselhos de Administração. Além disso, uma vez que há recebimento de recursos orçamentários, há mais controle do Estado sobre as atividades das SSA. (CONASS, 2015).

Di Pietro (1996) considera que, no caso das OS, o Estado delega e deixa de exercer serviço público, por meio da substituição de entidade pública por entidade privada. Cria-se, dessa forma, nova forma de delegação de serviço público específica para atividades não exclusivas do Estado.

Em análise dos artigos 196 e 199 da Constituição Federal de 1988, argumenta que a saúde é tanto serviço público próprio do Estado quanto atividade livremente aberta à iniciativa privada.

De um lado, como serviço público, serviços de saúde podem ser exercidos por particulares mediante delegação do Poder Público, desde que observadas as normas constitucionais, especialmente a gratuidade, universalidade e submissão obrigatória ao SUS.

De outro, como atividade livremente aberta à iniciativa privada, o desempenho de serviços de saúde depende apenas de autorização do Poder Público, que fiscaliza o desempenho dessas atividades. A autora argumenta que, no caso dos serviços sociais autônomos, ocorre exercício de atividade privada autorizada pelo Poder Público, ao passo que, no caso das OS, há exercício de serviço público delegado pelo Estado.

Segundo Di Pietro (1996), um dos objetivos da abordagem é ensejar maior participação social, que poderia realizar um controle direto por meio da participação nos Conselhos de Administração das OS. Almejou-se firmar parceria em que a sociedade arcasse com parte dos custos dos serviços prestados. Adicionalmente, enfatiza a tentativa de desvincular essas entidades públicas não estatais das normas e princípios constitucionais aplicáveis à Administração Indireta.

Outra diferença de grande relevância é ressaltada pelo CONASS (2015). Ao tratar dos modelos de gestão da Administração Pública brasileira, definem-se duas formas de atuação do Poder Executivo relativas à prestação de serviços de saúde: direta e indireta. Considera-se que há atuação direta quando o Estado atua por meio de órgãos da Administração Direta ou de entidades da Administração Indireta. Classificam-se os SSA como forma de atuação direta do Poder Executivo, ao passo que as OS são consideradas forma de atuação estatal indireta. Apesar de os SSA prestadores de serviço público não fazerem parte nem da Administração Direta, nem da Indireta, eles são constituídos e fomentados pelo Poder Público como entidades paraestatais que recebem dotação orçamentária.

Quadro I: Comparação entre as características de serviço social autônomo e de organização social

Característica	Serviço social autônomo prestador de serviço público (pós CF/1988)	Organização social
Regras	Não há lei geral sobre o tema. Lei específica que autoriza a criação do SSA.	Lei nº 9.637/1998 e normas estaduais e municipais.
Natureza jurídica	Entidade paraestatal instituída pelo Poder Público. Pessoa jurídica de direito privado sem fim lucrativo.	Pessoa jurídica de direito privado sem fim lucrativo que recebe a qualificação do Estado
Forma de criação	Por lei ou por autorização em lei. Estatuto jurídico estabelecido mediante decreto.	Por particulares, sob a forma de fundação ou associação.
Atividades	Atividades privadas de interesse coletivo que não sejam privativas do Estado.	Relacionadas a ensino, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação do meio ambiente, cultura e saúde.
Relação com o Poder Público	Por meio de cooperação/colaboração. Mais influência sobre a gestão, por receberem recursos orçamentários.	Fomento e parceria. Necessária a participação de dirigentes públicos nos Conselhos de Administração para recebimento de recursos públicos.
Custeio	Majoritariamente por destinação orçamentária direta do ente federativo.	Por doação e por repasse de recursos públicos.

Fomento	Cessão de estrutura, recursos, bens e pessoal. Recebimento de recursos orçamentários.	Pode haver cessão de estrutura, recursos, bens e pessoal, mas não é a regra.
Contratação de pessoal	Não há necessidade de concurso público. Regime CLT. Regras de Terceirização são as mesmas aplicáveis às OS, conforme Súmula 331 do TST.	Processo especial de seleção, conforme os princípios gerais de Administração Pública.
Licitação de produtos, serviços e obras	Regulamento próprio, devendo estar em conformidade com os princípios gerais das Leis de Licitações.	Não sujeita às Leis de Licitações.
Contrato de gestão	Estabelecimento de critérios, metas e objetivos.	Estabelecimento de critérios, metas e objetivos.
Prazo contratual	Intento de duração de longo prazo.	Duração contratual de até 5 anos.
Controle	Controle finalístico e da gestão da entidade.	Controle finalístico.

Fonte: Características baseadas em informações disponíveis em CONASS (2015).

No caso do Hospital de Base, sua gestão ocorria, até 2017, por meio da Administração Direta. Com isso, o hospital estava hierarquicamente subordinado à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, sendo parte de sua estrutura. Consequentemente, a

forma de gerenciamento de seus ativos deveria atender a todos os requisitos previstos para o Poder Público, como, por exemplo, previsão de concurso público para contratação de mão de obra e obrigatoriedade de seguir os ritos previstos para licitações de bens e serviços.

De acordo com a Mensagem n 031/2017-GAG, foi proposta a alteração da personalidade jurídica do HBDF, sob a justificativa de viabilizar melhores formas de gerir serviços de saúde. Com a aprovação da Lei nº 5899/2017, o Hospital de Base passou a ser gerenciado por um instituto constituído como serviço social autônomo.

No Quadro II, estão listadas as principais características do modelo tradicional de gestão de saúde e do novo modelo de gestão. É possível perceber que se objetivam procedimentos mais céleres, ao mesmo tempo em que buscam incrementar o controle sobre os resultados, por meio de estruturas de fiscalização direta.

Quadro II: Comparação entre as características do modelo tradicional de gestão e o novo modelo de gestão do Hospital de Base do Distrito Federal

Características	Modelo Tradicional de Gestão	Novo Modelo de Gestão
Forma de contratação de pessoal	Concurso público	Processo Seletivo
Regime de pessoal	Estatutário	Regido pela Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT
Estabilidade de pessoal	Sim	Não
Definição de carreira e salários	Lei	Regras próprias
Relacionamento com o Governo do Distrito Federal	Subordinação	Contratual, por meio de parâmetros definidos entre as partes em Contrato de Gestão

Gestão Interna	Lei e Decreto	Definições gerais por Lei e Decreto e definições gerenciais por normas internas
Contratação de bens e serviços	Lei de Licitações	Regras próprias
Gestão orçamentária e financeira	Instrumentos orçamentários do Poder Público	Contrato de gestão
Formas de Controle	Secretaria de Estado de Saúde (SES/DF); Controladoria Geral do Distrito Federal (CGDF); Tribunal de Contas do Distrito Federal (CGDF); Ministério Público do Distrito Federal (MPDFT); Conselho de Saúde do Distrito Federal (CSDF)	Secretaria de Estado de Saúde (SES/DF); Controladoria Geral do Distrito Federal (CGDF); Tribunal de Contas do Distrito Federal (CGDF); Ministério Público do Distrito Federal (MPDFT); Conselho de Saúde do Distrito Federal (CSDF);
		IGES/DF; Conselho de Administração do IGES/DF; Conselho Fiscal do IGES/DF; Controladoria Internado IGES/DF.

Fonte: Contrato de Gestão Nº 001/2018-SES/DF e Quadro 1 (p. 2056) de Fonseca e Cunha Júnior (2019) - adaptado.

Conforme mencionado por Rodrigues e outros (2020), a intenção da implementação de um novo modelo de gestão é trazer flexibilidade e agilidade na prestação dos serviços de saúde, a fim de atender às demandas de forma mais eficiente.

Dessa forma, a motivação para a mudança do modelo de gestão, do tradicional para a descentralização por serviço social autônomo, era de que as dificuldades características da prestação de serviços de saúde pública seriam sanadas com a implementação de um modelo baseado em resultados, com avaliação por meio de indicadores objetivos.⁴

2.3 CONTRATO DE GESTÃO

Consoante Di Pietro (1996), a ideia de contrato de gestão tem origem no direito francês, como forma de controle administrativo sobre empresas estatais, embora já fosse usado para vincular a programas governamentais empresas privadas que recebiam auxílio do Estado. A autora enfatiza que não se trata, propriamente, de contrato, visto que uma das partes não tem personalidade jurídica própria.

Luedy e outros (2012) definem contrato de gestão como instrumento necessário à gestão pública por resultados, como meio de aumentar a autonomia gerencial, orçamentária e financeira por meio de metas de desempenho cujo propósito é dar efetividade e eficiência a políticas públicas.

Assim, é referência para o controle da Administração Pública, ao tornar mais transparentes informações, atividades e responsabilidades dos agentes públicos. Ressalta-se, dessa forma, que o contrato de gestão necessita de sistema tanto de controle quanto de responsabilização dos dirigentes, cuja implementação depende de definição prévia de indicadores de desempenho que sirvam de referência para medir resultados relativos à melhoria da gestão.

Para Araujo (2010), no contrato de gestão, deve-se não somente estabelecer as metas que se deseja alcançar, mas também oferecer meios para seu atingimento. Considera-se, assim, que o modelo contratual precisa incluir, além desses elementos, mecanismos de

⁴ <https://www.agenciabrasilia.df.gov.br/2017/03/14/novo-modelo-de-gestao-tornara-hospital-de-base-mais-eficiente/>.

controle para acompanhar a gestão, a alocação de recursos e as dificuldades enfrentadas e a implementação das prestações, bem como incentivos para estimular o cumprimento das metas pactuadas. Argumenta-se, além disso, que há necessidade de pactuação de padrões de qualidade, sistemáticas de avaliação, assim como da duração e das formas de renovação do contrato de gestão.

2.4 INDICADORES

Para melhor acompanhamento de contratos de gestão de saúde pública, pressupõe-se a utilização de avaliação de desempenho por meio de indicadores e metas. (Fonseca & Cunha Júnior, 2019)

Os indicadores de desempenho são elementos essenciais do contrato de gestão, haja vista que ensejam o controle efetivo do cumprimento das metas definidas contratualmente.

Pacheco (2006) considera a “contratualização de resultados” o meio pelo qual é possível substituir o controle burocrático, que enfatiza o cumprimento de normas, pelo controle de resultados. Nesse sentido, a aferição de resultados, realizada por intermédio de indicadores, conforme argumenta a autora, tem a finalidade não somente de avaliar o cumprimento das metas contratadas, mas também de impulsionar a implementação de um processo de aprendizado e melhoria.

Conforme o Guia Prático de Análise Ex. Ante, elaborado pelo IPEA (2018), a formulação de indicadores precisa ser realizada com base em um processo de discussão e formação de consenso acerca dos dados a serem coletados e da forma de acompanhamento dessas informações. Recomenda-se, além disso, que sejam testados previamente.

Considerando que a quantificação das diferenças de desempenho entre as diversas formas de gestão da saúde pública é realizada por intermédio de indicadores, Minayo (2009) define indicadores como “sinalizadores da realidade” cujo propósito é avaliar um processo ou um resultado, fundamentados em dados quantitativos ou qualitativos.

Indicadores são instrumentos importantes para avaliar políticas públicas, inclusive nos serviços de saúde pública, conforme se depreende do trecho abaixo extraído de importante estudo do IPEA (2018):

Indicadores são dados que possibilitam desde acompanhar o andamento até medir o cumprimento dos objetivos de uma política. Eles se referem à quantidade, à qualidade, ao cronograma e aos custos observados comparativamente. Uma vez fixados durante a elaboração ex ante, por meio de um modelo lógico, os indicadores definem quais

dados devem ser coletados para que se possa realizar o acompanhamento da implementação e a avaliação sobre a obtenção ou não dos resultados esperados. (IPEA, 2018, pág. 101)

Indicadores de saúde estimam situações determinadas em uma população (OPAS, 2018). No relatório, a OPAS sugere que os indicadores tenham como finalidade subsidiar a tomada de decisão dos gestores públicos, com vistas a melhorar as condições de saúde da população.

No estudo do IPEA (2018), ressalta-se a necessidade de buscar indicadores adequados para cada resultado que se pretende mensurar. No entanto, o acompanhamento de indicadores representa um custo que demanda um benefício proporcionalmente maior e, por esse motivo, busca-se a utilidade da informação a ser coletada. (IPEA, 2018)

Para o IPEA (2018), os indicadores podem ser classificados da seguinte forma:

a) Indicadores de insumo e produto: verificam como os recursos estão sendo aproveitados e são utilizados para avaliar a implementação de uma política;

b) Indicadores de resultado: atestam se os propósitos estão sendo atingidos e dependem de maior período de tempo para serem avaliados.

No guia sobre indicadores de saúde, a OPAS (2018) elenca as características que devem ser observadas em indicadores:

a) Mensurabilidade e viabilidade: os dados devem ser disponíveis e úteis;

b) Validade: os métodos de mensuração devem demonstrar o que se pretende analisar;

c) Oportunidade: traduz a velocidade com que a informação é coletada e divulgada para seu uso adequado;

d) Reprodutibilidade: os métodos devem ser claros e objetivos, podendo ser mensurados por pessoas diferentes;

e) Sustentabilidade: a metodologia mais simples e objetiva possibilita a continuidade de um indicador mesmo com poucos recursos;

f) Pertinência e relevância: informações úteis e adequadas;

g) Compreensibilidade: quanto mais simples for uma informação, ela tende a ser mais aproveitada pelos tomadores de decisão.

A satisfação dos usuários pode ser considerada um aspecto subjetivo da avaliação em saúde pública. Silva e Formigli (1994) apontam que a satisfação do usuário tem relação direta com a forma como foi tratado, com a estrutura do local e com a sensação de conforto no ambiente. Nesse sentido, mostra-se importante incluir indicadores que demonstrem os aspectos sociais e interacionais em uma avaliação mais abrangente na área de saúde.

Considerando a breve análise feita neste capítulo, é possível perceber a importância do uso de indicadores como instrumento de gestão na área de saúde pública, notadamente em contratos de gestão, torna-se ainda mais relevante, já que existem dados públicos de acompanhamento e definição de indicadores feitos pelo próprio SUS, o que facilitaria a comparabilidade do modelo utilizado.

3. ANÁLISE E MONITORAMENTO DO CONTRATO DE GESTÃO

O Contrato de Gestão Nº 001/2018-SES/DF foi elaborado entre a Secretaria de Saúde do Distrito Federal e o Instituto Hospital de Base do Distrito Federal, com base na Lei nº 5.899/2017 e no Decreto nº 38.332/2017.

Com vistas a ampliar o escopo do contrato, incluindo o Hospital Regional de Santa Maria (HRSM) e seis Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), foi realizado o 3º Termo Aditivo (2019) ao Contrato, com fundamento na Lei nº 6.270/2019 e no Decreto nº 39.674/2019.

Dessa forma, o IHBDF foi substituído pelo Instituto de Gestão Estratégica do Distrito Federal – IGES/DF para acompanhar as demais unidades de saúde e o hospital voltou a ser conhecido apenas como Hospital de Base.

Em 2021, nova alteração foi feita no Contrato de Gestão Nº 001/2018-SES/DF, por meio do 9º Termo Aditivo ao Contrato. Ressalta-se que esta alteração modificou significativamente a essência do contrato, em relação à forma de acompanhamento de metas e indicadores.

Conforme a Cláusula Sétima do contrato – “Das Obrigações da Contratante”, a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) é o órgão responsável por avaliar e acompanhar o cumprimento de resultados, indicadores e metas previstos nos Planos de Trabalho anuais, bem como por indicar ajustes a serem implementados para assegurar o atingimento dos objetivos do contrato de gestão, em comum acordo com o IGES/DF. Adicionalmente, à SES/DF cabe avaliar, aprovar e acompanhar sistematicamente o plano de trabalho anual, elaborado pelo IGES/DF. Para isso, estava prevista a instituição da comissão de acompanhamento do contrato (CAC-IHBDF).

A CAC-IHBDF é um órgão que tem como atribuição acompanhar e avaliar a execução do contrato de gestão, sendo coordenada pela secretaria de estado de saúde do distrito federal, na sua composição existem membros do IHBDF, podendo ainda contar com especialistas em gestão, assistência à saúde, ensino de saúde e/ou pesquisa em saúde.

Essa comissão era responsável pelo acompanhamento e pela avaliação da execução do Contrato de Gestão, com previsão do apoio de especialistas em gestão, assistência à saúde, ensino e saúde ou pesquisa em saúde. Com o advento do 9º Termo Aditivo (2021), essa atribuição foi transferida à SES/DF, porém sem a previsão da possibilidade de apoio de especialistas e da participação de representantes de ambas as partes do Contrato.

É importante ressaltar que, em razão das alterações contratuais consubstanciadas no 9º termo aditivo (2021), houve expressivas mudanças na forma de acompanhamento e avaliação do contrato de gestão.

O Conselho de Saúde do Distrito Federal, por sua vez, é responsável pelo controle social do contrato de gestão. Por meio de recomendações, a qualquer tempo, pode indicar medidas para corrigir falhas ou irregularidades quanto ao atendimento da população. (“Cláusula Décima Quinta - Do Controle e Acompanhamento” do Contrato de Gestão e inciso XVII, do art. 2º, da Lei 5.899/2017).

Ao Tribunal de Contas do Distrito Federal (TCDF) cabe o controle da gestão do IGES/DF, bem como a fiscalização da execução do contrato. Pode determinar, a qualquer tempo, a adoção de medidas para corrigir falhas ou irregularidades que identificar. (item V da Cláusula Décima Quinta do Contrato de Gestão)

Em relação às ações de controle interno ao IGES/DF, há previsão, na Cláusula Décima Quinta do contrato, de unidade orgânica responsável pelo planejamento, pela coordenação e pela supervisão da conformidade legal. Além disso, o controle interno é responsável pela implementação de ajustes decorrentes da fiscalização de órgãos de controle interno e externo da Administração Pública.

Adicionalmente, a Cláusula Décima Quinta do contrato determina que o IGES/DF contrate auditoria externa independente para assegurar as demonstrações financeiras e patrimoniais da entidade.

A periodicidade da prestação de contas pelo IGES/DF foi modificada pelo 9º termo aditivo (2021), passando a ter periodicidade mensal e anual. Embora haja a previsão desde fevereiro de 2021, ainda não houve publicações com a nova metodologia. Antes da alteração, o acompanhamento e a avaliação do contrato de gestão eram realizados mediante relatórios quadrimestrais e Anuais da execução do plano de trabalho anual, produzidos pelo IGES/DF.

Dessa forma, os instrumentos de acompanhamento e avaliação do IGES/DF são relatórios mensais e anuais de prestação de contas, elaborados pela contratada, e o relatório analítico quadrimestral, elaborado pela contratante. Referem-se à execução dos programas e atividades previstas no plano de trabalho anual (Cláusula Vigésima Segunda – Da Prestação de Contas).

Com as mudanças previstas no 9º Termo Aditivo (2021), além da periodicidade mensal, passou a haver mais detalhamento acerca dos dados referentes à prestação de contas nos relatórios. Nos relatórios mensais, que devem ser entregues pela contratada até o décimo quinto dia útil do mês subsequente, devem estar contidas informações sobre:

- a) Resultados atingidos, com as razões de eventual não cumprimento de metas ou de outros compromissos pactuados;
- b) Execução orçamentária do mês encerrado;
- c) Demonstrativos contábeis, relatórios gerenciais e de gestão de pessoas;
- d) Lista de bens adquiridos com recursos do Contrato de Gestão;
- e) Trabalhos de Comissões e Comitês descritos no Plano de Trabalho;

f) Cumprimento da produtividade contratada e das metas qualitativas pactuadas, com memória de cálculo por unidade;

g) Alcance dos indicadores e das metas de monitoramento;

h) Alcance do Índice de monitoramento de desempenho (IMD), vinculado ao APURASUS, por unidade.

Já o relatório anual de prestação de contas, a ser submetido até 31 de março do ano posterior ao exercício de competência à SES/DF, será apreciado pela SES/DF e posteriormente pelo TCDF. Este relatório deve apresentar:

a) Resultados atingidos, enfatizando a comparação entre estes e os resultados pactuados, contendo análise sobre as razões de eventual não cumprimento de metas ou de outros compromissos pactuados;

b) Execução orçamentária do exercício encerrado;

c) Atualização do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), sobre a capacidade instalada;

d) Relação atualizada das Comissões e Comitês descritos no Plano de Trabalho;

e) Relatório dos resultados anuais de indicadores;

f) Análise da variação efetiva dos custos operacionais.

Preveu-se, ainda, no parágrafo único da “Cláusula Vigésima Terceira – Do acompanhamento e avaliação a cargo da contratante”, relatório analítico quadrimestral, a ser apresentado pela contratante até sessenta dias após a validação dos dados de produção, que deve conter análises sobre:

a) Metas com tendência de cumprimento ou superação;

b) Metas com tendência de não cumprimento, com avaliação do impacto pelo não cumprimento;

c) Obrigações não cumpridas por qualquer das partes e consequentes impactos.

O acompanhamento do Contrato de Gestão e a verificação do cumprimento dos objetivos e das metas pactuadas são realizados com base em três documentos (“Cláusula Décima Sexta - Do Planejamento, Execução, Acompanhamento, Revisão e Controle”), que devem manter relação de compatibilidade entre si:

a) Plano estratégico quadrienal;

- b) Planos de trabalho anuais;
- c) Orçamentos-programas anuais.

O plano estratégico, cuja periodicidade quadrienal coincide com aquela do plano trabalho anual aplicável à SES/DF, define as estratégias para a prestação de assistência médica de excelência, de forma gratuita, a todos os níveis da população, assim como para o desenvolvimento de atividades educacionais e de pesquisa no campo da saúde. Previu-se a possibilidade de ajustes, mediante aprovação pelo conselho de administração do IGES/DF e apresentação à extinta CAC-IHBDF (“Cláusula Décima Sétima - Do Plano Estratégico”). Compreende-se que, após o 9º Termo Aditivo (2021), essa apresentação deverá ser feita à SES/DF.

O Plano de Trabalho anual elaborado pelo IGES/DF, a ser submetido à análise, à aprovação e ao acompanhamento da SES/DF até 30 de junho de cada ano (“Cláusula Décima Oitava – Dos Planos de Trabalho Anuais”), deve conter discriminação de objetivos, indicadores e metas relativas à execução de programas e projetos relacionados ao Contrato de Gestão, compatíveis com o Plano Estratégico.

Os Planos de trabalho podem ser revistos e adaptados durante sua execução, mediante acordo entre as partes do contrato, bem como podem contemplar proposta de manutenção ou revisão de indicadores e metas anuais, a serem ajustados por intermédio de termo aditivo.

Consoante o item V da “Cláusula Décima Primeira – Dos Recursos Financeiros”, aprovado o plano de trabalho, são realizados os repasses de recursos de investimentos ao IGES/DF, mediante disponibilidade orçamentária.

Esses recursos estão sujeitos a prestação de contas mensal e anual. Caso não ocorra essa prestação de contas, o uso dos valores repassados será considerado desvio de recurso e, desse modo, o Ministério Público será comunicado do fato, para providenciar investigação.

Conforme o item VI da “Cláusula Sétima – Das Obrigações da Contratante”, cabe à SES/DF – uma vez que a CAC-IHBDF foi extinta – elaborar parecer conclusivo sobre os relatórios anuais da execução do contrato, mediante comparação entre metas e resultados atingidos, bem como realizar análise da compatibilidade dessas informações com o plano de trabalho.

Os relatórios anuais devem ser apresentados pelo IGES/DF à SES/DSF até 31 de março de cada ano e conter prestação de contas dos recursos públicos aplicados, avaliação do andamento do contrato e análises gerenciais cabíveis. Recebido o relatório anual, a SES/DF tem 30 dias para elaborar parecer conclusivo, que deve ser apresentado ao TCDF.

O tribunal tem a competência de julgar a prestação de contas e, no prazo de 90 dias, deliberar acerca do cumprimento do contrato de gestão. (Incisos XIV e XV, do art. 2º, da Lei nº 5.899/2017)

As diretrizes para elaboração do Orçamento-Programa anual para o exercício seguinte devem estar contidas no plano de trabalho anual. Revisões e alterações em ambos os documentos devem ser comunicadas e justificadas à SES/DF. O Orçamento-Programa deve ser compatível com Plano de Trabalho e ser apresentado até o dia 30 de junho do exercício anterior ao exercício em que será executado. A SES/DF tem até 20 de novembro de cada ano para analisar e aprovar esse orçamento, que deve conter o Cronograma Anual de Transferência de Recursos Financeiros. (“Cláusula Décima Oitava - Dos Planos De Trabalho Anuais” e “Cláusula Décima Nona - Dos Orçamentos-Programas Anuais”)

Finalmente, no Parágrafo Terceiro da “Cláusula Vigésima Sexta - Das Revisões e Modificações”, prevê-se que, entre dezembro e início do ano seguinte, será celebrado termo aditivo acerca do ajuste do valor do repasse a título de fomento, com base no orçamento aprovado e na revisão do plano de trabalho anual e do orçamento-programa.

Responsabilidades e penalidades do IGES/DF, bem como de seus administradores e gestores, estão previstas na “Cláusula Vigésima Quarta - Das Responsabilidades e Penalidades”. Ressalta-se que essas medidas não excluem as responsabilidades penal, civil e administrativa aplicáveis pela legislação vigente aos casos concretos. Em Caso de descumprimento de cláusulas e condições estabelecidas no Contrato de Gestão, prevê-se:

- a) Que a SES/DF poderá, mediante deliberação do Conselho de Administração, provocar substituição de conselheiros e diretores responsáveis;
- b) Processo administrativo ou medida judicial para apurar desvios de conduta de administradores e agentes; e
- c) Instauração de tomada de contas especial ou medida judicial, quando ato de gestão que cause prejuízos ao IGES/DF.

No caso de desvio funcional de servidor cedido, o item XIII da “Cláusula Décima - Da Administração de Pessoal Cedido” prevê que o IGES/DF deve devolvê-lo à SES/DF e elaborar relatório circunstanciado dos fatos, para realização pela contratante de sindicância ou processo administrativo disciplinar.

No Parágrafo Quarto da “Cláusula Décima Primeira - Dos Recursos Financeiros”, consta que a não prestação de contas pela utilização de recursos de investimentos será considerada desvio de recurso e essa informação será encaminhada ao Ministério Público, para tomada das providências cabíveis.

De acordo com o Anexo I do 9º Termo Aditivo (2021), em relação ao cumprimento de metas quantitativas e qualitativas pactuadas, há previsão de desconto no valor do repasse para custeio do IGES/DF em caso de não atingimento de uma pontuação mínima, conforme patamares definidos nos itens “II.IV – Quadro de desconto das metas de produção (metas quantitativas)” e “III.III – Quadro de desconto das metas de desempenho”. Quanto às metas de monitoramento, não existe essa previsão.

No 9º Termo Aditivo (2021), cujas mudanças no sistema de avaliação e acompanhamento do contrato serão aplicáveis em 2021, houve reorganização e mudança da nomenclatura dos grupos de metas e indicadores, bem como inclusão e exclusão de metas e indicadores. Alterou-se o método de avaliação, com inclusão de um sistema de descontos nos valores de repasse para custeio do IGES/DF.

Realizou-se, portanto, ampla reformulação dos sistemas de metas e indicadores contidos no contrato de gestão. Pelo fato de este aditivo ter sido publicado em fevereiro de 2021, ainda não é possível analisar a aplicação da nova metodologia.

Quanto aos agrupamentos das metas e dos indicadores, passou-se a segregá-los em:

- a) Metas quantitativas - item “II – Metas Quantitativas”, do Anexo I, do 9º Termo Aditivo (2021);
- b) Metas qualitativas - item “III – Metas Qualitativas”, do Anexo I, do 9º Termo Aditivo (2021); e
- c) Metas de monitoramento - item “IV – Metas de Monitoramento”, do Anexo I, do 9º Termo Aditivo (2021).

Os indicadores relativos a metas quantitativas são aferidos mediante somatório dos procedimentos da tabela unificada do SUS. Essas metas consistem em percentuais de aumentos quantitativos de atendimentos, procedimentos e internações, ou a valores quantitativos determinados.

Não é informado, contudo, o valor de referência dos aumentos. Caso se refira a valor atingido no exercício anterior à mensuração, haveria necessidade de repactuação periódica, que se tornaria cada vez mais complexa e importaria necessidade de reformulação do método com o passar do tempo. Caso se refira a uma data específica, implicaria congelamento das metas, até posterior repactuação.

Em relação ao sistema de mensuração dos indicadores quantitativas e qualitativas, adotou-se um sistema de atribuição de pontos por percentual de cumprimento mensal da meta, com redução dos valores dos indicadores caso não se cumpram metas específicas, conforme os quadros do Item “II.III – Avaliação das metas de produção” e do Item “III.II – Quadro de pontuação das metas de desempenho”, do Anexo I, do 9º Termo Aditivo (2021). Atribuem-se, assim, pontos aos indicadores com base em patamares de cumprimento das metas.

As metas de monitoramento, por sua vez, referem-se a metas relacionadas a ensino, pesquisa e residência. As primeiras metas referem-se à ocupação de, pelo menos, 75% de vagas definidas nos itens “1.1 – Especialidades e vagas de residência” e “1.2 – Especialidades e vagas para a residência médica”, item “IV – Metas de Monitoramento”, do Anexo I, do 9º Termo Aditivo (2021). Há referência a meta de monitoramento para o indicador “Densidade de incidência de infecção por cateter venoso central (CVC)”, que também consta como meta qualitativa no Item “II.III – Avaliação das metas de produção” e do Item “III.II – Quadro de pontuação das metas de desempenho”, Anexo I, do 9º Termo Aditivo (2021). Não há, propriamente, uma meta de monitoramento para este indicador, apenas determinação de que deve ser monitorado mensalmente e informado no relatório mensal – o que deve ser feito também para todas as metas qualitativas.

A avaliação do cumprimento do contrato será feita mediante análise mensal do somatório dos pontos dos indicadores relativos a metas quantitativas e qualitativas. São previstos descontos mensais no valor do repasse para custeio do IGES/DF em caso de não atingimento de uma pontuação mínima, conforme patamares definidos nos itens “II.IV – Quadro de descontos” e “III.III – Quadro de descontos das metas qualitativas”, do Anexo I, do 9º Termo Aditivo (2021). Não há consequência prevista relativa ao não cumprimento das metas de monitoramento.

Em relação às metas quantitativas, prevê-se ocorrência de descontos percentuais relativo a 80% do valor de repasse de custeio que, conforme faixas de pontuação total dessas metas, pode chegar a 30% de 80% do valor a ser repassado, ou seja, 24% do valor total a ser repassado. De forma semelhante, para as metas qualitativas, são previstos descontos percentuais escalonados sobre 20% do valor do repasse de custeio, que podem chegar a 60% de desconto sobre 20% do valor do repasse, ou seja, a 12% do valor total a ser repassado.

Apesar de pouco intuitivo, o sistema de avaliação baseado em descontos de repasses de custeio conforme os pontos auferidos pelo cumprimento de metas mensais representa uma evolução em relação ao previsto no 3º Termo Aditivo (2019), que se referia apenas à possibilidade de pagamento proporcional da parcela variável do orçamento no limite de até 5%, o que representava uma bonificação.

O desafio, nesse sentido, relaciona-se à mensuração dos indicadores de forma oportuna, tendo em vista que, conforme os Relatórios Anuais de Avaliação do Contrato de Gestão relativos aos anos 2018, 2019 e 2020, têm ocorrido problemas de confiabilidade e reprodutibilidade nas medidas tomadas, a exemplo dos indicadores “Internações cirúrgicas (Grupo 04 – Procedimento cirúrgico) e “Internações clínicas (Grupo 03 – Procedimento clínico)” e “Índice de satisfação do usuário atendido (pacientes e acompanhantes)”.

No 9º Termo Aditivo (2021), a justificativa para as metas quantitativas estabelecidas foi devida à avaliação das diretrizes distritais e nacionais de saúde, às características e às capacidades do HBDF, considerando sua atuação local, sem, contudo, demonstrar esses números. Não são indicadas as fórmulas de cada indicador, não é possível saber como serão coletados todos os dados, não existe base comparativa em série histórica e nem há explicações suficientes de como as metas foram definidas.

A comissão de acompanhamento do contrato do IHBDF- CAC-IHBDF, em seus relatórios, vinha realizando abrangente análise, apontando necessidades de melhorias e deficiências tanto da contratante quanto da contratada em relação ao Contrato de Gestão.

A Comissão revela divergências entre as propostas de Termo Aditivo do IGES/DF e aquela da SES/DF, que se consubstanciou no 3º Termo Aditivo (2019). No relatório relativo ao segundo quadrimestre de 2019, a CAC-IHBDF considera que a primeira proposta ensejaria estabelecimento de metas e indicadores mais fidedignos.

Verifica-se que os relatórios da CAC-IHBDF constituíam um contraponto aos relatórios elaborados pelo IGES/DF. Nos relatórios do Instituto, são apresentadas, além dos

indicadores e das metas pactuados, informações sobre a gestão hospitalar, justificativas para o não cumprimento de algumas metas e recomendações de mudanças.

Nos relatórios da CAC-IHBDF, eram realizadas análises dos relatórios e o acompanhamento da execução do contrato, contendo críticas, sugestões e apontavam-se deficiências, bem como recomendavam-se melhorias para o Contrato de Gestão. Os dois relatórios, dessa forma, são complementares e ensejam um entendimento mais completo da situação.

Argumenta-se, nesse sentido, que essa prática prejudica a análise comparativa dos indicadores entre o SSA e as unidades geridas pela Administração Direta.

No Relatório Quadrimestral do Contrato de Gestão relativo ao segundo quadrimestre de 2019, elaborado pela CAC-IHBDF, constatou-se a existência de empecilhos na realização do desconto ou do pagamento de parcela variável no Contrato de Gestão conforme previsto no 3º Termo Aditivo (2019).

Primeiramente, as mensurações dos indicadores não estavam sendo disponibilizadas no prazo pactuado. Em segundo lugar, afirma-se que, nos relatórios elaborados pelo IGES/DF, quando essa informação é disponibilizada, não se faz referência nem à fonte, nem ao método de cálculo que fundamentam essas informações.

Além disso, há desconpasso entre o tempo necessário para atribuição da nota do contrato – as metas são anuais – e o prazo para realizar os repasses, que são mensais. Finalmente, considera-se que a parcela variável de 5% é não só insuficiente, mas também carece de parâmetros para aplicação de valores intermediários, na faixa de valores entre 0 e 5%.

Quanto à análise das metas, a CAC-IHBDF vinha enfatizando que não há registro no contrato acerca de método ou memória de cálculo que as esclarecessem ou as justificasse.

Em relação às metas de produção, critica-se o excesso de abrangência, como ocorre no caso das metas de internações cirúrgicas e de internações clínicas, haja vista que isso dificulta o estabelecimento de metas compatíveis com o perfil assistencial do Hospital de Base. Ao analisar os indicadores de cirurgias realizadas, bem como os resultados constantes nos relatórios do IGES/DF, constatou-se que:

O perfil de cirurgias realizadas não é totalmente compatível com o que se espera de um hospital de referência em alta complexidade. Percebe-se que a cirurgia mais realizada, facoemulsificação, a qual pode ser realizada ambulatorialmente, responde por quase 20%

entre os 10 tipos de cirurgia mais realizados. (Relatório SEI-GDF n.º 1/2020 - SES/GAB/CAC-IGESDF - Relatório Quadrimestral do Contrato de Gestão Nº 001/2018-SES/DF da Secretaria de Estado de Saúde e o Instituto Hospital de Base - Referência - Segundo Quadrimestre de 2019– Maio, Junho, Julho e Agosto, p. 24)

Reforça-se, dessa forma, o argumento acerca da necessidade de metas e indicadores de internação cirúrgica discriminados por especialidades, assim como necessidade de metas e indicadores facilmente aferíveis e que sejam mensurados conforme o período de disponibilização dos dados pelos sistemas de informação, cerca de dois meses após o lançamento.

Criticou-se, ainda, a supressão de metas e indicadores com justificativas inconsistentes ou insuficientes. No caso da meta de cirurgias não programadas, ou de urgência, a supressão foi justificada com base no argumento de que não se trata de uma meta propriamente dita, muito embora o Hospital de Base seja referência no tratamento de politraumatismo. No caso da meta de “Ambulatório – Procedimentos Cirúrgicos”, simplesmente não houve justificativa.

Em relação às metas de desempenho, foi verificado que a conceituação e a fórmula de cálculo são incompletas. Embora no 3º Termo Aditivo (2019) se tenha instituído sistema de avaliação conforme o grau de consecução das metas de produção e de desempenho, não é possível avaliar o grau de consecução das metas de desempenho, somente sendo possível verificar se foram ou não cumpridas.

Em razão disso, a CAC-IHBDF adotou o entendimento de que o não atingimento das metas de desempenho importa nota zero, o que implica que o contrato de gestão poderia ser avaliado com conceito final insatisfatório, ou não cumprido. Com base no raciocínio expresso nos processos SEI 00060-00350748/2018-74 e 04016-00000351/2019-11, pode-se inferir que o conceito final do Contrato de Gestão teria sido considerado insatisfatório em 2018, 2019 e 2020.

A quantidade de mudanças decorrentes do 9º Termo Aditivo (2021) representa um problema significativo quanto ao acompanhamento e à avaliação do contrato de gestão.

Primeiramente, não são disponibilizadas as fórmulas dos indicadores, mas apenas descrições relacionadas às metas a eles relacionadas e a características gerais.

As mudanças relativas aos agrupamentos de metas e indicadores, bem como a eliminação de indicadores relevantes – como o relacionado à satisfação dos usuários – e a

inclusão de outros, dificultam a comparabilidade das séries históricas e a compreensibilidade do sistema, o que é agravado por inconsistências de nomenclatura.

Além disso, a extinção da CAC-IHBDF pode dar origem a uma desestruturação do sistema de acompanhamento e avaliação do contrato de gestão, visto que não há mais um órgão específico responsável por essa tarefa, que se tornou muito mais laboriosa após a inclusão de sete unidades ao IGES/DF. Nesse sentido, o Ministério Público do Distrito Federal e Territórios

- MPDFT, em junho de 2021, pela Recomendação nº 13/2021 – PROSUS, referente ao Inquérito Civil Público nº 08190.054213/20-18, considerando o déficit financeiro e o descumprimento parcial das metas pactuadas, bem como a atuação deficiente da SES/DF no acompanhamento e na avaliação do Contrato de Gestão Nº 001/2018-SES/DF, fez recomendações ao Secretário e Saúde do Distrito Federal muito semelhantes às aquelas realizadas pela extinta CAC-IHBDF.

3.1 ANÁLISE DOS INDICADORES

A fim de se realizar monitoramento do Contrato de Gestão Nº 001/2018-SES/DF, foram definidos indicadores de acompanhamento da gestão. Para facilitar o entendimento da análise, os indicadores foram ordenados em sequência numérica no Quadro III.

Quadro III: Indicadores do Contrato de Gestão Nº 001/2018-SES/DF

Item	Indicador	3º Termo Aditivo (2019)	9º Termo Aditivo (2021)
1	Internações hospitalares: Internações cirúrgicas (Grupo 04 – Procedimento cirúrgico)	Meta de Produção	Meta Quantitativa
2	Internações hospitalares: Internações clínicas (Grupo 03 – Procedimento clínico)	Meta de Produção	Meta Quantitativa
3	Atendimentos ambulatoriais: Consulta médica na atenção especializada	Meta de Produção	Meta Quantitativa

4	Atendimentos ambulatoriais: Consulta de profissionais de nível superior na atenção especializada (exceto médico)	Meta de Produção	Meta Quantitativa
5	Atendimentos ambulatoriais: Procedimentos MAC (média e alta complexidade)	Meta de Produção	Meta Quantitativa
6	Atendimentos hospitalares de urgência e emergência: Atendimento de urgência na atenção especializada	Meta de Produção	Meta Quantitativa
7	Atendimentos hospitalares de urgência e emergência: Acolhimento de classificação de risco	-	Meta Quantitativa
8	Transplantes (SIH) - Transplante de órgão e tecido	-	Meta Quantitativa
9	Atendimentos cirúrgicos: Cirurgias totais	Meta de Produção	-
10	Atendimentos cirúrgicos: Cirurgias programadas	Meta de Produção	Meta Qualitativa
11	Atendimentos cirúrgicos: Cirurgias não programadas	Meta de Produção	-
12	Taxa de ocupação operacional de leitos	-	Meta Qualitativa
13	Taxa de ocupação de leitos de UTI	-	Meta Qualitativa
14	TOH – Taxa de ocupação hospitalar (%)	Meta de Desempenho	-
15	Tempo de permanência para leitos de clínica médica	-	Meta Qualitativa

16	Tempo de permanência para leitos cirúrgicos	-	Meta Qualitativa
17	MPH – Média de permanência hospitalar (dias)	Meta de Desempenho	-
18	IIS - Índice de intervalo de substituição (dias)	Meta de Desempenho	-
19	IRLH – Índice de renovação de leitos hospitalares (pacientes por leito por mês)	Meta de Desempenho	-
20	Percentual de suspensão de cirurgias programadas	Sem meta	-
21	Taxa de readmissão em UTI em até 48 horas (readmissão precoce em UTI)	Sem meta	-
22	Taxa de readmissão hospitalar	Sem meta	-
23	Taxa de infecção de sítio cirúrgico em cirurgias limpas	Sem meta	Meta Qualitativa
24	Taxa de mortalidade hospitalar (Institucional)	Sem meta	Meta Qualitativa
25	Taxa de infecção hospitalar	Sem meta	-
26	Densidade de incidência de infecção por cateter venoso central (CVC)	-	Meta Qualitativa / Meta de Monitoramento
27	Percentual de ocorrência de glosas no SIH	Meta de Desempenho	-
28	Taxa de faturamento hospitalar (%)	Meta de Desempenho	-

29	Tempo de faturamento hospitalar (%)	Meta de Desempenho	-
30	Taxa de absenteísmo (%)	Meta de Desempenho	-
31	Índice de satisfação do usuário atendido (pacientes e acompanhantes)	Sem meta	-
32	Taxa de abastecimento de medicamentos	Sem meta	-
33	Taxa de abastecimento de materiais médicos e hospitalares e OPME (órteses, próteses e materiais especiais)	Sem meta	-
34	Taxa de manutenção de equipamentos	Sem meta	-
35	Ensino, pesquisa e residência: Número de vagas ofertadas em programa de residência uni e multiprofissionais	Meta de Produção	Meta de Monitoramento
36	Ensino, pesquisa e residência: Número de vagas ofertadas em programa de residência médica	Meta de Produção	Meta de Monitoramento

Fonte: Elaboração própria, com base no Contrato de Gestão Nº 001/2018-SES/DF, no Terceiro e no Nono Aditivo ao Contrato (2021).

O diagnóstico dos indicadores ocorrerá considerando os atributos desejáveis pela avaliação da OPAS (2018) e de Januzzi (2005), listados abaixo, de acordo com explicações realizadas no Capítulo 3:

- a) Mensurabilidade e viabilidade;
- b) Validade;
- c) Oportunidade;
- d) Reprodutibilidade;
- e) Sustentabilidade;

- f) Pertinência e relevância;
- g) Compreensibilidade;
- h) Periodicidade;
- i) Comparabilidade da série histórica.

Os indicadores relacionados nos itens 1 a 11, referentes a internações hospitalares, atendimentos ambulatoriais, atendimentos cirúrgicos e transplantes, ensejam não somente o acompanhamento das metas a eles relacionadas, mas também o entendimento do perfil de atendimento do Hospital de Base, conforme os recursos disponíveis.

Por outro lado, os indicadores de atendimentos cirúrgicos – itens 9 a 11 – possibilitam avaliar a quantidade de cirurgias em relação aos recursos disponíveis, e realizar uma análise epidemiológica dos pacientes atendidos no Hospital de Base, consoante o relatório de acompanhamento e avaliação do contrato de gestão do 3º Quadrimestre de 2020 (IGES/DF, 2021).

Os indicadores 12 a 22 relacionam-se à ocupação da capacidade do hospital, bem como à rotatividade de pacientes. Ensejam a obtenção de informações sobre a qualidade e a produtividade do desempenho hospitalar.

Os indicadores dos itens 23 a 26 se referem à mensuração de riscos de infecção e mortalidade. Conforme enfatizado em ANS (2021), a abordagem de riscos de mortalidade relaciona-se à preocupação com a qualidade na assistência aos pacientes em procedimentos hospitalares.

Os indicadores 27, 28, 29 e 30, excluídos no 9º Termo Aditivo (2021), evidenciam características relacionadas à organização e ao controle dos serviços prestados. Pois, quanto mais rápido as informações são prestadas e de forma mais acurada possível, mais recursos provenientes do SUS são enviados pelo Governo Federal.

Os indicadores 32, 33 e 34, também excluídos por intermédio do 9º Termo Aditivo (2021) trata de informações sobre insumos necessários à prestação de serviços hospitalares. Esses indicadores estão diretamente relacionados à melhoria de serviços administrativos e poderiam revelar pontos que poderiam ser otimizados com adequada gestão de pessoas e de suprimentos.

Os indicadores 35 e 36 versam sobre metas de ensino, pesquisa e residência e, após o 9º Termo Aditivo (2021), foram transformadas em metas de monitoramento.

No Quadro 4, é possível verificar que, por meio do 9º termo aditivo (2021), foram excluídos dezoito indicadores, antes previstos no 3º termo aditivo (2019), e incluídos sete novos indicadores, que começarão a ser mensurados em 2021. Dos indicadores excluídos, oito não estavam relacionados ao cumprimento de metas específicas, oito referiam-se a metas de desempenho e dois a metas quantitativas. Além disso, foram incluídas metas para dois indicadores que foram mantidos no 9º Termo Aditivo (2021) e dois indicadores, que antes tinham Metas de Produção, passaram a ter Metas de Monitoramento.

Importante destacar o indicador 31: “Índice de satisfação do usuário atendido (pacientes e acompanhantes)”. Este indicador representava a relação percentual entre a quantidade de avaliações entre bom e ótimo e o total de pessoas pesquisadas (pacientes e acompanhantes atendidos), mediante questionário impresso, padronizado e auto administrado.

A exclusão do indicador 31, por meio do 9º Termo Aditivo (2021), importa não apenas perda de relevante informação concernente à qualidade de atendimento hospitalar, mas, igualmente, evidencia problemas quanto à mensurabilidade e a viabilidade, bem como à sustentabilidade do indicador, muito embora não existisse meta correspondente ao referido índice. Conforme o Relatório Anual do Contrato de Gestão 2019, esse indicador não vinha sendo mensurado em razão de dificuldades de contratar empresa para coleta e análise desses dados, o que pode ter motivado a exclusão.

Contraditoriamente, o IGES/DF divulgou, em 2021, que a instituição registra melhoria na qualidade de seu serviço, baseado em comentários em redes sociais⁵.

Em grande medida, os indicadores, considerados individualmente, são mensuráveis e viáveis, pertinentes e relevantes, assim como válidos e sustentáveis.

Contudo, ainda que a maioria dos indicadores do Quadro 4 seja dotada das propriedades consideradas fundamentais a indicadores, a reformulação do sistema de metas e indicadores promovida por meio do 9º Termo Aditivo (2021) pode ter implicado prejuízo para o sistema de indicadores como um todo, principalmente no que se refere à comparabilidade histórica e à reprodutibilidade dos indicadores.

⁵ <https://www.agenciabrasilia.df.gov.br/2021/02/19/iges-pacientes-elogiam-atendimento-nas-unidades/>.

Na medida em que não houve mensuração retroativa até o período mais antigo possível, ao se realizar a reclassificação dos indicadores, bem como a exclusão e o desdobramento de indicadores, as mudanças realizadas por meio do 9º Termo Aditivo (2021), prejudicaram a comparabilidade da série histórica dessas informações, fundamental para a realização da análise de desempenho da entidade avaliada.

A falta do requisito de comparabilidade pode ser constatada por meio da análise das mudanças promovidas nos indicadores dos itens 12 a 17. O indicador 14 “Taxa de ocupação hospitalar” foi excluído e desdobrado nos indicadores 12 “Taxa de ocupação operacional de leitos” e 13 “Taxa de ocupação de leitos de UTI”, no 9º Termo Aditivo, a fim de segregar as informações acerca da taxa de ocupação de leitos hospitalares de UTI dos demais leitos. Lógica similar foi adotada na inclusão dos itens 15 e 16, tendo em vista que o indicador previsto no item 17 é mais abrangente. As mudanças implementadas, dessa forma, não só prejudicam a comparabilidade da série histórica e a compreensibilidade, mas também importam exclusão de indicadores que tem pertinência e relevância para a avaliação geral da instituição.

Diversos indicadores são mensurados a partir de dados coletados do DATASUS, como os indicadores 1 a 9. Se, de um lado, o uso dessa base de dados fortalece a comparabilidade histórica, haja vista que torna possível refazer mensurações relativas a períodos pretéritos, de outro, essa abordagem pode importar prejuízos quanto à oportunidade e à periodicidade dos indicadores. Isso se dá em razão de, frequentemente, ocorrer atraso de cerca de um mês para a obtenção de dados por meio desse sistema.

Dessa forma, seria necessário rever a forma de acompanhamento por meio de relatórios mensais, que podem vir a conter informações imprecisas ou incompletas, conforme informado no Relatório de Acompanhamento e Avaliação do Contrato de Gestão relativo ao 3º Quadrimestre de 2020.

Ainda que o atraso na obtenção de informações prejudique a oportunidade relativa à mensuração mensal dos indicadores, em períodos mais longos, esse problema é mitigado.

Esse inconveniente, todavia, deve ser considerado com base nas características gerais dos dados provenientes do DATASUS, uma vez que o uso desse sistema enseja a comparação de dados históricos e entre hospitais, bem como facilita a reprodutibilidade das mensurações.

Em relação à mensurabilidade e à viabilidade, foram identificadas dificuldades de medição dos indicadores de abastecimento – itens 32 e 33 –, conforme o Relatório Anual de Avaliação do Contrato de Gestão 2019 (IGESDF, 2020).

Houve divergências entre as aferições realizadas nos três primeiros trimestres de 2019, quando comparadas àquelas constantes no relatório anual do mesmo ano. Faz-se referência a um problema de padronização metodológica na mensuração desses indicadores.

Em relação às mensurações dos indicadores de metas de desempenho previstas no 3º Termo Aditivo (2019), segundo o relatório anual de avaliação do contrato de gestão 2019 (IGESDF, 2020), cada unidade de produção pode adotar método próprio para medir os indicadores.

Essa divergência metodológica pode gerar discrepância de informações, ao compararem-se os dados entre as unidades. Isso implica não cumprimento do requisito de reprodutibilidade. Além disso, revela que cada unidade pode cumprir o contrato de gestão conforme sua interpretação particular do documento. Os relatórios subsequentes não tratam especificamente do assunto, isso indica que houve manutenção dessa abordagem.

Situação muito grave e que decorre de ausência de indicação da fórmula de cálculo dos indicadores.

A análise de indicador 20 “Percentual de Suspensão de Cirurgias Programadas” enseja um esclarecimento adicional. Conforme o relatório anual de Avaliação do Contrato de Gestão 2019 (IGESDF, 2020), no cálculo desse indicador, são desconsideradas as suspensões decorrentes de absenteísmo ou recusa do paciente, embora essa possibilidade não esteja explicitamente prevista no 3º Termo Aditivo (2019).

Nesse sentido, se cada unidade pode escolher como será feita essa mensuração, podem ocorrer discrepâncias significativas nos valores dos indicadores, de acordo com o método adotado.

Ressalta-se que, como não há definição metodológica explícita e detalhada para cada indicador, cada unidade pode mudar de entendimento quanto ao método de mensuração e esses valores podem ser distorcidos em relação tanto à série histórica quanto à comparabilidade entre as unidades hospitalares e, inclusive, quanto à avaliação de cumprimento das metas.

4. CONCLUSÃO

O objetivo deste trabalho foi verificar se é possível avaliar melhoria na prestação de serviço público de saúde mediante sistema de monitoramento de contrato de gestão.

Para analisar essa possibilidade foi realizado estudo do Contrato de Gestão Nº 001/2018- SES/DF, que a SES/DF firmou com o IGES/DF, instituto formado como serviço social autônomo, responsável pela gestão de hospitais e unidades de saúde pública do Distrito Federal, especificamente no caso do Hospital de Base do Distrito Federal.

Para fundamentar a pesquisa, o texto permeou aspectos da saúde pública no Brasil, principalmente em relação à descentralização da gestão, além de ressaltar a forma de avaliação por meio de indicadores.

Buscou-se analisar os aspectos do contrato de gestão Nº 001/2018-SES/DF, demonstrando as alterações ocorridas por meio dos 3º Termo Aditivo (2019) e 9º Termo Aditivo (2021), este último tendo impactado a forma de acompanhamento que ocorrerá a partir de 2021.

Apesar de ajustes e melhorias serem fundamentais no serviço público de saúde, as modificações, previstas no 9º Termo Aditivo (2021), podem implicar certa fragilização do contrato, visto que seu texto não conseguiu ser claro em alguns aspectos, ao mesmo tempo em que demanda alteração significativa na proposta de monitoramento do contrato.

Pela leitura do Contrato de Gestão, é possível depreender que são múltiplos objetivos, para os quais deve haver modos distintos de acompanhamento. Onde estão as seguintes finalidades: realizar atendimento de qualidade e gratuito, investir em pesquisa,

colaborar com treinamento de estudantes da área de saúde, melhorar as práticas de gestão em saúde e desenvolver tecnologias para utilização em produtos e serviços.

Uma falha que deve ser sanada é a falta de indicadores que reflitam, de forma clara, o acompanhamento de todos os objetivos estratégicos previstos no contrato. Dessa forma, realizar-se-ia uma análise de como o instituto pode ou não contribuir para a melhoria na gestão da saúde pública.

Após avaliação do contrato de gestão observou-se que somente os indicadores propostos não são meios apropriados, nem suficientes para verificar melhoria na prestação de serviço público de saúde.

A hipótese inicial do trabalho não foi confirmada, tendo em vista que a formatação dos indicadores estabelecidos no contrato de gestão não é suficiente para demonstrar melhora na alocação dos serviços públicos nem aumento na qualidade do serviço prestado.

Em razão da inexistência de série histórica e da inconsistência metodológica dos indicadores e das metas previstos no Contrato de Gestão Nº 001/2018-SES/DF, não é possível avaliar os objetivos previstos no contrato, bem como, as metas estabelecidas contratualmente.

Sucessivas alterações importaram duas modificações abrangentes no sistema de controle, com acréscimos, exclusões e mudanças na classificação e na periodicidade de indicadores e metas, por intermédio, principalmente do 3º Termo Aditivo, em 2019, e do 9º Termo Aditivo, em 2021.

Conforme se revela nesta pesquisa, os indicadores, para fins de acompanhamento do contrato de gestão, carecem de metodologia mais clara e objetiva e do acompanhamento para embasar uma análise mais criteriosa sobre a evolução na qualidade do serviço de saúde pública.

Com isso, atentando-se para os indicadores previstos, não é possível verificar se a gestão do HBDF por meio de instituto seria de fato mais eficiente e efetiva que a realizada por meio da Administração Direta.

Como sugestão de trabalhos futuros, em complementação a esta pesquisa, seria importante aprimorar o monitoramento da execução do Contrato de Gestão Nº 001/2018-SES/DF, com vistas a compreender os motivos por que o formato atual de acompanhamento não é capaz de diagnosticar as falhas existentes.

Adicionalmente, sugere-se que todos os hospitais públicos do Distrito Federal sejam avaliados sob os mesmos parâmetros.

Com isso, seria possível verificar a melhoria na gestão de um hospital comparando não apenas com períodos diferentes, mas também com outros hospitais que estejam na mesma localidade.

Outra sugestão importante seria a alteração na Lei nº 5.899/2017, de modo a prevê a existência permanente, em lei do CAC-IHDF, que foi extinta nas alterações do 9º termo aditivo e delinear de forma mais clara, os critérios e inclusive a metodologia para o estabelecimento das metas e dos indicadores no contrato de gestão.

Ressalto a importância de previsão normativa estabelecendo metodologias para criação das metas e indicadores, bem como monitoramento.

Tal norma vislumbro ser de ordem regulamentar, não cabendo alteração na Lei nº 5.899/2017. Pois previsões normativas desse nível são recomendados pela boa técnica legislativa serem previstas em norma regulamentadora, que no caso tratasse do decreto nº 39.674/2019 que regulamenta o instituto de gestão estratégica de saúde do distrito federal - IGES/DF, e dá outras providências, sendo assim iremos encaminhar ao executivo, propositura, na modalidade de “indicação ao executiva”, recomendando alteração no decreto conferindo critérios metodológicos para o estabelecimento de metas e indicadores, bem como, métodos eficazes de monitoramento.

Cabendo ainda, o encaminhamento deste estudo aos órgãos de controle Ministério Público – MPDFT, Tribunal de Contas do Distrito Federal – TCDF e Tribunal de Contas da União – TCU. Pois uma vez comprovada a negligência, incompetência ou até mesmo dolo na confecção do contrato de gestão, de modo a reproduzir danos ao erário, faz se necessária a análise aprofundada por parte desses órgãos.

É importante destacar que a pandemia ocasionada pela COVID-19 dificultou a gestão e o planejamento na área de saúde, situação verificada no mundo inteiro, o que impacta também os mecanismos de controle do contrato de gestão.

A intenção de se avaliar, acompanhar e mensurar a gestão do IHBDF pode ser considerada positiva. Nesse sentido, o Governo do Distrito Federal poderia implementar melhorias no sistema, utilizando-se de meios técnicos, como, por exemplo, uma consultoria especializada na adequação do modelo às finalidades do contrato.

De forma geral, a implementação de monitoramento de indicadores por meio de contrato de gestão enseja uma avaliação mais objetiva dos serviços prestados, o que pode, futuramente e com as adequações necessárias ao método, ter um efeito que agregue valor à prestação do serviço público de saúde, tão importante para toda a população.

5. REFERÊNCIAS

MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias de; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. **Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal.** *Cadernos de Saúde Pública*, v. 33, p. e00129616, 2017. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2017.v33suppl2/e00129616/pt>. Acesso em: 21 nov. 2020.

BARBOZA, Nilton Anderson Santos et al. **Teoria da burocracia—o papel político e gerencial no setor público de saúde brasileiro.** *Brazilian Journal of Development*, v. 6, n. 6, p. 34375-34400, 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/11146/9340>. Acesso em 06 fev. 2021.

BRESSER-PEREIRA, L. C. **Reforma administrativa do sistema de saúde.** BRASIL, Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Brasília: MARE, 1998. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Luiz_Bresser-Pereira/publication/267778252_REFORMA_ADMINISTRATIVA_DO_SISTEMA_DE_SAUDE/links/575db4e908aed88462166d45/REFORMA-ADMINISTRATIVA-DO-SISTEMA-DE-SAUDE.pdf. Acesso em: 10 out. 2020.

SALDIVA, Paulo Hilário Nascimento; VERAS, Mariana. **Gastos públicos com saúde: breve histórico, situação atual e perspectivas futuras.** *Estudos Avançados*, v. 32, n. 92, p. 47-61, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ea/v32n92/0103-4014-ea-32-92-0047.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2020.

SOARES, Gabriella Barreto et al. **Organizações sociais de saúde (OSS): privatização da gestão de serviços de saúde ou solução gerencial para o SUS?** *Revista Eletrônica Gestão e Saúde*, n. 2, p. 828-850, 2016. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5555892>. Acesso em: 31 out. 2020.

NASCIMENTO, Isabel Cristina Rigotti do. **A experiência do contrato de gestão no DF: o caso do Hospital Regional de Santa Maria-DF.** 2011. Disponível em: https://bdm.unb.br/bitstream/10483/2837/6/2011_IsabelCristinaRigottidoNascimento.pdf. Acesso em: 01 nov. 2020.

CASTRO, Dayanni Nogueira. **Processo de compra de equipamentos médico-hospitalares: estudo de caso no Departamento de Logística em Saúde.** 2016. Disponível em:

https://bdm.unb.br/bitstream/10483/14346/6/2016_DayanniNogueiraCastro_tcc.pdf.

Acesso em: 09 jan. 2021.

CORRÊA, Daniel Seabra Resende Castro. **Comparação da eficiência dos modelos de gestão dos hospitais públicos brasileiros utilizando Análise Envoltória de Dados**. 2020.

Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/129487/2/423937.pdf>.

Acesso em: 31 out. 2020.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE - CONASS. **Alternativas de Gerência de Unidades Públicas de Saúde**. 2015. Disponível em:

<http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/Alternativas-de-Gerencia-de-Unidades-Publicas-de-Saude.pdf>.

Acesso em: 10 out. 2020.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. Contratos de gestão. **Contratualização do controle administrativo sobre a administração indireta e sobre as organizações sociais**.

Revista da Procuradoria Geral do Estado de São Paulo, São Paulo, n. 45/46, p. 1-13, 1996.

Disponível

em:

https://aedmoodle.ufpa.br/pluginfile.php/172714/mod_resource/content/1/CONTRATOS%20DE%20GEST%C3%83O%20Maria%20Sylvia%20Pietro.pdf. Acesso em: 02 jul. 2021.

RODRIGUES, Antonio Felipe Oliveira; SALLUM, Silvio Bhering; RAUPP, Fabiano Maury. **Eficiência dos hospitais estaduais de Santa Catarina: um comparativo entre modelos de gestão**.

Advances in Scientific & Applied Accounting, v. 13, n. 1, 2020. Disponível em:

<https://asaa.anpcont.org.br/index.php/asaa/article/view/628/pdf>. Acesso em 24 out. 2020.

ARAUJO, Maria Arlete Duarte. **Responsabilização pelo controle de resultados no Sistema Único de Saúde no Brasil**. Revista Panamericana de Salud Pública, v. 27, p. 230-236, 2010. Disponível em:

https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rps/p/v27/n3/a11v27n3.pdf. Acesso em: 27 jun. 2021.

FONSECA, Humberto Lucena Pereira da; CUNHA JUNIOR, Luiz Arnaldo Pereira da. **A criação do serviço social autônomo do Instituto Hospitalar de Base como novo modelo de gestão hospitalar do Distrito Federal, Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 24, p. 2053- 2064, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v24n6/1413-8123-csc-24-06-2053.pdf>.

Acesso em: 09 jan. 2021.

PACHECO, Regina Silvia. **Brasil: avanços da contratualização de resultados no setor público**. In: Congreso internacional del clad sobre la reforma del estado y de la administración pública. 2006. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Regina->

SilviaPacheco/publication/267198557_Brasil_avancos_da_contratualizacao_de_resultados_no_setor_publico/links/552d7b870cf29b22c9c4f59e/Brasil-avancos-da-contratualizacao-de-resultados-no-setor-publico.pdf. Acesso em: 27 jun. 2021.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Avaliação de Políticas Públicas - Guia Prático de Análise Ex Ante - Volume 1**. Brasília, 2018. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/180319_avaliacao_de_politicas_publicas.pdf. Acesso em 18 abr. 2021.

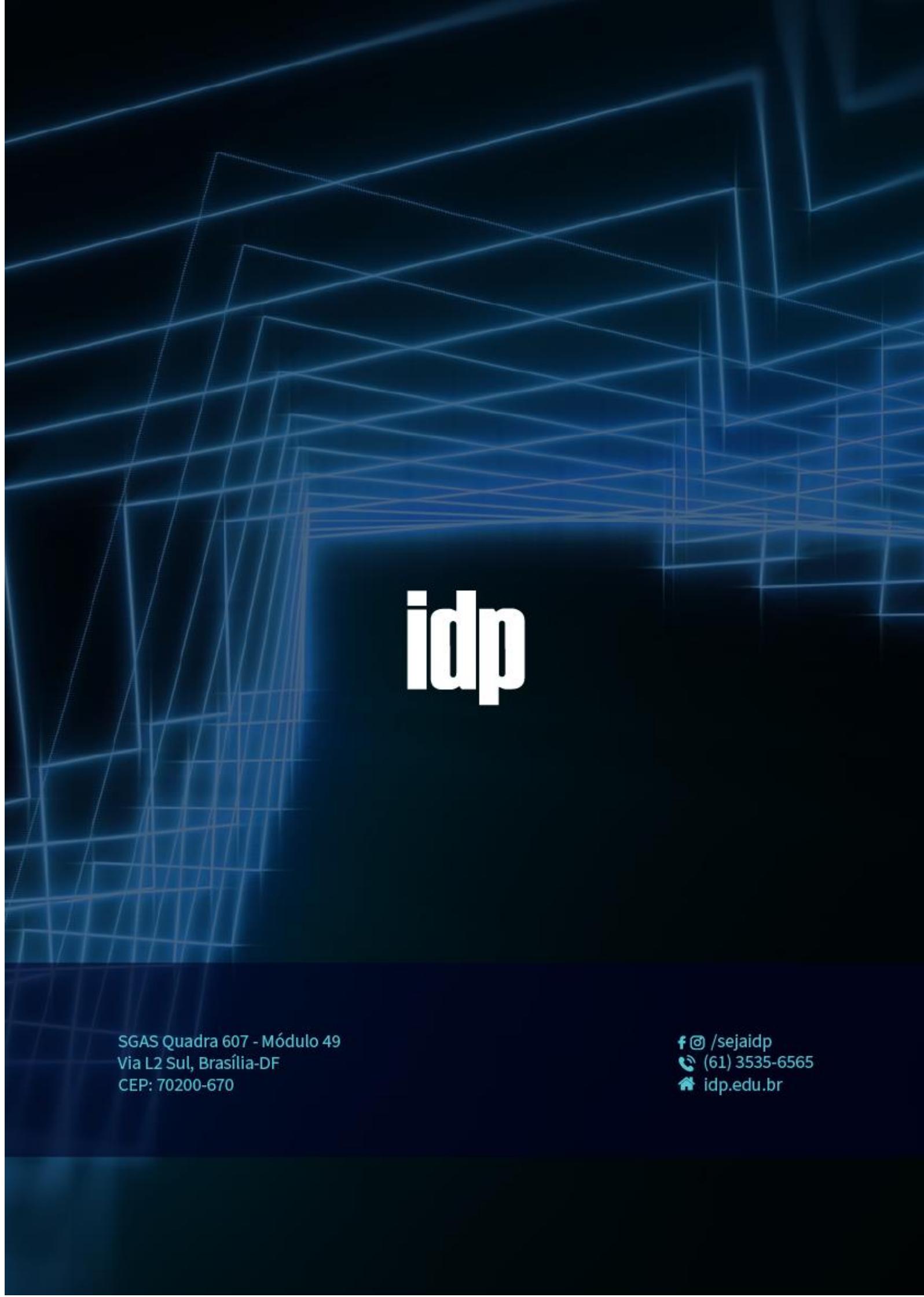
INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Avaliação de Políticas Públicas: Guia Prático de Análise Ex Post - Volume 2**. Brasília, 2018. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/181218_avaliacao_de_politicas_publicas_vol2_guia_expost.pdf. Acesso em 18 abr. 2021.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Construção de indicadores qualitativos para avaliação de mudanças**. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 33, p. 83-91, 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022009000500009&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em 11 abr. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. **Indicadores de Saúde: Elementos conceituais e práticos**. 2018. Disponível em: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14405:health-indicators-conceptual-and-operational-considerations&Itemid=0&lang=pt. Acesso em: 25 abr. 2021.

SILVA, Ligia Maria V. da; FORMIGLI, Vera Lúcia A. **Avaliação em saúde: limites e perspectivas**. Cadernos de saúde pública, v. 10, p. 80-91, 1994. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csp/v10n1/v10n1a09.pdf. Acesso em: 25 abr. 2021.

JANNUZZI, Paulo de Martino. **Indicadores para diagnóstico, monitoramento e avaliação de programas sociais no Brasil**. Revista do Serviço Público, v. 56, n. 2, p. 137-160, 2005. Disponível em: <https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/222>. Acesso em 11 abr. 2021.



idp

SGAS Quadra 607 - Módulo 49
Via L2 Sul, Brasília-DF
CEP: 70200-670

  /sejaidp
 (61) 3535-6565
 idp.edu.br