

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ – UFPI PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE  
PÓS-GRADUAÇÃO-PRPG CENTRO DE CIÊNCIA HUMANAS E LETRAS - CCHL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA – PPGP  
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO PÚBLICA – MPPG

NÁDIA MAGALY DE SOUSA LIMA

**ANÁLISE DAS CONTRATUALIZAÇÕES DE RESULTADOS DO HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ – HU-UFPI E  
SUAS METAS QUANTITATIVAS: Estudo Aplicado de Relatórios (2012-2018)**

TERESINA-PI  
2020

NÁDIA MAGALY DE SOUSA LIMA

**ANÁLISE DAS CONTRATUALIZAÇÕES DE RESULTADOS DO HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ – HU-UFPI E  
SUAS METAS QUANTITATIVAS: Estudo Aplicado de Relatórios (2012-2018)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Gestão Pública - PPGP da Universidade Federal do Piauí - UFPI, como requisito para obtenção do título de Mestre em Gestão Pública.

Área de Concentração: Gestão Pública para o Desenvolvimento Regional.

Linha de Pesquisa: Organizações e Desenvolvimento Regional.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Fabiana Rodrigues de Almeida Castro.

TERESINA-PI  
2020

FICHA CATALOGRÁFICA  
Universidade Federal do Piauí  
Biblioteca Comunitária Jornalista Carlos Castello Branco  
Serviço de Processamento Técnico

L732a Lima, Nádia Magaly de Sousa.

Análise das contratualizações de resultados do Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí - HU - UFPI e suas metas quantitativas: estudo aplicado de relatórios (2012-2018) / Nádia Magaly de Sousa Lima -- 2020.  
156 f. : il.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Piauí, Programa de Pós-Graduação-PPGP, Teresina, 2020.

“Orientadora: Profa. Dra. Fabiana Rodrigues de Almeida Castro”.

1. Gestão Pública - Administração. 2. Contratualização de resultados.  
3. Metas quantitativas. 4. Hospital Universitário - Universidade Federal do Piauí.  
I. Título.

CDD: 658.3

NÁDIA MAGALY DE SOUSA LIMA

**ANÁLISE DAS CONTRATUALIZAÇÕES DE RESULTADOS DO HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ – HU-UFPI E SUAS  
METAS QUANTITATIVAS: Estudo Aplicado de Relatórios (2012-2018).**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão Pública, da Universidade Federal do Piauí, como requisito à obtenção do título de Mestre em Gestão Pública.

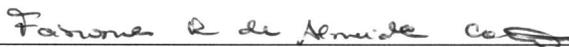
Área de Concentração: Gestão Pública para o Desenvolvimento Regional.

Linha de Pesquisa: Organizações e Desenvolvimento Regional.

Orientador(a): Profa. Dra. Fabiana Rodrigues de Almeida Castro.

Aprovado em 13 de dezembro de 2019.

**BANCA EXAMINADORA**



---

Profa. Dra. Fabiana Rodrigues de Almeida Castro (UFPI)  
Orientadora



---

Prof. Dr. Nelson Juliano Cardoso Matos (UFPI)  
Examinador Interno



---

Prof. Dr. José Miguel Luz Parente (UFPI)  
Examinador Externo ao Programa

*Dedico esta vitória à minha família,  
meu bem mais precioso.*

## AGRADECIMENTOS

A Deus, que em sua infinita bondade e sabedoria, iluminou meus caminhos para chegar até aqui e não me permitiu desistir, mesmo nos piores momentos. Arrisco dizer que aprendi, ao longo destes dois anos, muito mais sobre fé e persistência que em toda a minha vida.

Aos meus pais, Manoel Bena e Regilene, por todo amor e dedicação. Obrigada por sempre acreditarem em meus sonhos e por estarem sempre ao meu lado. É um verdadeiro privilégio compartilhar minha vida com vocês, exemplos de luta, amor e fé.

Ao meu marido, Marciel Rodrigo, meu companheiro nessa jornada. Obrigada por tantas vezes me encorajar e me ajudar nos momentos mais difíceis, agradeço o apoio, o amor e o incentivo, essa luta também foi sua e essa vitória agora é nossa.

À minha filha, Maria Letícia, fonte de toda a minha inspiração. A pessoa mais importante da minha vida, que renova as minhas forças e me faz nunca desistir.

À minha irmã, Marceley, minha melhor amiga. Agradeço grandemente toda a ajuda e todo o amor dedicado a mim. A minha jornada é mais feliz ao seu lado e todas as minhas vitórias serão sempre compartilhadas com você. Agradeço, ainda, ao meu cunhado Thales, que também fez parte dessa vitória, uma pessoa amiga e sempre disposta a ajudar.

Ao meu irmão, Cleverton, pelo exemplo de esforço e dedicação que sempre demonstrou, agradeço o companheirismo e amor.

Aos meus amigos e demais familiares, por estarem sempre ao meu lado. À Miriam Neta, minha parceira nessa longa jornada, agradeço toda a amizade e carinho, você tornou essa caminhada mais alegre e prazerosa. Sempre vou lembrar das nossas conversas, de como era engraçado dividir os momentos de aflição e nervosismo com você, minha dupla favorita.

A todos os meus professores, mestres que transmitiram tantos conhecimentos fundamentais ao longo dos anos. Em particular, à professora Fabiana, pelo auxílio nas horas certas e por compartilhar seus conhecimentos, que me permitiram evoluir como estudante, pesquisadora e pessoa; bem como ao professor José Miguel, que prontamente aceitou o convite para fazer parte dessa história e engrandeceu meu trabalho com seus conhecimentos e sua experiência no assunto estudado.

À Universidade Federal do Piauí e a todos que fazem parte do Programa de Pós Graduação em Gestão Pública, pela oportunidade de crescimento pessoal e profissional. E, por fim, agradeço aos que não foram diretamente citados aqui, mas são igualmente importantes. Obrigada, de coração!

## RESUMO

A contratualização de resultados foi inserida nas organizações públicas hospitalares como forma de persecução de uma gestão voltada para a eficiência administrativa, enraizando o planejamento dos objetivos institucionais, o controle gerencial e a contínua adequação dos serviços aos resultados propostos. Nesse sentido, a pesquisa tem por objetivo a análise dos instrumentos de contratualização de resultados do HU-UFPI e suas metas quantitativas, no período compreendido entre 2012 e 2018. Trata-se de pesquisa qualitativa, classificada como exploratório-descritiva, com utilização de análise documental exercida através do exame de relatórios de acompanhamento dos contratos e de fiscalizações realizadas no HU-UFPI. O estudo apresenta os desequilíbrios percebidos na pactuação das metas quantitativas e as falhas cometidas na execução das mesmas. Apesar disso, apresenta, ainda, a evolução dos percentuais de produção do HU-UFPI, durante o período analisado, demonstrando que o controle e reajuste das metas é um importante instrumento de gestão.

**Palavras-chave:** Contratualização de Resultados. Metas quantitativas. Hospital Universitário. Universidade Federal do Piauí.

## **ABSTRACT**

The contracting of results was inserted in public hospital organizations as a way of pursuing a management focused on administrative efficiency, rooting the planning of institutional objectives, management control and the continuous adequacy of services to the proposed results. In this sense, the research aims to analyze the contractualization of results of HU-UFPI and its quantitative goals, in the period between 2012 and 2018. This is a qualitative research, classified as exploratory-descriptive, with the use of document analysis performed through the examination of monitoring reports of contracts and inspections performed at HU-UFPI. The study presents the imbalances perceived in the agreement of the quantitative goals and the failures in the execution of the same ones. Nevertheless, it also presents the evolution of the production percentages of the HU-UFPI during the analyzed period, demonstrating that the control and readjustment of the goals is an important management tool.

**Keywords:** Contractualization of Results. Quantitative goals. University hospital. Federal University of Piauí.

## LISTA DE GRÁFICOS

|  |     |
|--|-----|
| <b>Gráfico 1</b> – Ofertas e agendamentos no HU-UFPI no terceiro trimestre de 2014.....                        | 109 |
| <b>Gráfico 2</b> – Evolução dos percentuais de atendimento entre os anos de 2014 e 2015.....                   | 115 |
| <b>Gráfico 3</b> – Evolução do quantitativo de cirurgias em 2014 no HU-UFPI.....                               | 127 |
| <b>Gráfico 4</b> - Evolução dos quantitativos de salas do cento cirúrgico do HU-UFPI.....                      | 128 |
| <b>Gráfico 5</b> - Porcentagem de cumprimento das metas quantitativas estipuladas no Contrato nº 175/2017..... | 133 |

## LISTA DE QUADROS

|  |    |
|--|----|
| <b>Quadro 1</b> – Programação Orçamentária Global – 2017.....  | 54 |
| <b>Quadro 2</b> - Fases de Elaboração do Relatório da Auditoria DENASUS nº 13753 .....                                       | 78 |
| <b>Quadro 3</b> – Fases de Elaboração do Relatório da Auditoria DENASUS nº 14756 .....                                       | 79 |
| <b>Quadro 4</b> – Fases de Elaboração do Relatório da Auditoria DENASUS nº 16429 .....                                       | 80 |
| <b>Quadro 5</b> – Fases de Elaboração do Relatório da Auditoria DENASUS nº 17905 .....                                       | 81 |
| <b>Quadro 6</b> - Análise do cumprimento da primeira etapa de execução da contratualização.....                              | 93 |
| <b>Quadro 7</b> - Análise do cumprimento do novo cronograma pactuado em 2014 para as atividades ainda não implementadas..... | 99 |

## LISTA DE TABELAS

|   |     |
|---|-----|
| <b>Tabela 1</b> – Percentual de atingimento x valor do repasse.....   | 53  |
| <b>Tabela 2</b> – Metas Quantitativas – Ambulatorial .....  | 56  |
| <b>Tabela 3</b> - Especificações das despesas no SIAFI 2014 .....   | 88  |
| <b>Tabela 4</b> – Comparação dos valores empenhados nos anos de 2013 e 2014 .....   | 91  |
| <b>Tabela 5</b> - Dimensionamento dos serviços para cada etapa de execução do cronograma.....   | 92  |
| <b>Tabela 6</b> - Quantitativos de oferta, agendamento e realização de exames - 2013 .....  | 106 |
| <b>Tabela 7</b> – Análise dos quantitativos de oferta e agendamentos em 2014 .....  | 108 |
| <b>Tabela 8</b> - Média de atendimentos realizados no HU-UFPI em relação aos agendamentos...  | 114 |
| <b>Tabela 9</b> - Comparativo entre as metas pactuadas e os dados extraídos do sistema TABWIN/DATASUS.....  | 119 |
| <b>Tabela 10</b> – Leitos de Internação HU-UFPI .....   | 123 |
| <b>Tabela 11</b> - Comparativo das porcentagens de atendimento sobre as metas quantitativas especificadas no DD, de acordo com os relatórios CAC dos anos de 2014 e 2015..... | 129 |
| <b>Tabela 12</b> - Comparativo das porcentagens de atendimento sobre as metas quantitativas especificadas no DD, de acordo com os relatórios CAC dos anos de 2017 e 2018..... | 131 |

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**AGHU** - Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários

**CAC** – Comissão de Acompanhamento do Contrato

**CGU** - Controladoria Geral da União

**CNES** - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

**DENASUS** - Departamento Nacional de Auditoria do SUS

**DD** - Documento Descritivo

**DOM** - Diário Oficial do Município

**EBSERH** - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

**FAEC** - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação

**FMS** - Fundação Municipal de Saúde

**FNS** - Fundo Nacional de Saúde

**FPO** - Ficha de Programação Orçamentária

**GPR** - Gestão Pública para Resultados

**HUF** - Hospital Universitário Federal

**HU-UFPI** - Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí

**HUE** - Hospitais Universitários de Ensino

**IAC** – Incentivo de Adesão à Contratualização

**MEC** – Ministério da Educação

**MPF** – Ministério Público Federal

**NPG** - Nova Gestão Pública

**POA** – Plano Operativo Anual

**REHUF** - Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais

**SIA** - Sistema de Informação Ambulatorial

**SIH** - Sistema de Informação Hospitalar

**SMS** - Secretaria Municipal de Saúde

**SNA**- Sistema Nacional de Auditoria do SUS

**SUS** - Sistema Único de Saúde

**TCU** – Tribunal de Contas da União

**UFPI** – Universidade Federal do Piauí

**UNACON** - Unidade de Alta Complexidade em Oncologia

**UTI** - Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1 INTRODUÇÃO.....</b>   | <b>15</b> |
| <b>2 A CONTRATUALIZAÇÃO COMO INSTRUMENTO DE GESTÃO PÚBLICA POR RESULTADOS.....</b>   | <b>25</b> |
| 2.1 A ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA GERENCIAL E O CONTROLE DE RESULTADOS NAS ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES.....                                | 25        |
| 2.2 SURGIMENTO E CARACTERIZAÇÃO DA CONTRATUALIZAÇÃO DE RESULTADOS NAS ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS.....                      | 31        |
| <b>3 A FORMALIZAÇÃO DA CONTRATUALIZAÇÃO DE RESULTADOS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ – HUUFPI.....</b> | <b>39</b> |
| 3.1 FUDAMENTOS E DIRETRIZES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS.....   | 39        |
| 3.2 OS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS E O INÍCIO DA CONTRATUALIZAÇÃO.....   | 42        |
| <b>3.2.1 O Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí – HU-UFPI.....</b>  | <b>47</b> |
| 3.3 DOS CONTRATOS FIRMADOS ENTRE O HU-UFPI E A FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TERESINA.....  | 49        |
| <b>4 O CONTROLE A PARTIR DOS RELATÓRIOS PERTINENTES À CONTRATUALIZAÇÃO REALIZADA NO HU-UFPI.....</b>                               | <b>59</b> |
| 4.1 ANÁLISE DOS RELATÓRIOS DE FISCALIZAÇÕES EXTERNAS REALIZADAS NO HU-UFPI.....  | 62        |
| <b>4.1.1 Dos relatórios elaborados pelo DENASUS.....</b>   | <b>62</b> |
| <b>4.1.2 Dos relatórios elaborados pelo TCU.....</b>   | <b>66</b> |
| 4.2 ANÁLISE DOS RELATÓRIOS DE ACOMPANHAMENTO DO CONTRATO.....  | 72        |
| <b>4.2.1 Dos relatórios elaborados pela CAC.....</b>   | <b>72</b> |
| <b>4.2.2 Dos relatórios internos elaborados pelo HU-UFPI.....</b>  | <b>75</b> |
| <b>5 LEVANTAMENTO E APRECIÇÃO DAS INFORMAÇÕES TRAZIDAS PELOS RELATÓRIOS DE ACOMPANHAMENTO E FISCALIZAÇÃO.....</b>                  | <b>77</b> |
| 5.1 DAS FORMALIDADES LEGAIS DA ASSINATURA DO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS.....  | 83        |
| 5.2 DOS RECURSOS FINANCEIROS REPASSADOS À EBSE RH/HU-UFPI.....   | 84        |
| 5.3 DA CONSTITUIÇÃO E FUNCIONAMENTO DA CAC.....  | 86        |

|  |            |
|--|------------|
| 5.4 DA PRODUÇÃO DO HU-UFPI.....  | 87         |
| 5.5 DO CUMPRIMENTO DO CRONOGRAMA DE ATIVIDADES PREVISTO NO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS.....                  | 92         |
| 5.6 DA UNIDADE DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO.....  | 104        |
| 5.7 DO LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS.....   | 105        |
| 5.8 DA OFERTA, AGENDAMENTO E REALIZAÇÃO DE CONSULTAS E EXAMES.....   | 107        |
| 5.9 DAS DIVERGÊNCIAS ENTRE OS QUANTITATIVOS PACTUADOS E OS REGISTRADOS NA PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA FINANCEIRA..... | 112        |
| 5.10 DA CAPACIDADE INSTALADA E TAXA DE OCUPAÇÃO DOS LEITOS DE INTERNAÇÃO.....                                      | 121        |
| 5.11 DO CENTRO CIRÚRGICO.....  | 125        |
| 5.12 DO CUMPRIMENTO DAS METAS QUANTITATIVAS.....   | 129        |
| <b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>   | <b>136</b> |
| <b>REFERÊNCIAS.....</b>  | <b>143</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

As instituições hospitalares desempenham funções que demandam um conjunto altamente divergente de atividades, responsáveis por recuperar, manter e incrementar os padrões de saúde de seres humanos (SENHORAS, 2007). Essa peculiaridade ocasiona dificuldades no gerenciamento das instituições hospitalares, que devem pautar suas decisões e seu planejamento na organização e interação de todas as suas áreas, na busca de atingir todos os objetivos traçados de forma estratégica e operacional.

Para Drucker (1996), o gerenciamento na área de saúde apresenta inúmeros desafios, o primeiro deles diz respeito à produção de serviços, que difere da produção de bens, uma vez que aquela é de difícil padronização e não permite que esta seja estocada; outro é aquele tocante à natureza do processo de trabalho, que reúne os mais variados tipos de procedimentos e áreas, exigindo coordenação entre os elementos, racionalização do trabalho e comunicação eficaz entre as equipes; e, por último, o desafio da autonomia técnica exercida pelos profissionais das atividades-fim da organização (assistência à saúde), que lhes outorga um poder informal, tornando as relações de hierarquia e trabalho bem delicadas.

Para organização dessas diversas especificidades e avanço na prestação de seus serviços é necessário que a gestão hospitalar adote ferramentas administrativas cada vez mais elaboradas, buscando aproveitar da melhor forma possível os recursos que dispõe, considerando seu papel social.

Nessa perspectiva, são comumente utilizados para medição da gestão hospitalar os indicadores de estrutura, processos, resultados e aqueles relativos ao meio externo ou ambiente, devendo se expressar na forma de quantidade e qualidade, o que melhor atenda às necessidades em termos de uma administração produtividade (OLÍMPIO; NOGUEIRA; BITTAR, 2001).

De acordo com Scarpi (2004), os critérios que conduzem a uma nova gestão hospitalar, baseiam-se na orientação ao usuário e no avanço contínuo da procura por excelência e autoridade responsável no contexto de coordenação e integração em redes, acompanhados por elementos estratégicos, tais como participação social, transparência e responsabilidade no desenvolvimento das políticas públicas.

Assim, no contexto atual, as organizações hospitalares devem pautar suas decisões em processos que visem planejamento, execução e controle, no exercício de uma gestão receptiva a mudanças, com incorporação de competências inovadoras, perseguindo o melhor desempenho da instituição, em uma administração voltada para resultados.

O planejamento se destaca como uma função básica da gestão, antecedendo a ação, desviando-se dos imprevistos e indicando caminhos para consecução dos resultados, estabelecendo modelos assistenciais focados na lógica idealizada nos princípios do Sistema Único de Saúde - SUS (PAIM; MOTA, 2011).

De acordo com Cianciarullo (2003), grande parte dos hospitais brasileiros tem problemas em adotar modelos de gestão ágeis, voltados para as necessidades dos cidadãos, havendo dificuldade em trabalhar com indicadores nestas instituições e na mudança de comportamentos. Neste diapasão, a gestão pode exercer impactos significativos na assistência hospitalar, integrando competências e potencializando resultados.

A gestão voltada para o cidadão e para o alcance de resultados faz parte das características basilares da administração pública gerencial, que se utiliza da descentralização e da inovação para consecução dos objetivos traçados.

Com o intuito de oferta serviços eficientes e adequar seus serviços à nova realidade, as instituições hospitalares buscam por mecanismos capazes de auxiliar na consecução dos novos objetivos. Assim, surge, de forma relativamente recente, a contratualização de resultados, instrumento que vem ganhando espaço na nova visão de gestão pública, ficando seus pilares na definição de prioridades e objetivos, bem como na instituição de um rigoroso controle de responsabilização, que envolve gestores municipais/estaduais do SUS e representantes legais dos hospitais.

Para Araújo (2010), a contratualização é uma estratégia de modernização da gestão no campo da saúde, partindo da premissa de que uma gestão orientada por resultados tem mecanismos de aferição do desempenho, da satisfação do usuário e de controle social, com incentivos vinculados à produtividade e à eficiência, com aspectos necessários à responsabilização dos gestores públicos.

O estabelecimento de metas através de um contrato é um instrumento que poderá contribuir para a reversão da lógica de alocação de recursos centrada nas necessidades dos serviços, com uma distribuição que obedece à prioridades assistenciais voltadas para os usuários (ALBUQUERQUE; LIMA; MORAIS, 2015).

Para satisfação dessas prioridades são estabelecidas metas quantitativas e qualitativas de atenção à saúde e de gestão hospitalar, que podem ser formalizadas através de convênio, contrato, termo de ajuste, dentre outros. O instrumento contratual será composto por duas partes: o contrato propriamente dito e o documento com a descrição pormenorizada das metas.

As metas quantitativas são estipuladas a partir das necessidades do serviço público, a capacidade de execução da instituição contratada e a capacidade de pagamento pela contratante. O planejamento deve contemplar um percentual mínimo a ser atingido, tendo em vista a previsão de ocorrência de circunstâncias alheias à vontade da gestão (BRASIL, 2017a).

Nos Hospitais Universitários de Ensino - HUE, de acordo com Brizola, Cordoni Júnior e Gil (2011), a contratualização prevê uma nova lógica de financiamento, cuja ideia, segundo o Ministério da Saúde, é fazer com que essas instituições se integrem totalmente à rede de cuidados, contribuindo para o fortalecimento do SUS.

Na visão de Perdicaris (2012, p. 3)

A contratação de resultados tem sido cada vez mais utilizada por órgãos governamentais como um meio de aperfeiçoar aspectos relacionados à coordenação, à prestação de contas (*accountability*) e, de uma maneira geral, à melhoria na prestação de serviços públicos.

De acordo com a autora, a melhoria na prestação de serviços está associada ao aperfeiçoamento dos mecanismos de coordenação e prestação de contas. Nesse sentido, torna-se fundamental para o processo construtivo da contratualização de metas no serviço público, o acompanhamento e análise dos contratos firmados, tendo o condão de demonstrar os resultados positivos da utilização dessas pactuações, assim como as dificuldades encontradas para operacionalização efetiva dos percentuais exigidos.

Medir qualidade e quantidade em programas e serviços de saúde é imprescindível em todas as fases do processo administrativo, sendo alvo dessa medição os resultados, procedimentos e a estrutura necessária ou utilizada, bem como as influências e repercussões promovidas no meio ambiente (OLÍMPIO; NOGUEIRA; BITTAR, 2001).

Assim, o estudo de um instrumento de contratualização, realizado de forma específica, é de suma importância para o desenvolvimento satisfatório da instituição analisada, auxiliando na melhoria de procedimentos de gestão e nos planejamentos futuros do órgão, além de promover incentivos para a melhoria contínua. A pesquisa é baseada em uma análise

complexa e multi fatorial, que demanda um arcabouço de fontes de pesquisa variado e completo.

Nesse sentido, já existem vários estudos que buscam avaliar o instrumento de pactuação de metas, como Pacheco (2004), que afirma a existência de mudanças substantivas na qualidade dos serviços públicos após a utilização da contratualização, e André (1993), que enfatiza a atuação do instrumento como forma de reestruturação organizacional e vislumbra a capacitação futura de entidades como centros de responsabilidades.

Por conseguinte, na área da saúde, pesquisas como a de Peixoto (2013), que afirma que a contratualização torna o processo mais transparente e legítimo, com um notório crescimento na rede de atendimento; e a de Lima (2012), que analisa a contratualização nos hospitais de ensino e caracteriza os arranjos contratuais como um processo evolutivo; acendem o interesse pelo estudo do instrumento de contratualização de resultados.

A evolução da análise do tema fez surgir pesquisas que adentram ao desempenho das contratualizações de resultados em órgãos específicos, como a pesquisa realizada por Brizola, Cordoni Júnior e Gil (2011), que aborda o exame de desempenho de um hospital de ensino antes e após a contratualização com o SUS, em uma análise comparativa, apresentando os obstáculos para melhores resultados do instrumento no hospital estudado e seus avanços; e o estudo de Jesus (2017), que tem como objeto empírico de análise, a experiência da contratualização de resultados nos serviços de saúde pública efetuada pelo governo do Paraná, a partir de 2011, concluindo que o modelo combina controle e aprendizagem.

No entanto, estudos que examinam os instrumentos de contratualização de resultados e suas metas quantitativas ainda são pouco conhecidos, por se tratar de um tema recente e ainda em expansão, porém de relevância para o atual cenário de busca por eficiência nos serviços públicos.

No âmbito dos hospitais universitários, os estudos já realizados não adentram ao campo da análise específica do Documento Descritivo – DD, parte integrante do contrato, que especifica as metas pactuadas. A análise pormenorizada do documento pode evidenciar falhas no planejamento das metas e na contratualização como um todo.

O problema envolvendo a contratualização de resultados do Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí - HU-UFPI veio à tona em 2015, através de uma Ação Civil Pública ajuizada pelo Ministério Público Federal – MPF contra o hospital (proc. nº 1418314.2015.4.01.4000), com base em constatações trazidas por auditorias do Departamento

Nacional de Auditorias do SUS - DENASUS, objetivando a melhoria no atendimento à população e a adequada prestação de serviços de saúde. Figuraram no polo passivo do processo, além do HU-UFPI, a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH, responsável por sua administração, e a Fundação Municipal de Saúde - FMS de Teresina, órgão gestor local do SUS.

A Ação Civil Pública tramita na 5ª Vara da Justiça Federal da Seção Judiciária do Piauí e discute irregularidades na prestação de serviços realizadas pelo HU-UFPI. Sua petição inicial tem por base o Relatório de Auditoria nº 14756 - DENASUS, produzido no ano de 2014. A confecção do relatório trouxe evidências do quadro vivenciado pelo HU-UFPI naquele ano, demonstrando falhas na prestação de serviços, que geraram várias reuniões e audiências com os gestores do hospital, na busca de evolução dos serviços, que deveriam se aliar à grande estrutura e ao grande volume de recursos empenhados.

Após a impetração da ação civil pública, o juízo, em decisão liminar, decidiu acolher parcialmente a tutela provisória, determinando ao DENASUS a realização de nova auditoria no HU-UFPI, a partir de abril de 2016, abrangendo não só os atendimentos registrados em sistemas, mas sim todos os atendimentos e serviços efetivamente prestados pelo HU-UFPI, para um melhor esclarecimento das alegações trazidas pelos auditores federais, já que se trata de uma organização hospitalar complexa que necessitava de relatórios circunstanciados não apenas em uma fonte de informação e sim em todas possíveis de verificação, especialmente aquelas realizadas *in loco*.

Na decisão judicial a nova auditoria deveria considerar todos os atendimentos e serviços prestados pelo hospital, e não apenas aqueles constantes dos sistemas informatizados, de forma que o relatório final traduza a verdade dos fatos, afastando-se de um retrato meramente formal. Tal requerimento foi realizado pela direção do HU-UFPI, conforme trecho da decisão:

[...] em complemento à decisão de fls. 847/849, defiro antecipação de tutela, para determinar o que se segue:

[...]

Ao DENASUS, que realize nova vistoria no Hospital Universitário, a partir de abril de 2016, devendo, para tanto, considerar todos os atendimentos e serviços efetivamente prestados pelo hospital, e não apenas aqueles constantes do sistema informatizado (SAI e SIH), e considere na análise também, fazendo os descontos necessários, a falta de habilitação dos serviços, cuja culpa não pode ser imputada ao Hospital Universitário (BRASIL, 2015, p. 2).

Assim, em cumprimento à requisição da Justiça Federal de 1º Instancia – Seção Judiciária do Piauí realizou-se a nova auditoria, no período de 11/04/2016 a 06/05/2016, dando origem ao relatório de auditoria nº 16429 - DENASUS, que evidenciou índices de ociosidade em algumas especialidades.

O relatório teve como objetivo verificar se a direção do hospital havia implementado as recomendações propostas pela auditoria anterior, realizando, para tanto, análise de documentos, dados e informações inerentes à vinculação do HU-UFPI com o SUS.

O novo relatório efetuou um contraponto com relatórios anteriores, estabelecendo a evolução dos serviços prestados pelo HU-UFPI, bem como demonstrando suas falhas de execução. Uma dessas alegações diz respeito ao descumprimento, pela Direção do HU-UFPI, de metas estipuladas no contrato firmado com a FMS de Teresina/PI.

A referida verificação está prevista no relatório de auditoria como constatação nº 434457, e teve como fonte de análise o Relatório de Produção Ambulatorial extraído do TABWIN/DATASUS, referente aos meses de dezembro/2015 a fevereiro/2016, em contraponto ao Documento Descritivo – Contratualização/SUS/HUPI/2014, que especifica as metas mensais pactuadas, in verbis

[...] A análise comparativa da quantidade de atendimentos em cada grupo de procedimentos com a quantidade de pacientes atendidos no quarto trimestre de 2015 revela o seguinte: a) Grupo de Procedimentos com Finalidade Diagnóstica: [...] - Diagnóstico por Endoscopia, a média de pacientes atendidos foi de apenas 48,5% dos agendados. Diagnóstico em cardiologia, a média de pacientes atendidos foi de 59,6% dos agendados. - Diagnóstico em Oftalmologia, a média foi de 78,8%. - Diagnóstico em Urologia, a média foi de 64,1%. [...] Grupo de Procedimentos Clínicos: [...] - Consultas médicas em urologia, a média de pacientes atendidos foi de 64,1% do quantitativo agendado. - Consultas médicas em cirurgia cardiovascular foram, em média 61,7% dos pacientes agendados. [...] - Consultas médicas em neurologia e neurocirurgia, a média de pacientes atendidos foi, respectivamente, 70,9% e 77,5% dos agendados. - Consultas médias em ortopedia, a média de pacientes atendidos no período foi 72,4% dos agendados pelo Gestor (BRASIL, 2015, p. 3).

Os índices demonstrados pelo trecho revelam áreas com percentuais de atendimento baixos em comparação aos quantitativos de agendamento realizados pelo Gestor SUS, ensejando análise e verificação das causas relacionadas a situação percebida. Nesse diapasão, dando prosseguimento à análise da gestão implementada pelo HU-UFPI e seus resultados, foi realizado, por determinação judicial, ainda nos autos da Ação Civil Pública, um terceiro relatório de auditoria, na tentativa de aferir a produtividade do HU-UFPI.

Trata-se do Relatório de Auditoria nº 17905, realizado no período 20/11/2017 a 19/01/2018, acostado aos autos do processo. O citado relatório analisou mais uma vez, em sua constatação nº 504254, o cumprimento das metas estipuladas na contratualização de metas, com um estudo comparativo entre o Relatório de Produção Ambulatorial extraído do TABWIN/DATASUS/SAI/SUS (25/10/2017), referente aos meses de janeiro a maio de 2017, e o Documento Descritivo – Contratualização/SUS/HUPI/2014. A constatação revelou um superdimensionamento na meta pactuada no DD do ano de 2016, o que proporcionou um índice de ociosidade representativo no Ambulatório do HU-UFPI, conforme trecho anexado à Ação Civil Pública

Analisando o Relatório de Produção Ambulatorial extraído TABWIN/DATASUS, referente aos meses de janeiro a maio de 2017, verificou-se que o HU não cumpre as metas estipuladas no Contrato de Gestão com a Fundação Municipal de Saúde de Teresina/PI, Documento Descritivo – Contratualização/SUS/HUPI/2016 – Meta pactuada em novembro/2016, quanto às consultas especializadas e exames complementares, apresentando ainda um percentual muito aquém dos procedimentos pactuados nas metas quantitativas (80%), com exceção apenas dos procedimentos do Subgrupo 02.05: Diagnóstico por Ultrassonografia (90,66%), Subgrupo 02.09: Diagnóstico por Endoscopia (78,72) e do Subgrupo 03.01: Consulta Médica em Atenção Especializada (81,21%) (BRASIL, 2015, p. 2).

De acordo com o exposto, o HU-UFPI não atingiu, em determinados procedimentos, o percentual mínimo de 80% (oitenta por cento) do quantitativo estipulado no DD, conforme previsão constante da cláusula terceira, inciso VII, da contratualização de resultado vigente na época.

Todos os relatórios de auditorias citados fazem parte das peças processuais da ação civil pública, como anexos, e desenharam a trajetória da prestação de serviços do HU-UFPI na visão do departamento de controle interno do SUS, no entanto sem um contraponto direto e pormenorizado com outras fontes de acompanhamento.

Nessa perspectiva, o estudo se volta para a resposta às seguintes perguntas de pesquisa: Quais as características da contratualização como instrumento de gestão pública por resultados? Quais as evidências trazidas pela análise dos instrumentos de contratualização de resultados do HU-UFPI? Como funciona a elaboração dos relatórios de fiscalização e relatórios de acompanhamento dos contratos? Quais as constatações e informações contidas nos relatórios examinados que podem auxiliar no exame das contratualizações de resultados e suas metas quantitativas? Quais os resultados obtidos com a análise dos relatórios apreciados?

Diante do exposto a presente pesquisa busca analisar os instrumentos de contratualização de resultados do HU-UFPI, firmados entre a EBSEH e a FMS/Teresina, bem como suas metas quantitativas pactuadas, no período compreendido entre os anos de 2012 e 2018.

Tendo como objetivos específicos: identificar as características da contratualização como um instrumento de gestão pública por resultados; analisar a formalização da contratualização de resultados no HU-UFPI; demonstrar a importância do controle a partir dos relatórios pertinentes à contratualização do HU-UFPI; e, por último, apreciar e confrontar as informações trazidas pelos relatórios de acompanhamento e fiscalização.

O tipo de abordagem do estudo é qualitativo, por envolver análise documental, com exame detalhado de um ambiente, tendo como campo de pesquisa o HU-UFPI. O estudo classifica-se, ainda, como uma pesquisa exploratória-descritiva, motivo pelo qual não existe definição de hipóteses para o estudo em questão, uma vez que existiu apenas a investigação de um ambiente, com a demonstração de dados e evidências.

De acordo com Bervian e Cervo (1996, p. 216), “o estudo exploratório fica restrito à definição de objetivos e busca detalhada de informações sobre determinado assunto, propiciando a realização de descrições com maior precisão”.

A natureza descritiva da pesquisa tem por base a coleta de dados, com registro, classificação e comparação dos fenômenos observados sem, entretanto, contar com a interferência do pesquisador nos fatos relatados. Trata-se, ainda, de uma pesquisa aplicada, devido ao interesse prático, tendo em vista a realização de coleta e tratamento de dados.

A escolha do objeto de estudo surgiu da necessidade de entender a gestão do HUUFPI, que atualmente é referência na prestação de serviços de saúde no Estado do Piauí, contando com uma grande infraestrutura física e tecnológica, mas que, apesar do grande potencial, vem enfrentando denúncias de ociosidade e falhas na prestação de serviços.

Para realização da pesquisa foram analisados relatórios de acompanhamento e fiscalizações, elaborados por comissões e órgãos de controle, bem como os contratos de prestação de serviço firmados entre o HU-UFPI e o SUS, juntamente com seus anexos, e demais documentos que versam sobre o tema ora analisado.

Os relatórios examinados foram: relatórios de auditorias realizadas no HU-UFPI pelo DENASUS; relatórios de auditorias operacionais e de representação elaborados pelo Tribunal de Contas da União – TCU; relatórios elaborados pela Comissão de Acompanhamento do

Contrato – CAC; e os relatórios internos de acompanhamento das contratualizações, elaborados por setores responsáveis do HU-UFPI.

Além dos relatórios, foram analisados os instrumentos contratuais firmados em 12/11/2012 e 01/11/2017 (contrato nº 175/2017), seus respectivos aditivos e partes integrantes; e a Ação Civil Pública ajuizada pelo MPF contra o HU-UFPI, a EBSEERH e a FMS do Município de Teresina (proc. nº 1418314.2015.4.01.4000).

A análise do contrato nº 175/2017 centrou-se em seu primeiro ano de vigência, uma vez que sua formalização foi recente, no entanto entende-se que o estudo das mudanças implementadas no contrato em execução é de suma importância para o tema abordado no presente trabalho.

Alguns documentos citados, como os instrumentos contratuais e os relatórios internos e da CAC, fazem parte do banco de dados do HU-UFPI e foram solicitados formalmente à instituição. No que tange aos relatórios do DENASUS, o acesso foi realizado através de consulta ao site institucional do Sistema Nacional de Auditoria do SUS – SNA, da mesma maneira os relatórios do TCU, que foram acessados pelo site institucional do órgão.

O recorte temporal escolhido de 2012 a 2018 foi desenhado de acordo com as fontes de pesquisa. O início do recorte, 2012, foi o ano de inauguração do HU-UFPI, assim como o ano de assinatura da primeira contratualização de resultado. Outro ponto importante para escolha do início do recorte temporal diz respeito ao primeiro relatório analisado, correspondente a auditoria realizada pelo DENASUS no HU-UFPI (auditoria nº 13753), que teve como período de abrangência os meses de novembro/2012 a novembro/2013.

O estudo oferta um diagnóstico dos primeiros anos de implantação da contratualização de resultados no HU-UFPI, com a realização de um levantamento das principais falhas ocorridas na execução, assim como, realiza uma análise do desempenho do hospital, no que tange as suas metas quantitativas. Nesse sentido, buscou-se evidenciar os aspectos internos e externos à gestão hospitalar que impactam no cumprimento dos instrumentos de pactuação, dando publicidade ao grau de efetividade do HU-UFPI e contribuindo como fonte de pesquisa para todos os hospitais da rede EBSEERH, bem como outros hospitais da rede pública.

Para um exame real do cumprimento das metas pactuadas é fundamental que se leve em consideração todo o processo de implantação do HU-UFPI, como sua capacidade operacional ainda em crescimento e os procedimentos de habilitação dos serviços, bem como

outros fatores que devem ser compreendidos e analisados para uma informação concreta e efetiva da prestação de serviços.

Os resultados obtidos com as análises dos relatórios foram apresentados em forma de tabelas, gráficos, e também em forma de descrição de acontecimentos, com a devida conexão causal, estabelecendo as ligações e divergências existentes, bem como evidenciando as implicações ocorridas na jornada empreendida, em uma análise qualitativa.

Esta pesquisa está estruturada em 6 (seis) partes. A primeira refere-se a esta introdução, a segunda versa sobre a contratualização como um instrumento de gestão pública por resultados, demonstrando os principais aspectos da administração pública gerencial e do controle de resultados nas organizações hospitalares, além de caracterizar o instrumento de contratualização de resultados nessas organizações.

A terceira parte aborda a formalização da contratualização de resultados no HU-UFPI, trazendo o histórico de inicialização do uso desse instrumento no SUS, nos Hospitais Universitários Federais – HUFs e no HU-UFPI, este último de forma pormenorizada, com análise específica dos contratos firmados com a FMS/Teresina.

Já a quarta buscou demonstrar como está sendo realizado o controle a partir dos relatórios pertinentes à contratualização realizada no HU-UFPI, e a quinta se refere a apreciação das informações trazidas pelos relatórios de acompanhamento e fiscalização, finalizando com a sexta parte, que traz as conclusões do estudo.

## **2 A CONTRATUALIZAÇÃO COMO INSTRUMENTO DE GESTÃO PÚBLICA POR RESULTADOS**

### **2.1 A ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA GERENCIAL E O CONTROLE DE RESULTADOS NAS ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES**

A função principal das organizações hospitalares, na concepção de Gonçalves (1989), é proporcionar serviços de qualidade com os recursos disponíveis adequados às necessidades da sociedade, atendendo aos doentes, promovendo a educação profissional, conduzindo a pesquisas e exercendo a medicina preventiva e curativa.

Para Galvão (2003), o hospital da atualidade ajusta-se a todo o momento a um novo modelo, tendo como metas, além de tratar e curar seus pacientes, oferecer conforto, espelhando-se nos modelos hoteleiros, preocupado em proporcionar bem-estar aos seus usuários. Este novo modelo hospitalar visa oferecer eficiência, devendo possuir como pontos fortes e diferenciais a qualidade dos seus serviços, contribuindo com a melhoria da prestação dos serviços que oferece.

Os serviços públicos, de uma forma geral, vêm passando por contínuos processos de modernização e busca por melhores resultados, na área da saúde não seria diferente, já que oferece serviços primordiais a manutenção do bem-estar da população, propiciando melhorias em todas as áreas da sociedade.

Assim, a demanda por um serviço de qualidade que seja de fato eficaz no tratamento dos pacientes e na oferta de outros serviços, como a qualificação de profissionais e o incentivo à pesquisa, fez com que essas organizações adequassem sua gestão, em um processo de transformação das rotinas de trabalho.

Para Lima (1996), os mecanismos de coordenação mais utilizados nas organizações hospitalares, tanto para os processos mais mecanicistas quanto para os mais orgânicos, residiam na formalização, na centralização e na relação superior/subordinado, as quais, embora necessárias, foram consideradas insuficientes com o passar do tempo.

Nesse sentido, entende-se que as rotinas de trabalho, antes baseadas no formalismo e na hierarquia funcional rígida da administração pública burocrática, buscam modernização e eficiência, amadurecendo a concepção de um novo modelo administrativo, pautado na

descentralização do poder e na primazia do atendimento ao cidadão, o modelo gerencial (ROCHA, 2016).

A evolução da administração pública no Brasil que culminou no modelo gerencial foi ocasionada por crises nos modelos administrativos anteriormente adotados, como o patrimonialista e o burocrático. De acordo com Rocha (2016, on-line), “num primeiro momento, a administração burocrática conseguiu atingir seu objetivo de conter os abusos patrimonialistas, todavia, como consequência, a máquina administrativa voltou-se para si mesma e esqueceu a sua principal função, que é servir à sociedade”.

O modelo burocrático controlava a máquina pública, no entanto era ineficiente e incapaz de atender adequadamente aos cidadãos. Na administração pública burocrática, o público e o privado eram claramente distinguidos, formando uma estrutura complexa de departamentos, pautados pelas ideias de profissionalização, carreira, hierarquia funcional, impessoalidade e formalismo (MAFRA, 2005).

Já a administração pública gerencial é aquela construída sobre bases que consideram o Estado uma grande empresa, cujos serviços são destinados aos seus clientes, outrora cidadãos, tendo como principais características a eficiência dos serviços, a avaliação de desempenho e o controle dos resultados (MAFRA, 2005).

O modelo gerencial surge como uma estratégia para tornar a administração pública mais eficiente e menos custosa, repousando em descentralização política e administrativa, em formatos organizacionais com poucos níveis hierárquicos, flexibilidade organizacional, controle de resultados, ao invés de controle, passo a passo, de processos administrativos, adoção de confiança limitada, no lugar de desconfiança total, em relação aos funcionários e dirigentes e, por último, uma administração voltada para o atendimento do cidadão e aberta ao controle social (MAFRA, 2005).

Para atingimento dos resultados esperados por esse novo modelo de gerir a coisa pública é necessário que o gestor seja qualificado para o cargo, possuindo competência e conhecimentos específicos sobre sua área de atuação, contribuindo para o alcance dos objetivos e da missão institucional do órgão.

A organização hospitalar possui infraestrutura de instalações, equipamentos, instrumentais, médicos, funcionários, recursos financeiros e especialmente os pacientes que ali se dirigem em busca de tratamento ou consulta. Para administrar e controlar adequadamente tais recursos faz-se necessário um gestor competente, capaz de entender de pessoas, custos, tecnologia e dos processos necessários (LINO et al., 2008).

Gomes (1997) afirma que a partir da década de setenta, principalmente, pode-se perceber o surgimento de novas abordagens que, valendo-se de uma perspectiva mais ampla do conceito de controle, passaram a incorporar conhecimentos oriundos de outras áreas, como por exemplo: psicologia, sociologia e antropologia, dando ênfase ao controle gerencial, na busca de uma gestão voltada para resultados.

Para Matus (1994), a gestão de uma organização permanentemente enfrenta e resolve problemas, devendo dar respostas as situações que surgem. O funcionamento inadequado das organizações resulta dos seguintes problemas: não ter clareza de seus objetivos e não assegurar sua operacionalização de forma adequada, porque a divisão do trabalho, do poder e das responsabilidades não está apropriada, ou, principalmente, porque mecanismos de petição e prestação de contas regulares não foram incorporados.

Para o funcionamento satisfatório das organizações, com uma melhoria contínua nas rotinas de trabalho e uma prestação de contas efetiva, é necessário que seja implementada a função administrativa do controle, através do qual o desempenho será avaliado. Nessa lógica, o controle gerencial concentra-se em avaliar e corrigir o desempenho das atividades dos subordinados para assegurar que os objetivos e planos da organização sejam realizados. Ressalta-se que a análise dos resultados é uma das principais ferramentas que possibilitam a avaliação da gestão hospitalar.

Na visão de Flamholtz (1979), os sistemas de controle gerencial têm quatro funções. A função primária consiste em reduzir o conflito entre os objetivos pessoais e os da organização; a segunda função é a coordenação dos esforços das diversas partes de uma organização, com a comunicação de informações relevantes a cada unidade de modo a compreenderem o que é esperado de cada uma; a terceira é a de permitir a descentralização das operações rotineiras da organização, reduzindo o envolvimento da alta administração nestas operações, criando e desenvolvendo medidas de avaliação de desempenho das unidades, agora responsáveis diretas pelas operações; e por último, a quarta função de um sistema de controle é prover *feedback* na identificação de problemas verificados, de modo a possibilitar a correção dos desvios e reforçar os resultados positivos.

Os sistemas de controle gerencial de organizações públicas de saúde objetivam a eficiência administrativa e consistem na materialização de uma gestão na qual as decisões e ações são orientadas para resultados, tendo como foco as demandas da sociedade, baseadas no planejamento estratégico. Esse modelo baseia-se numa gestão empreendedora, visando à

consecução de melhores metas de desempenho, muitas vezes alcançadas por intermédio de contratos de gestão (FLAMHOLTZ, 1979).

O gestor, ao conhecer os custos e os objetivos da organização, se apropria de informações que subsidiam as decisões e o controle, podendo indicar onde ocorrem problemas no hospital, acompanhando as ações implementadas e escolhendo alternativas que levem às melhores decisões (SANTIAGO; GOMES, 2003).

Segundo Mishra e Vaysman (2001), informações sobre a gestão de organizações é um fator crítico para a avaliação do planejamento e para o controle operacional, além de subsidiar o processo decisório. Entretanto, a utilização de ferramentas para a gestão em hospitais requer cuidados adicionais e algumas adaptações, em razão da especificidade da prestação de serviços relacionados à promoção da saúde e bem-estar dos pacientes.

Destaca-se que as limitações impostas aos hospitais públicos brasileiros, integrantes do SUS, especialmente no que diz respeito a recursos financeiros e de pessoal tecnicamente qualificado em gestão, tornam necessária a inserção e análise de indicadores específicos para verificar o desempenho dessas organizações de saúde (SOUZA et al., 2009). Com a análise desses indicadores é possível apresentar os quesitos necessários para o alcance do melhor desempenho e estabelecimento da qualidade dos serviços prestados.

Para Abbas (2001), a área hospitalar, no Brasil, ainda precisa trilhar um longo caminho em busca da modernização de sua gestão, pois tais organizações ainda se utilizam de métodos administrativos tradicionais e ultrapassados, desconhecendo efetivamente seus objetivos e custos, por não utilizarem qualquer tipo de sistema que oriente e proporcione parâmetros para decisões administrativas, investimentos e controle de atividades.

O controle das políticas públicas é realizado através de indicadores de resultados, construídos em conjunto pelos signatários do instrumento de gestão. O planejamento e gestão para resultados do setor público, incluindo as ações estratégicas para determinar o desempenho das organizações de saúde são preponderantes para que as mesmas tenham sucesso, isto é, atender as demandas da sociedade. Essa busca ocorre em um cenário dinâmico e com escassez de recursos (JESUS, 2017).

Para o exercício do controle de resultados foram inserido na administração pública novos arranjos de gestão, com destaque para a avaliação de desempenho e para as novas formas de controlar o orçamento e os serviços públicos, direcionados às preferências do público-alvo. O foco passou de processos e procedimentos, e transferiu-se para os resultados a serem alcançados (NICKSON, 2002).

O modelo de controle por resultados implica na redução dos controles formais, enfatizando a eficiência, tendo como base a flexibilização administrativa e *accountability*, esta entendida como a obrigação de prestar contas. Em que pese que os dois pilares, flexibilização e *accountability*, estes crescem em descompasso, no qual a flexibilização avança bem mais que a prestação de contas. Nesse contexto, o controle de resultados pode não responder totalmente aos anseios da sociedade levando a utilizações distorcidas dos novos arranjos de gestão. Primeiramente cabe atentar que em qualquer processo de contratualização há determinados graus de assimetria informacional (COUTINHO; MELO; ROMERO, 2009).

É na chamada Gestão Pública para Resultados (GPR) que as ações governamentais ficam mais visíveis e, como consequência, os gestores públicos são cada vez mais cobrados, devendo controlar e direcionar as ações para a consecução de resultados, observando os limites dos recursos orçados e otimizando a aplicação destes em ações que atendam efetivamente às necessidades da sociedade.

Dessa forma, a GPR prioriza o atendimento ao cidadão como cliente, com atitudes proativas, valorizando iniciativas e concedendo a autonomia gerencial, sem negligenciar a qualidade dos processos, adotando o controle por objetivos e metas, gerando resultados para a sociedade que atendam às demandas dos cidadãos como clientes (BOUCKAERT; HALLIGAN, 2008; MARTINS; MARINI, 2010; TROSA, 2001).

No entendimento de Martins e Marini (2010), a Gestão para Resultados trata-se de um processo de mudança organizacional ou governamental, que deve ser desenhado com o passar do tempo, tendo como propósito o desenvolvimento das capacidades em prol da melhoria de seus desempenhos e benefícios da sociedade, introduzindo transformações em diversos setores, como nas estratégias, estruturas, processos, pessoas e alocação de recursos.

Essa forma de gestão caracteriza-se como uma estratégia para obtenção de um bom desempenho, iniciando-se no planejamento e findando-se em um contínuo processo de *feedback*, sendo considerada como uma prática de boa governança, respeitando princípios de distribuição eficiente de recursos públicos e *accountability* (CORRÊA, 2007).

Para Henriques (2011) a Gestão Estratégica Orientada para Resultados transforma intenções estratégicas em resultados concretos, agregando recursos e competências à carteira de projetos e, com o gerenciamento e monitoramento em tempo real, acelera a execução das ações e a consecução dos resultados pactuados. A avaliação sistemática amplia a aprendizagem organizacional e a comunicação de resultados.

Gestão estratégica, para Jacobsen et al. (2011), é a atividade constante e permanente que se processa de maneira ordenada, integrada, criativa e participativa, formulando uma metodologia que se baseia na aprendizagem, em permanente ajustamento com a cultura organizacional, visando o alcance dos objetivos que possibilitam a otimização dos resultados no futuro, a partir de mudanças aleatórias ou planejados, que venham a ocorrer no ambiente organizacional.

De acordo com Gomes (2009), o modelo de Gestão por Resultados é uma das principais recomendações do receituário da Nova Gestão Pública - NPG. Esse modelo tem como foco principal a efetividade das ações que de fato interessam ao cidadão e a sociedade, flexibilizando a condução dos processos e reduzindo a disfunção relacionada ao apego exacerbado às normas e procedimentos.

O modelo se caracteriza, na etapa de formulação da política pública, pela tradução dos objetivos em resultados e, na etapa de implementação das ações para atingi-los, pela predominância da orientação por resultados em substituição aos outros mecanismos de coordenação, como a coordenação por supervisão direta, a padronização de procedimentos e a padronização de habilidades (GOMES, 2009).

Nesse sentido, resta claro que para introdução de modelos e mecanismos de gestão mais eficientes, é necessário que os gestores saibam lidar com dois atores: aqueles que prestam o serviço (os servidores públicos) e aqueles que se beneficiam dele (o cidadão). Os atores funcionam, ao mesmo tempo, como sujeito e como objeto da mudança, interligando os serviços prestados a necessidade da população alvo de tais serviços, com o planejamento dos objetivos e metas da instituição, melhoria dos processos, racionalização e controle das atividades, assim como a formulação de indicadores que auxiliaram nos processos seguintes (MARTINS; MARINI, 2010).

O foco no desenvolvimento gerencial pode disseminar uma cultura de abertura ao novo e à aprendizagem contínua, condições propiciadoras de mudanças culturais para que formas organizacionais inovadoras (arranjo contratual) sejam incorporadas, como a introdução de práticas de maior responsabilização, prestação de contas e de controle sobre os resultados do hospital, que dependem do legado cultural e da dinâmica política do país para acontecerem, uma vez que o uso dos arranjos contratuais faz parte de um processo evolutivo (LIMA; RIVERA, 2012).

## 2.2 SURGIMENTO E CARACTERIZAÇÃO DA CONTRATUALIZAÇÃO DE RESULTADOS NAS ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS

A falta de mecanismos ágeis de gerenciamento, que respondessem às demandas dos administradores hospitalares, levou alguns hospitais a procurarem modelos alternativos de gestão que permitissem, ao gerente público, administrar com eficiência sua unidade e solucionar os problemas nas áreas de pessoal, finanças e administração de materiais (GOMES, 2005).

As organizações hospitalares são consideradas uma das mais complexas do mundo organizacional, por apresentarem múltiplas especialidades, advindas das características de seu processo de trabalho e do ambiente em que se inserem. A complexidade reside muitas vezes na diversidade de seus produtos (alguns, inclusive, não específicos do setor saúde) e dos insumos necessários à sua operacionalização (LIMA, 1996).

De acordo com Lima (1996), são diversas as inter-relações estabelecidas neste ambiente, quer com órgãos regulamentadores, financiadores, legisladores e profissionais, quer com outras organizações de saúde, fornecedores ou mesmo com seu público alvo e seus órgãos vinculados, sendo organizações difíceis de gerenciar e de estabelecer controles específicos sobre suas atividades.

O sucesso dessas organizações depende do envolvimento das suas diferentes áreas, num esforço conjunto de gestores e funcionários, que deverão pautar-se em objetivos claros e metas bem elaboradas, com a previsão dos meios de consecução e a operacionalização de mecanismos de controle (LIMA, 1996).

Nesse sentido a gestão pública busca agilidade na prestação dos seus serviços, deixando para trás processos mecanicistas, baseados na formalização e centralização do poder, na tentativa de alcançar uma administração menos burocrática e mais resolutiva, focada na eficiência administrativa, que possui como instrumento de gestão a avaliação de desempenho e o controle dos resultados.

Essa evolução é perseguida com afincamento pelas instituições de saúde, em virtude da relevância dos serviços que oferecem, considerados indispensáveis à manutenção da vida, e do aumento diário da demanda relativa a uma população que, atualmente, possui expectativas de vida cada vez maior, necessitando, dessa forma, um aumento de produtividade e de melhor utilização de recursos.

Segundo o Modelo Aberto de Gestão para Resultados no Setor Público, a gestão voltada para resultados é um marco conceitual cuja função é a de facilitar às organizações públicas a direção efetiva e integrada de seu processo de criação de valor público, a fim de otimizá-lo, assegurando a máxima eficácia, eficiência e efetividade de desempenho, além da consecução dos objetivos de governo e a melhora contínua de suas instituições (SERRA, 2008).

Assim, em uma gestão voltada para resultados deve existir corresponsabilidade e compromisso mútuo entre os trabalhadores e o nível diretivo. O planejamento das metas deve envolver todos os atores e garantir o melhor desempenho de cada um deles, e que a avaliação seja realizada de forma periódica (DITTERICH et al., 2012).

Na visão de Ditterich et al. (2012), para aumentar com efetividade a responsabilização dos agentes sobre os resultados desejados, com base em experiências analisadas, é preciso aprimorar os mecanismos de controle e monitoramento, definir de forma mais precisa indicadores e seus padrões no campo da assistência e da gestão, capacitar as partes envolvidas na elaboração do plano e no seu monitoramento com o uso de incentivos profissionais.

Os incentivos profissionais devem se voltar para o investimento humano permanente, analisados do ponto de vista coletivo, e não somente na singularidade da produção individual. Devem respeitar parâmetros não somente quantitativos e de produtividade, mas observando centralmente que a produção do cuidado em saúde com qualidade exige a humanização do trabalho, a satisfação dos usuários e a geração de impacto sócio epidemiológico (DITTERICH et al., 2012).

Na persecução desse modelo de gestão voltado para resultados, o Governo traçou estratégias, projetos e processos a serem executados pelos órgãos e entidades e buscou formalizá-los, através de uma contratualização de resultados, prática recente, adotada no âmbito das reformas gerenciais.

Nas palavras de Perdicaris (2012, p. 3)

entende-se como “contratos de gestão”, “contratos de resultados” ou, ainda, “contratualização de resultados” a prática de conceder maior autonomia de gestão a entidades descentralizadas em troca do comprometimento da organização em atingir determinados resultados.

Assim, o controle do Estado deixa de ser exercido apenas da maneira burocrática tradicional, através da formalidade e do cumprimento de procedimentos preestabelecidos, e passa a ser guiado pelo controle e avaliação de resultados, buscando flexibilizar os procedimentos e responsabilizar os gestores por suas decisões, sendo um dos principais conceitos da NPG.

De acordo com o entendimento da autora, a NPG é uma expressão utilizada para referir-se aos modelos e tendências da administração pública que questionam o paradigma burocrático vigente até então. A expressão surgiu por volta dos anos 90 e confronta a lógica racional-legal orientada pela centralização, hierarquização das funções, impessoalidade e controle rígido das ações e procedimentos administrativos (PERDICARIS, 2012).

Do ponto de vista de Pollitt e Bouckaert (2002), as reformas implementadas na gestão pública dos anos 80 e 90 tiveram como ponto forte a redução dos gastos governamentais, a redução do número total de servidores, a melhoria dos processos, da relação produto/insumo (maior eficiência) e da eficácia dos serviços (resultados alcançados/resultados esperados), com a produção de um sistema mais flexível, em um movimento rumo ao Estado Ideal, segundo o modelo da NPG.

Nesse sentido, na perspectiva de Costa (2002), a NPG consiste prioritariamente na união das seguintes ideias: a qualidade da gestão, a avaliação de desempenho; a desagregação das burocracias em agências que se relacionam em bases contratuais; o uso de “quase mercados” e terceirização para estimular a competição, um estilo de gestão que enfatiza metas e autonomia gerencial.

A lógica gerencial implementada na reforma administrativa, ocorrida na década de 90, foi resultante da ineficiência do Estado frente às demandas da sociedade, uma vez que os procedimentos adotados no modelo burocrático tornaram-se incapazes de gerir a máquina pública com eficiência, tendo em vista o avassalador desenvolvimento das comunicações, da globalização e da competição por mercados (BRESSER-PEREIRA, 1998).

O momento histórico impulsionou a Administração Pública a rever sua estrutura e todo o seu funcionamento, com o intuito de impor mais objetividade aos seus processos e buscar resultados e desempenhos mais efetivos, com a utilização de seus recursos de uma forma mais racional e eficiente.

O debate estabelecido pelo Plano Diretor da Reforma do Estado, no ano de 1995, e pelo conjunto de legislações que o seguiram, como a Lei nº 9.637/1988, de criação dos modelos de organizações sociais, e a Lei nº 9.649/1988, que trata, dentre outras coisas, das

agências executivas e agências regulatórias, fez surgir, no Brasil, uma nova visão de administração e essa nova abordagem se resumiu a uma busca por melhores resultados e pela utilização mais adequada dos recursos materiais e humanos (SCHWARZ, 2009).

Nesse contexto, após a derrocada do modelo burocrático, surgiu a administração gerencial, voltada predominantemente para a consecução de resultados de forma eficiente, ganhando cada vez mais força e trazendo consigo o fortalecimento dos órgãos da administração pública indireta.

Seguindo essa tendência, em 4 de julho de 1988 a reforma administrativa foi introduzida no nosso ordenamento jurídico, através da Emenda Constitucional nº 19, que modificou o regime e dispôs sobre princípio e normas da administração pública, servidores e agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas e custeio de atividades a cargo do Distrito Federal, e apresenta outras providências.

Visando melhorar o funcionamento dos órgãos públicos, a Emenda Constitucional nº 19/98 lhes concedeu maior autonomia para organizar seus serviços e estabelecer suas prioridades e metas de desempenho, instituindo a previsão de contratos que tenham o escopo de firmar objetivos e buscar resultados, para órgãos da Administração Direta e Indireta, conforme o texto constitucional do artigo 37, parágrafo 8º, incluído por esta:

[...]

§8ª autonomia gerencial, orçamentária e financeira 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, 1998, n.p.).

A partir do conjunto dessas legislações, e do debate levantado à época de suas aprovações, ganhou visibilidade no Brasil, a contratualização de resultados, prática importante na Administração Pública pós-Reforma do Estado, que possibilitou instituir procedimentos e rotinas de planejamento, avaliação e monitoramento da execução por parte do Estado (órgão contratante), e do terceiro ou órgão público contratado.

De acordo com Pacheco (2004), a contratualização de resultados consiste na utilização de modernos instrumentos de gestão, nos quais os diversos setores da administração se prontificam a qualificar os seus serviços para melhor atender à população frente ao governo. Tem por objetivos promover mais flexibilidade, transparência de custos, melhor

desempenho, aumento da qualidade, produtividade, eficiência e efetividade na prestação de serviços públicos.

Segundo André (1993), o contrato consiste no estabelecimento periódico e sistemático de compromissos negociados e acordados entre o nível local e central, acerca dos objetivos e metas para um dado período de gestão, com o intuito de induzir à participação maior e à co-responsabilização na operacionalização dos referidos objetivos e metas.

A contratualização de metas e resultados atua para estímulo da melhoria da qualidade dos produtos e serviços, contribuindo para a racionalização da produtividade do órgão, que deve se pautar em procedimentos que diminuam os custos, o tempo, as perdas e os desperdícios, produzindo algo útil, no menor tempo possível e com a menor utilização de recursos, que atenda à demanda da sociedade e se adeque ao mercado (GOMES, 2009).

De acordo com Gomes (2009, p. 73)

o modelo prescreve o aumento da flexibilidade e a autonomia dos gestores sobre os meios, recursos e processos, estabelecendo controles a posteriori. São essenciais instrumentos de contratualização entre coordenadores e gestores das políticas públicas, por meio dos quais são definidos: 1) os resultados a serem alcançados, traduzidos em indicadores e metas claras; 2) a flexibilidade ou as autonomias concedidas aos gestores e; 3) as sanções, positivas e negativas, que serão aplicadas quando da avaliação do alcance dos resultados.

Outro ponto forte desse tipo de contratualização diz respeito à transparência, posto que auxilia no controle externo, interno e social das ações empreendidas pelas instituições. A sociedade deve ser informada do conteúdo dos compromissos, passando a ter parâmetros compreensíveis para avaliar a qualidade de produtos e serviços prestados pelos órgãos governamentais e empresas estatais, a eficiência no uso de recursos econômicos, a eficiência das pessoas que trabalham neles e das estruturas técnicas e gerenciais em que operam (LIMA, 1998).

Na busca de uma nova gestão pública, proposta pela reforma do Estado, o contrato deve ser utilizado como um instrumento de gestão, definindo as responsabilidades do contratante e do contratado e traçando mecanismos para a consecução dos resultados acordados, abrangendo todas as possibilidades e dificuldades enfrentadas pelo órgão contratado, devendo ser entendido como um instrumento meio e não como um instrumento fim (LEITE et al., 2010).

No âmbito da saúde pública, as diretrizes para a contratualização de hospitais vinculados ao SUS estão elencadas na Portaria de Consolidação nº 02, de 28 de julho de 2017, que instituiu a Consolidação das normas sobre políticas nacionais de saúde do SUS.

Nos serviços de saúde pública, a contratualização vem ganhando cada vez mais destaque, sendo considerado um notório instrumento de modernização e economicidade para gestão do SUS, acrescentando aos serviços da Administração Pública mais objetividade e descentralização.

O atual cenário de eficiência administrativa indica uma tendência à valorização de mecanismos mais competitivos no interior das próprias organizações públicas, quanto ao acesso a mecanismos de obtenção de resultados, o que significa vincular disponibilidade de recursos à produção e à sua qualidade.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2018, n.p.) a contratualização traz inúmeras vantagens aos serviços públicos de saúde, como:

- Programação Orçamentária e Financeira;
- Facilitação dos Processos de Avaliação, Controle, Regulação dos Serviços Ofertados;
- Possibilidade de Investimento na Gestão Hospitalar;
- Adequação dos Serviços conforme a demanda e necessidades do gestor local de saúde;
- Maior transparência na relação com o gestor local do SUS;
- Melhor inserção institucional na rede de serviços de saúde;
- Ampliação dos mecanismos de participação e controle social;
- Possibilidade questionamento e enfrentamento dos arranjos de poder institucional;
- Valorização dos aspectos referentes ao ensino, pesquisa, e produção de conhecimento;
- Integração Ensino-Serviço;
- Indução de um maior comprometimento do corpo de colaboradores da unidade hospitalar (contrato interno).
- Melhor alocação e gestão dos recursos públicos por meio da racionalização do gasto e da qualidade do serviço prestado.
- Fortalecimento da relação entre o gestor e o prestador de serviço, uma vez que as metas passam a ser formuladas em parceria.

A contratualização deve estar orientada para melhoria de desempenho das organizações públicas, enraizando o controle e a contínua adequação dos serviços aos resultados propostos. Prática fundamental para organizações de saúde pública, posto que a grande maioria dessas instituições trabalham com financiamentos decorrentes de sua produção.

Para LEITE et al. (2010), nos serviços de saúde, a contratualização deve ter como propósito uma melhor resposta às necessidades e expectativas de saúde da população, por meio de uma prestação de serviços eficiente e de qualidade, com um processo bem definido. Na visão dos autores, esse processo de contratualização visa estabelecer uma relação clara e objetiva, definindo, a partir de um processo de negociação, as metas e os resultados a serem atingidos, sempre com foco nas necessidades de saúde da população.

Nesse sentido, o aspecto mais importante entre as partes contratantes passa a ser o relacionamento de parceria e ajuda mútua, que é consolidado no formalismo contratual. A contratualização de resultados deve estabelecer os compromissos assumidos entre as partes, e acontecer nos diferentes níveis da instituição, com a participação de todos os colaboradores, valorizando a contribuição de cada um para os resultados globais (LEITE et al., 2010).

Para que o processo de elaboração e atingimento das metas estabelecidas no contrato seja executado de forma correta e com bons resultados é necessário que os gestores conheçam com profundidade a organização hospitalar, levando em consideração sua missão; sua estrutura física, tecnológica e de recursos humanos; o seu plano de operação; as ações e serviços prestados pela instituição; os recursos financeiros disponíveis, dentre outros.

A contratualização de resultados deve ser precedida de planejamento das ações, com um levantamento dos pontos fracos e das ameaças existentes, aprimorando os serviços considerados de excelência e buscando melhorias nas áreas deficitárias, adequando-se ao proposto pela legislação pertinente e pelo gestor local do SUS.

A contratualização nos serviços hospitalares é um processo pelo qual as partes, o gestor municipal/estadual do SUS e o representante legal do hospital, estabelecem metas quantitativas e qualitativas de atenção à saúde e de gestão hospitalar, formalizadas por intermédio de um instrumento contratual, seja ele um convênio, um contrato, um Termo de Ajuste, Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos – PCEP, dentre outros.

Para Lima e Rivera (2012), os benefícios advindos da contratualização em hospitais públicos de ensino referem-se à maior inserção deste na rede de saúde, ao fortalecimento da capacidade de gestão do hospital e de regulação das secretarias, à mudança na lógica de financiamento e de repasse de recursos, à melhoria de desempenho e ao incremento da prestação de contas.

A contratualização vincula a execução local ao planejamento regional, promovendo uma “amarração”<sup>1</sup> formal do que a secretaria de saúde precisa e do que o hospital e outras unidades componentes da rede podem, e se comprometem, a realizar (FIGUERAS; ROBINSON; JAKUBOWSKI, 2005).

A contratualização se constituiu em uma política de governo, sendo considerada um importante avanço na área pública, sustentada por uma estrutura articulada à Política Nacional de Saúde. Diminuindo, assim, os riscos de descontinuidade da experiência contratual e dos ganhos já conquistados, caso ocorra mudanças no governo (LIMA; RIVERA, 2012).

A utilização da contratualização propicia um maior controle sobre a gestão pública, reduzindo erros, possibilitando o ajuste na manutenção dos serviços e favorecendo a aprendizagem contínua da organização, o que é essencial para a modernização do Estado e da administração pública de uma forma geral (SANO; ABRUCIO, 2008).

Apesar dos benefícios trazidos pelas contratualizações de resultados, Lima e Rivera (2012) ponderam que para a resolução dos problemas enfrentados pelos sistemas e serviços de saúde é necessário um planejamento baseado em uma visão sistêmica e articulado com diferentes macro-políticas, além de uma pactuação entre os diferentes níveis e esferas de governo, visando ajustar o financiamento do sistema de saúde brasileiro, como também aprimorar e flexibilizar a administração pública, de forma a, ao menos, minimizar os atuais entraves hoje enfrentados.

---

<sup>1</sup>Grifo do autor. Figueras; Robinson; Jakubowski (2005).

### **3 A FORMALIZAÇÃO DA CONTRATUALIZAÇÃO DE RESULTADOS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ – HU-UFPI**

#### **3.1 FUNDAMENTOS E DIRETRIZES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS**

A partir da promulgação da Constituição Federal de 1988 - CF/88, o SUS passou a fazer parte do arcabouço jurídico vigente, universalizando o atendimento à saúde no Brasil, sendo regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde, 8.080/90, e pela Lei nº 8.142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, além de legislações complementares, criadas posteriormente, que definiram o escopo de sua atuação em cada um dos três níveis de governo e os seus mecanismos de repasse financeiro (ALMEIDA et al., 2011).

A saúde é um direito fundamental do ser humano, sendo dever do Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. A regulamentação do SUS veio para ratificar esse direito, garantindo a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, integralidade de assistência, com o exercício contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (CAETANO; SILVA, 2016).

Ao Estado compete formular políticas de saúde, de modo a promover melhorias nos campos econômico e social, conforme preconiza o art. 2º, § 1º, da Lei nº 8.080/90.

§1º o dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1990, n.p.).

A partir da implementação do SUS houve uma mudança de concepção, acerca dos serviços de saúde no Brasil. Antes a saúde era entendida como o “Estado da não doença”, onde o Estado concentrava suas ações apenas na cura de agravos à saúde, remediando seus efeitos, com pouca ênfase nas causas. Após a chegada do sistema, a saúde passa a ser relacionada com a qualidade de vida da população, a qual é composta pelo conjunto de bens que englobam a

alimentação, o trabalho, o nível de renda, a educação, o meio ambiente, o saneamento básico, a vigilância sanitária e farmacológica, a moradia, o lazer, dentre outros (BRASIL, 2000).

O SUS se propõe a promover a saúde, priorizando as ações preventivas e democratizando as informações relevantes para que a população conheça seus direitos e os riscos à sua saúde. O controle da ocorrência de doenças, seu aumento e propagação (Vigilância Epidemiológica) são algumas das responsabilidades de atenção do SUS, assim como o controle da qualidade de remédios, de exames, de alimentos, higiene e adequação de instalações que atendem ao público, onde atua a Vigilância Sanitária (SERRALVO; SILVA, 2009).

O sistema é destinado a todos os cidadãos e é financiado com recursos arrecadados através de impostos e contribuições sociais pagos pela população, que compõem os recursos do governo federal, estadual e municipal, tendo como objetivo tornar-se um importante mecanismo de promoção da equidade no atendimento das necessidades de saúde da população, ofertando serviços com qualidade, adequados às demandas e necessidades dos seus usuários, sem nenhum tipo de distinção ou discriminação (PORTAL DA EDUCAÇÃO, 2019).

De acordo com o art. 4º da Lei nº 8.080 o SUS é constituído pelo 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. E à iniciativa privada é permitido participar de maneira complementar, por meio de contratos e convênios de prestação de serviço ao Estado – quando as unidades públicas de assistência à saúde não são suficientes para garantir o atendimento a toda a população de uma determinada região. Estão incluídos no SUS os centros e postos de saúde, fundações e institutos de pesquisa, e os hospitais, sejam eles: universitários, laboratórios, hemocentros, dentre outros (BRASIL, 1990).

Consoante a Pesquisa Nacional de Saúde (2013), a maioria da população (estima-se que 80%) é SUS-dependente para as ações relacionadas à assistência à saúde, situação que, no contexto atual, parece não se reverter a curto prazo. Essa constatação encontra aporte em três causas: a crise econômica instalada, a taxa de desemprego vigente (que tem se mantido acima de 11% da população economicamente ativa) e o comportamento recente do crescimento econômico, no qual os serviços de saúde privados se tornam cada vez mais inacessíveis à maioria da população (DUARTE; EBLE; GARCIA, 2018).

Assim, o SUS tem sua demanda em constante caráter ascendente e por sua abrangência, natureza universal e resultados alcançados têm atraído a atenção de especialistas internacionais, que destacam que a combinação de contextos restritivos, políticas de austeridade e a contenção

da despesa pública no setor de saúde, podem colocar em risco os avanços conquistados e o direito à saúde para a maioria da população brasileira. O SUS é patrimônio nacional, se constituindo em uma política de Estado que garante o acesso de toda a população às ações e serviços de saúde (DUARTE; EBLE; GARCIA, 2018).

A promessa constitucional do direito universal à saúde deve ser construída de forma consciente e responsável por todos os atores envolvidos: gestores públicos, prestadores da área da saúde e comunidade. Nesse sentido, a contratualização no âmbito dos hospitais vinculados ao SUS, deve buscar o equilíbrio jurídico e econômico, através do planejamento técnico da política pública de saúde (PAULITSCH, 2017).

No âmbito do SUS é possível trabalhar com avaliação da satisfação de necessidades, dependendo de como tiver sido definida a necessidade. E definir necessidades não é uma coisa simples, inclusive para decidir quem define a necessidade e sua satisfação, envolve não só os dirigentes do órgão, mas também os responsáveis locais pelo gerenciamento do SUS (GARBIN et al., 2010).

A manutenção da saúde requer ações de planejamento, com foco não só na reparação da saúde, mas também na sua prevenção. Para isso, as organizações hospitalares públicas devem se comprometer, ao definir metas a serem alcançadas e suas formas de acompanhamento, tendo o Estado o poder-dever de fiscalizar e exigir a prestação dos serviços de acordo com o estipulado.

Para análise da produção das organizações, os órgãos fiscalizadores utilizam dados registrados pelos estabelecimentos de saúde nos sistemas SIA (Sistema de Informação Ambulatorial) e SIH (Sistema de Informação Hospitalar) do SUS, para procedimentos de Média e Alta Complexidade. Esses sistemas também são utilizados pelos gestores para processar a produção de todos os estabelecimentos sob sua gestão (PAULITSCH, 2017).

Os registros são enviados ao Ministério da Saúde e os valores aprovados são utilizados para pagamento dos prestadores que recebem por produção. Os referidos sistemas de informações são instrumentos importantes para os gestores públicos no monitoramento dos processos de planejamento e controle, fornecendo subsídios para avaliação quantitativa e qualitativa dos serviços de saúde prestados no SUS (PAULITSCH, 2017).

Independente da esfera de sua atuação, privada ou pública, um gestor de uma instituição de saúde tem a responsabilidade não só de planejar e negociar provimentos de recursos para a assistência à saúde, mas também de organizar estrategicamente, com uma visão

ampliada de saúde, ser capaz de priorizar problemas e necessidades da comunidade ao mesmo tempo em que executa o modelo de atenção integral e da gestão participativa (PEIXOTO, 2013).

Essa reorganização das instituições de saúde fomentou a necessidade de mais flexibilidade na gestão e mais comprometimento com resultados, assim, a contratualização por resultados ganhou força, principalmente pelo uso de contratos de gestão e incentivos profissionais. Na literatura nacional há relatos de uso dessas ferramentas em diversos espaços do setor público em saúde no SUS, tais como: hospitais, redes de atenção em saúde municipais e estaduais, e agências reguladoras (DITTERICH et al., 2012).

Para melhorar o desempenho do SUS, mesmo com o corte de gastos públicos, o Estado tem buscado formas de alcançar a qualidade dos serviços de forma mais eficiente, com uma melhor utilização dos recursos disponíveis, mediante planejamentos das ações e estabelecimentos de metas, objetivos e indicadores.

### 3.2 OS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS E O INÍCIO DA CONTRATUALIZAÇÃO

Para Joazeiro e Scherer (2012), os Hospitais possuem como finalidade precípua a de promover procedimentos diagnósticos e terapêuticos à população do local onde estão inseridos. E, tratando-se de HUFs, a complexidade se torna maior por estes serem instituições que, além de prestarem serviços de assistência médico-hospitalar, servem de campo de prática para atividades de ensino e de pesquisa acadêmica na área de saúde.

A integração entre pesquisa, ensino e assistência está presente na definição oficial de hospital universitário, divulgada pelo site do Ministério da Educação - MEC, um dos órgãos reguladores e mantenedores dos HUFs. A definição de hospital universitário serve como critério para a certificação da instituição e é estabelecida pelo Ministério da Saúde, que diz:

Os hospitais universitários são centros de formação de recursos humanos e de desenvolvimento de tecnologias na área de saúde. A efetiva prestação de serviços à população possibilita o aprimoramento constante do atendimento e a elaboração de protocolos técnicos para diversas patologias, garantindo a afirmação de padrões de eficiência à disposição do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2018b, n.p).

Os HUFs funcionam como um prolongamento de uma instituição de ensino em saúde, promovendo treinamento universitário na área da saúde, reconhecidos oficialmente como hospitais de ensino, subordinados à supervisão das autoridades competentes, propiciando atendimento médico de maior complexidade, em nível terciário a uma parcela da população (FERREIRA; MENDONÇA, 2009).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2018b), o HU é uma instituição que se encontra sob a gestão de uma universidade pública ou privada, caracterizando-se como propriedade desta ou vinculado a ela por regime de comodato ou cessão de uso. Diferenciando-se assim do Hospital-Escola, que não é gerido por instituição de ensino, mas nele ocorrem programas de treinamento em serviços em saúde da graduação ou pós-graduação, conveniada com uma instituição de ensino superior.

Médici (2001, p. 467) caracteriza o HUF como

um prolongamento de ensino em saúde, que provê treinamento universitário na área de saúde e, por ser reconhecido oficialmente como hospital de ensino, é submetido à supervisão das autoridades competentes, além de propiciar atendimento de maior complexidade a uma parcela da população.

Segundo Machado e Kuchenbecker (2007), os HUFs, no Brasil, são agentes nucleares de duas políticas estatais que são essenciais para o progresso do país: educação e saúde. A eficácia desta integração depende da resposta às demandas de saúde da população, em tempo hábil e de modo eficaz.

Os HUFs têm como especialidade o atendimento de média e alta complexidade, com prestação de serviços de saúde à população por meio de atendimento médico de nível terciário. Possuem um papel social relevante, posto que promovem a qualidade na formação de profissionais da área médica e, também, na geração de conhecimento, pela assistência qualificada e pelos Programas de Residência em Saúde, atuando, de forma significativa, na consolidação do SUS (MATOS, 2014).

A certificação desses hospitais é conferida por meio de Portarias Interministeriais dos Ministérios da Educação e da Saúde, de números 1.000, 1.005 e 1.006, todas do ano de 2014, definindo, no corpo da Portaria nº 1.000/2014, tais instituições, como aquelas que servem de “[...] campo para a prática de atividades curriculares na área de saúde, sejam hospitais gerais ou especializados, de propriedade de Instituição de Ensino Superior pública ou privada, ou ainda, formalmente conveniada com Instituição de Ensino Superior” (MATOS, 2014).

Até a década de 1950, as instituições filantrópicas serviram como campo de formação de profissionais de saúde. No Brasil, o primeiro hospital de propriedade de uma Universidade Federal Brasileira foi o Hospital de Clínicas, criado em 1948, na cidade de Salvador/BA. Logo depois, com o surgimento de diversas faculdades de medicina, a partir dos anos 70, houve a expansão dos hospitais universitários, tornando-se a base dos sistemas de formação de médicos e os principais centros de atendimento da alta complexidade no país (CALDAS JÚNIOR, 1999).

No entanto, os Hospitais de Ensino, antes em crescimento, tiveram uma retração na década de 1980, com o fim do financiamento por orçamentação, via MEC, gerando esforços para a manutenção dos HUFs. Desde então, as crises de financiamento dos HUFs são fato recorrente, sinalizando para maior dependência financeira desses hospitais em relação ao Ministério da Saúde (ANDRADE; CARMO; MOTA, 2007).

Nesse sentido pondera Laprega (2015, p. 101) que

[...] até a assinatura do convênio do MEC com a Previdência Social em 1974, os Hospitais de Ensino Federais tinham como financiamento a orçamentação integral pelo Ministério da Educação, desvinculado da produção de serviços. Não havia um sistema que vinculasse os recursos ao cumprimento de metas assistenciais de ensino ou de pesquisa. A crise econômica da década de 80 resultou em retração de recursos destinados aos hospitais de ensino pelo MEC, além de terem sido muitas vezes responsabilizados pela crise financeira das universidades por serem as unidades de custo mais elevado.

Após essa época, houve uma maior vinculação da prestação de serviços dos HUFs ao Ministério da Saúde, corroborado pela implementação do SUS, em 1988, que implantou a descentralização da gestão em saúde e estabeleceu a utilização de mecanismos de regulação dos serviços pela gestão local, estreitaram as relações entre HUFs e de ensino e os gestores do sistema.

A Lei nº 8.080/90, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, estabeleceu em seu art. 45 que

[...] os serviços dos Hospitais Universitários e de Ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde – SUS, mediante convênio, respeitada sua autonomia administrativa em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão, nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados (BRASIL, 1990, n.p.).

No contexto de descentralização do SUS e de crise de financiamento dos HUFs, surgiu como uma das diversas soluções apontadas, a celebração de Contratos entre os HUFs e os gestores do SUS, com metas quantitativas e qualitativas, ultrapassando a convencional lógica

de remuneração por serviços, evitando, porém, o desperdício associado à dotação orçamentária sem compromisso de metas (ANDRADE et al., 2007).

No âmbito dos serviços de saúde pública, o uso da contratualização ganhou cada vez mais força, por se tratar de uma área deficitária de controle gerencial. A contratualização nessa área começou a se expandir, e em 2003, houve a criação de uma comissão interinstitucional com o objetivo de avaliar e diagnosticar a situação dos HUFs, reformulando a política nacional para o setor, com o estabelecimento de novos critérios de certificação para os Hospitais de Ensino de uma forma geral, com pré-requisitos obrigatórios.

Neste contexto, instituiu-se o Incentivo de Adesão à Contratualização (IAC), permitindo o repasse de recursos aos estabelecimentos hospitalares mediante publicação de portarias. De acordo com o Ministério da Saúde, cerca de 1.034 hospitais recebem o Incentivo de Adesão à Contratualização, representando um impacto financeiro de R\$ 2.359.515.474,07 (dois bilhões, trezentos e cinquenta e nove milhões, quinhentos e quinze mil, quatrocentos e setenta e quatro reais e sete centavos) (BRASIL, 2018c).

E, em 2004, através do Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010, foi criado o Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários e de Ensino – REHUF, do Ministério da Educação no SUS, que teve como objetivo a realização de ações no sentido de garantir a recuperação física e tecnológica e também de atuar na reestruturação do quadro de recursos humanos dos HUFs (REIS, 2012).

Estratégia planejada em âmbito nacional para enfrentamento da crise no setor, com o estabelecimento de novos modos de financiamento, de gestão e de articulação desses hospitais com o sistema de saúde, mediante contrato firmado entre essas instituições e o gestor local do SUS.

O programa define diretrizes e objetivos para a reestruturação e revitalização dos HUFs, integrados ao SUS, define, ainda, os recursos para o financiamento dessas instituições, que deveriam englobar todas as modalidades já existentes (pagamento por produção, FIDEPS, Programa de Reforço à Manutenção dos Hospitais Universitários), além do incentivo à contratualização dos hospitais com os gestores do SUS, tendo por base estratégias de atenção pactuadas, considerando aspectos relacionados à gestão, formação, educação, pesquisa e avaliação tecnológica em saúde (ANDRADE et al.2007).

O sistema REHUF trabalha com a base de dados operacional, integrando assim as informações das universidades, da unidade gestora dos Hospitais Universitários e das Fundações de Apoio, e todas essas informações são certificadas pelos seus Diretores. A Portaria

Interministerial n.º 883, de 5 de julho de 2010, regulamentou o Decreto n.º 7.082, de 27 de janeiro de 2010, que dispõe sobre o financiamento compartilhado dos HUFs entre as áreas da educação e saúde, disciplinando o regime da pactuação global (SANTOS; OLIVEIRA JÚNIOR, 2012).

Nesse processo de modernização dos HUFs, foi criada em 2011, através da Lei n.º 12.550, de 15 de dezembro de 2011, a EBSEH, visando integrar o conjunto de medidas adotadas pelo Governo Federal para a reestruturação dos hospitais vinculados às instituições federais de ensino superior. A partir da criação, a empresa pública vinculada ao Ministério da Educação passou a ser a responsável pela gestão dos HUFs e pela gestão do REHUF.

De acordo com o site oficial da EBSEH, entre as atribuições assumidas pela empresa, estão a coordenação e avaliação da execução das atividades dos HUFs; o apoio técnico à elaboração de instrumentos de melhoria da gestão e a elaboração da matriz de distribuição de recursos para os hospitais (BRASIL, 2017c).

O vínculo entre a EBSEH e as universidades é estabelecido por intermédio de contrato de adesão e sua criação advém do projeto de Reforma do Estado, de 1995, elencada pelo então Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE), sendo considerada, para Souza (2014), a única opção disponível para os hospitais universitários se manterem em funcionamento, recebendo recursos do governo federal e recompondo seu quadro de pessoal.

A contratação da empresa pública pelas universidades federais que possuem hospitais é discricionária, e tem o objetivo de melhorar a gestão de suas unidades. A assinatura do Termo de Adesão e Contrato cabe a cada universidade, no âmbito de sua autonomia.

O contrato entre a EBSEH e cada instituição deverá conter as obrigações dos signatários, as metas de desempenho, indicadores e prazos de execução, bem como a sistemática para o acompanhamento e avaliação das metas estabelecidas. Entre as atribuições assumidas pela empresa, estão a coordenação e avaliação da execução das atividades dos hospitais; o apoio técnico à elaboração de instrumentos de melhoria da gestão e a elaboração da matriz de distribuição de recursos para os hospitais (BRASIL, 2017c).

A revitalização proposta aos HUFs está centrada na diretriz de uma modernização gerencial que visa prepará-los para sobreviverem na lógica do mercado (SOUZA, 2014). O foco centra-se no redimensionamento da força de trabalho dos HUFs, principalmente no atendimento da demanda por profissionais da área da saúde, o que já está trazendo um aumento real de quadro de pessoal nos hospitais da rede, superior a 60% (sessenta por cento) (FILHO; LOPES; MESSINA, 2014).

A avaliação de metas institucionais é um poderoso instrumento de gestão pública, sendo indispensável para as organizações que trabalham com comprometimento aos princípios da legalidade e eficiência na prestação de serviços ao cidadão. Corroborando com os objetivos traçados pela EBSEH, que nasceu com a missão de prestar serviços de qualidade com rapidez e modernização, utilizando práticas inovadoras de gestão, que pudessem auxiliar na prestação de serviços, de maneira mais eficiente e eficaz.

### **3.2.1. O Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí – HU-UFPI**

O HU-UFPI iniciou suas atividades em 2012, objetivando a prestação de assistência à saúde e a realização de atividades de ensino, pesquisa, extensão e inovação tecnológica, ofertando serviços de alta e média complexidade, não havendo atendimento de urgência e emergência.

De acordo com o site institucional da EBSEH, a proposta de construção do HUUFPI foi iniciada pelo então Deputado Federal pelo Piauí, Hugo Napoleão, que na época ocupava o cargo de Ministro da Educação e encampou a ideia de instalação de um HU no Estado, assinando, para tanto, a Portaria nº 668, de 16 de dezembro de 1987, que autorizou o início da construção. Em janeiro de 1989, foram iniciadas as obras, tendo continuidade em gestões de diferentes reitores, a exemplo de Anfrísio Neto Lobão Castelo Branco, Charles Carvalho Camilo da Silveira, Pedro Leopoldino Ferreira Filho e Luiz de Sousa Santos Júnior (BRASIL, 2017c).

Após 23 anos da autorização, o HU-UFPI foi inaugurado, no dia 09 de novembro de 2012, na gestão do Reitor Luiz de Sousa Santos Júnior. Suas atividades foram iniciadas de maneira gradual, primeiramente com a abertura inicial do setor ambulatorial. O hospital contava com 24 consultórios para atendimento em seis linhas de atuação: sistema cardiovascular, urinário, digestivo, cabeça, pescoço e saúde da mulher (BRASIL, 2017c).

Na época da abertura das atividades, sob a direção do Dr. José Lages Monte, contava com 379 (trezentos e setenta e nove) profissionais concursados integrando a equipe do hospital, já havendo a expectativa de que o HU-UFPI se tornasse referência na assistência a pacientes do SUS, realizando atendimentos de média e alta complexidade e desenvolvendo seu papel de hospital escola (BRASIL, 2017c).

A adesão à EBSERH ocorreu em 14 de agosto de 2012, ocasião em que foi assinado, pelo reitor Luiz de Sousa Santos Junior, o pré-contrato, firmando-se, assim, o compromisso de gestão, que, em 08 de abril de 2013, foi formalizado pelo reitor José Arimatéia Dantas Lopes (BRASIL, 2017c).

Entre os anos de 2012 e 2013, foram instalados 50 (cinquenta) leitos de internação, sendo 10 (dez) de Unidade de Terapia Intensiva - UTI e 40 (quarenta) de enfermaria. Em 2014, os leitos de enfermaria passaram a 100 (cem), mantendo-se o número de UTIs.

Em 2017, o hospital já contava com 32 (trinta e duas) especialidades médicas e 105 ambulatoriais, além de diversos serviços ofertados, como serviços de oncologia e cardiologia, programas especializados no combate ao tabagismo, UTI e implantação dos consultórios itinerantes para o Programa de Atendimento Escolar nas especialidades de oftalmologia e odontologia (BRASIL, 2017c).

Dando continuidade à evolução gradativa, atualmente o HU-UFPI dispõe de 190 (cento e noventa) leitos, sendo 175 (cento e setenta e cinco) de enfermaria e 15 (quinze) de UTI, sendo referência no que diz respeito aos serviços de alta e média complexidade no Piauí, sendo considerado um hospital de referência, com destaque para Cirurgia Cardíaca, Hemodinâmica, Traumatologia-ortopedia, Bucomaxilofacial, Nutrição Enteral e Parenteral e Oncologia, com a implantação da Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) em 2016 (BRASIL, 2017c).

Por ser um hospital referenciado, o encaminhamento de pacientes para serviços ambulatoriais (consultas, exames e procedimentos) é regulado pela Secretaria Municipal de Saúde - SMS, a partir de agendamento pela central de marcação de consultas do SUS. Já o encaminhamento de pacientes para internação é de responsabilidade da Central Estadual de Regulação, ligada à Secretaria Estadual de Saúde.

Com base no DD, parte integrante do instrumento de contratualização de resultados do HU-UFPI, que define suas metas quantitativas e qualitativas, o perfil do hospital está descrito como sendo de retaguarda da Rede de Urgência e Emergência (RUE), onde a regulação é realizada de acordo com a disponibilidade de vagas que é informada diariamente à referida central (BRASIL, 2016a).

Por se tratar de um hospital vinculado à Universidade Federal do Piauí - UFPI, este recebe, durante o período letivo, estudantes de diversos cursos, para a realização de atividades de ensino, pesquisa e extensão, contribuindo para a formação de profissionais em variadas áreas do conhecimento, reafirmando sua natureza de hospital escola.

Destacando-se que, a partir da entrada em vigor da Portaria nº 4, de 29 de abril de 2008, da Subsecretaria de Planejamento e Orçamento do Ministério da Educação e Cultura - MEC, o orçamento dos HUFs passou a ter uma alocação separada do orçamento destinado às Universidades Federais.

Assim, de acordo com o orçamento 2018 da UFPI, o valor destinado ao HU-UFPI no citado ano foi de R\$ 6.324.411,00 (seis milhões, trezentos e vinte e quatro mil e quatrocentos e onze reais), desvinculados do total proposto para a UFPI (BRASIL, 2018d).

### 3.3 DOS CONTRATOS FIRMADOS ENTRE O HU-UFPI E A FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TERESINA

Com o propósito de reorganizar e melhor gerir os HUFs, a EBSEERH buscou consolidar em sua gestão a administração por resultados, firmando, em vários hospitais, contratos com os gestores locais do SUS. Nesse sentido, o HU-UFPI já nasceu na era das contratualizações.

Em conformidade com os ditames do SUS, a primeira contratualização de resultados do HU-UFPI, com o gestor local do SUS, ocorreu por intermédio do contrato firmado entre a EBSEERH e o Município de Teresina, representado pela FMS/Teresina, em 2012. O contrato não possuía número definido e foi assinado com vigência de 60 (sessenta) meses.

No entanto, mediante a celebração de uma nova pactuação de metas em 2017, a contratualização firmada no ano de 2012 foi rescindida. Em substituição, entrou em vigor na data de 01/11/2017, o contrato nº 175/2017, que encontra-se vigente até os dias atuais, tendo como partes a FMS/Teresina, a EBSEERH e o HU-UFPI.

Ambos os contratos têm por objeto a prestação de ações e serviços de atenção à saúde, em âmbito hospitalar, com o objetivo de inserir e integrar o HU-UFPI à Rede de Atenção à Saúde do Município de Teresina – PI, definindo responsabilidades entre as partes, e estabelecendo metas quantitativas e qualitativas do processo de assistência à saúde, em sintonia com as necessidades da população, e em consonância com as políticas públicas de saúde, princípios e diretrizes do SUS.

Os contratos abrangem quatro eixos, da assistência, da gestão, do ensino e pesquisa e o da avaliação. As cláusulas discorrem sobre as atividades desempenhadas no HU-UFPI e suas bases legais, sobre as metas de desempenho e seus sistemas de controle e sobre o recebimento

dos recursos financeiros que estão ligados à comprovação de atingimento da produtividade, relacionada ao cumprimento dos percentuais mínimos estabelecidos para as metas especificadas.

O instrumento é composto por duas partes. A primeira diz respeito ao contrato propriamente dito, que estabelece as condições gerais da contratação e as responsabilidades das partes, e a segunda diz respeito ao DD, que contém, dentre outras coisas, a especificação pormenorizada das metas quantitativas e qualitativas das ações e dos serviços de saúde contratualizados, em consonância com o plano de implantação e com o dimensionamento da capacidade operativa do hospital.

A implantação dos serviços no HU-UFPI e o início do seu funcionamento ocorreram de forma gradual, obedecendo às diretrizes traçadas no §2º do primeiro contrato, firmado em 2012, entre a EBSEH e a FMS/Teresina. A abertura dos serviços e ampliação de sua complexidade se deu de forma progressiva, posto que o hospital já nasceu com uma grande estrutura, no entanto sem uma capacidade operativa à altura.

O monitoramento e avaliação da contratualização de resultados devem ser realizados, de maneira sistemática, pela CAC<sup>1</sup> e pelas instâncias de controle e avaliação das esferas de gestão do SUS, mediante análise de documentos e dados produzidos pelo HU-UFPI e registrados nos sistemas nacionais de informações, bem como por supervisão *in loco*, de acordo com a cláusula sétima do contrato nº 175/2017 (segunda contratualização de resultados) (BRASIL, 2017b).

O HU-UFPI deve garantir a realização de controles internos e externos, contribuindo para o bom desempenho das atividades, liberando o acesso aos documentos que se fizerem necessários, em conformidade com a legislação vigente e normas internas do hospital. Deve, ainda, garantir o acesso dos conselheiros de saúde às instalações do hospital, para o exercício do seu poder de fiscalização, conforme condições gerais da contratualização (BRASIL, 2017b).

Para acompanhamento regular das ações, o HU-UFPI é responsável por disponibilizar os dados e informações para o gestor local, assim como a atualização dos sistemas nacionais de informações em saúde, de alimentação obrigatória, conforme dispõe o inciso XII, do art. 5º, da Portaria GM/MS nº 3.410/13.

As informações para alimentação dos sistemas SIA e SIH devem ser encaminhadas mensalmente e conforme cronograma estabelecido pelo gestor do SUS, garantindo a

---

<sup>1</sup> As informações sobre a Comissão estão inseridas no capítulo 4 (observar o item 4.2.1).

comunicação dos procedimentos realizados, sendo de responsabilidade do gestor o processamento e alimentação da base de dados nacional.

O HU-UFPI tem o dever, ainda, disponibilizar regularmente os dados do hospital para o gestor local do SUS, que deverá proceder a alimentação e atualização das informações constantes no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES, conforme previsão contratual.

O acesso às ações e serviços de saúde contratualizados são executados por intermédio da regulação assistencial, utilizando a Central de Regulação definida pela FMS/Teresina, com um percentual pré-estabelecido de agendamento interno, ajustados sistematicamente entre as partes, conforme estabelecido na contratualização. As consultas de retorno e seguimento, bem como os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico agendados pela contratada (EBSERH), deverão ser informados mensalmente à Central de Regulação, de acordo com a Política Nacional de Regulação - PNR.

Em relação aos agendamentos de consultas, exames de apoio diagnóstico e terapêutico e outros procedimentos, no âmbito do sistema informatizado de responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde de Teresina, denominado “Gestor Saúde”, definiu-se o percentual de 40% (quarenta por cento) da meta pactuada destinada, exclusivamente, para marcação interna do HU-UFPI, tendo como objetivo a garantia do retorno do paciente, para continuidade do tratamento dos usuários.

Um dos mecanismos de controle de resultados trazidos pela contratualização diz respeito à comunicação à FMS da existência de equipamentos com defeitos ou que necessitem de interrupção temporária de utilização, bem como a ausência de profissionais ou redução de insumos, necessidade de adequação da estrutura para atendimentos de normas sanitárias ou ampliação de serviços, visando a não interrupção da assistência, conforme preconiza o contrato 175/2017, na sua cláusula terceira, inciso XVIII, do eixo da gestão (BRASIL, 2017b).

Outro ponto destacado nas condições gerais dos contratos trata-se da previsão de práticas educacionais da UFPI dentro do HU-UFPI, considerando o caráter formador do hospital, com a inserção de alunos de graduação, residência e pós-graduação nas atividades desenvolvidas, com vistas ao desenvolvimento de atividades de formação profissional, ensino, pesquisa e extensão, podendo ser incluídos servidores da FMS de Teresina (BRASIL, 2017b).

Além das responsabilidades assumidas pelo HU-UFPI, os contratos também estabelecem as responsabilidades da FMS/Teresina-PI, onde as principais são: regular o acesso dos usuários às ações e serviços de saúde, por meio de centrais de regulação; repassar o valor

global do contrato, referentes aos serviços contratualizados e executados; controlar, avaliar, monitorar e auditar, quando couber, os serviços contratualizados, bem como acompanhar o alcance das metas qualitativas e quantitativas pactuadas; instituir e garantir o funcionamento regular e adequado da CAC, dentre outras responsabilidades previstas no contrato (BRASIL, 2017b).

Para execução da contratualização o HU-UFPI recebe mensalmente recursos financeiros diretamente do Fundo Nacional de Saúde - FNS, sob a modalidade de orçamentação global, na qual a totalidade de recursos financeiros é provisionada ao contratado, garantindo-lhe conhecimento antecipado do volume máximo previsto para desembolso no período do contrato, contemplando recursos de investimento e custeio.

Os recursos devem ser realizados em parcelas mensais, fixas e variáveis. Os repasses variáveis são pós-fixados e dependem da comprovação de produção dos procedimentos incluídos no FAEC, que possui a finalidade de financiar procedimentos e políticas consideradas estratégicas, bem como novos procedimentos incorporados à Tabela do SUS.

O repasse depende do alcance de percentuais de atingimento das metas quantitativas e qualitativas, sendo que 60% (sessenta por cento) do repasse mensal estarão vinculados ao cumprimento das metas qualitativas e os 40% (quarenta por cento) restantes estarão vinculados ao cumprimento das metas quantitativas, conforme detalhado no DD (BRASIL, 2017b).

Segundo previsão do Contrato nº 175/2017, a análise do cumprimento das metas quantitativas deverá considerar ocorrência de perda primária (não agendamento pelo gestor do SUS, ou seja, por ausência de demanda), o absenteísmo de usuários (não comparecimento aos procedimentos agendados), os bloqueios de agenda solicitados/efetivados pelo HU-UFPI e as eventuais falhas do sistema de regulamentação que podem ocorrer, para fins de estabelecimento da pontuação obtida (BRASIL, 2017b).

É oportuno frisar que tais ocorrências não eram previstas na primeira contratualização (2012-2017), ensejando inconformidades relativas ao não cumprimento das metas, mesmo se tratando de eventos que perpassavam a alçada do HU-UFPI, por se tratar de situações alheia às vontades e possibilidades do hospital.

Cumprido ressaltar que, de acordo com a cláusula terceira, inciso VII, da contratualização de 2012, o percentual mínimo de atingimento das metas especificadas no DD, exigido para o HU-UFPI, era de 80% (oitenta por cento), demonstrando através de relatórios trimestrais as ações e serviços executados (BRASIL, 2012a).

No entanto, a partir da nova contratualização, realizada em 2017, o percentual mínimo de atingimento passou a ser considerado de forma temporal, considerando um espaço de tempo superior à análise mensal, uma vez que as situações que contribuem para o não cumprimento do percentual podem ocorrer de forma apenas isolada, em circunstâncias adversas, fora do domínio administrativo do hospital (BRASIL, 2017b).

Assim, atualmente, caso o HU-UFPI não atinja pelo menos 50% (cinquenta por cento) das metas qualitativas e quantitativas pactuadas por 03 (três) meses consecutivos ou 05 (cinco) meses alternados terá o instrumento de contratualização e o DD revisados pela CAC, ajustando para baixo as metas e o valor dos recursos a serem repassados, de acordo com a produção do hospital, mediante aprovação do gestor local do SUS, conforme o §4º da cláusula sexta do contrato nº 175/2017 (BRASIL, 2017b).

Já no caso da verificação do cumprimento superior a 100% (cem por cento) do percentual a normatização permanece a mesma, ou seja, se o HU-UFPI ultrapassar esse percentual por 03 (três) meses consecutivos ou 05 (cinco) meses alternados, será necessário reavaliar as metas do DD e os valores contratuais, pela CAC, com vistas ao reajuste, mediante termo aditivo, aprovação do gestor do SUS e disponibilidade orçamentária, conforme o §5º da cláusula sexta do contrato nº 175/2017 (BRASIL, 2017b).

De acordo com o Contrato nº 175/2017, a metodologia utilizada para análise de desempenho do cumprimento das metas quantitativas e consequente impacto no repasse financeiro do HU-UFPI está relacionada ao atingimento de percentuais mínimo definidos, conforme Tabela 1.

**Tabela 1** – Percentual de atingimento x valor do repasse

| DESEMPENHO GERAL DAS METAS QUANTITATIVAS (Média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar) | VALOR EM PERCENTUAL | VALORES EM R\$/MÊS |
|--|---------------------|--------------------|
| 100 a 50%  | 40% do valor global | 1.318.259,03       |
| 40 a 49%   | 34% do valor global | 1.120.520,17       |
| 30 a 39%   | 28% do valor global | 922.781,32         |
| 20 a 29%   | 22% do valor global | 725.042,42         |
| <20%   | 0% do valor global  | -                  |

Fonte: BRASIL, 2017b.

De acordo com a Tabela 1, a redução do percentual de cumprimento das metas quantitativas impacta diretamente no volume de repasse dos recursos financeiros ao HUUFPI,

ou seja, quando menor for a efetividade do hospital menor será o percentual de recebimento dos valores contratualizados. É importante destacar que o desempenho é calculado de forma geral, o percentual analisado será a média de todos os atendimentos realizados pelo HU-UFPI, e que o valor máximo para as metas quantitativas é de 40% (quarenta por cento) do repasse, sendo o restante atribuído às metas qualitativas.

O memorial de cálculo utilizado para discriminação dos valores da programação orçamentária do HU-UFPI está disposto no instrumento de contratualização e forma o valor global a ser repassado para o hospital, conforme Quadro 1.

**Quadro 01 - Programação Orçamentária Global – 2017**

| Componente   |        |   | Mensal (R\$) | Anual (R\$)   |
|--|--------|---|--------------|---------------|
| Média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar – Port. GM/MS nº 477, de 26/03/2013.                                   |        |   | 2.000.000,00 | 24.000.000,00 |
| Média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar – ampliação da oferta de serviços – Port. GM/MS nº 562, de 31/03/2016. |        |   | 500.000,00   | 6.000.000,00  |
| Habilitações de serviços de média e alta complexidade  |        |   | 795.647,58   | 9.547.770,96  |
| Publicação   | Código | Descrição   | Mensal (R\$) | Anual (R\$)   |
| Port. SAS/MS nº 1.384, de 03/12/2014 e Port. GM/MS nº 2.696, de 09/12/2014   | 2601   | UTI Adulto II (10 leitos)   | 116.488,53   | 1.397.862,36  |
| Port. SAS/MS nº 1.245, de 10/12/2015 e Port. GM/MS nº 2.130, de 19/12/2015   | 0801   | Unidade de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular                              | 100.221,30   | 1.202.655,60  |
|  | 0803   | Cirurgia Cardiovascular e Procedimentos em cardiologia Intervencionista                 | 17.803,32    | 213.639,84    |
|  | 0805   | Cirurgia Vascular   | 19.331,55    | 231.978,60    |
|  | 0806   | Cirurgia Vascular e   | 11.597,60    | 139.171,20    |
|  |        | Procedimentos Endovasculares Extracardíacos   |              |               |
| Port. SAS/MS nº 1.246, de 10/12/2015 e Port. GM/MS nº 2.135, de 19/12/2015   | 2501   | Unidade de Assistência em Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia                  | 40.184,74    | 482.216,88    |
| Port. SAS/MS nº 318, de 30/03/2016 e Port. GM/MS nº 536, de 30/03/2016   | 2304   | Unidade de Assistência em Alta Complexidade em Terapia Nutricional Enteral e Parenteral | 33.076,80    | 396.921,60    |
| Port. SAS nº 1.809, de 02/12/2016  | 2601   | UTI Adulto II – 5 leitos  | -            | -             |

|  |      |        |            |              |
|--|------|--------|------------|--------------|
| Port. SAS/MS nº 1.929, de 08/12/2016 e Port. GM/MS nº 616, de 06/04/2016 | 1706 | UNACON | 456.943,74 | 5.483.324,88 |
| FAEC – valor a ser pago mediante produção e aprovação pelo gestor do SUS |      |        | -          | -            |

Fonte: BRASIL, 2017b.

De acordo com o Contrato nº 175/2017, os procedimentos que forem financiados pelo FAEC deverão ser remunerados conforme o repasse das informações ao Ministério da Saúde, e serão vinculados ao atingimento dos percentuais mínimos de produção do HU-UFPI.

No que tange ao DD, tem-se a descrição pormenorizada da estrutura física, tecnológica e de recursos humanos, especificando as ações e serviços prestados pelo HUUFPI, em todas as suas áreas; as metas quantitativas e qualitativas relativas à prestação dos serviços; bem como a previsão dos indicadores, parâmetros e metodologia para avaliação das metas de desempenho, e a previsão dos recursos financeiros, com o teto financeiro mensal e atual, com indicação das respectivas fontes envolvidas na contratualização (BRASIL, 2017b).

Nos termos do DD, os serviços assistenciais no HU-UFPI estão estruturados de modo a garantir ações e serviços de saúde nas seguintes linhas de cuidado: Sistema Cardiovascular, Sistema Urinário, Sistema Digestivo, Saúde da Mulher, Cabeça e Pescoço, Clínica Médica, Cirurgia Geral, Psicossocial, Sistema Neuromuscular, Sistema Musculoesquelético e Sistema Respiratório (BRASIL, 2017b).

Na primeira contratualização o DD deveria ser elaborado anualmente, já no contrato nº 175/2017 ficou estabelecido que o mesmo terá a vigência de 24 (vinte e quatro) meses, devendo ser renovado após esse período, podendo ser alterado a qualquer tempo, conforme o estabelecido na contratualização e acordado entre as partes, mediante formalização de termo aditivo e publicação no Diário Oficial do Município de Teresina (DOM-THE).

As metas quantitativas definidas no DD consideram parâmetros assistenciais, capacidade instalada e operacional e série histórica de produção assistencial. A estrutura do DD adota o formato e códigos do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS (SIGTAP-SUS), para fins de organização do fluxo regulatório, entre o HU-UFPI e a FMS/Teresina. As metas quantitativas podem ser detalhadas até o último nível de procedimento, desde que identificadas e pactuadas as necessidades, e respeitados os quantitativos dos grupos e subgrupos.

A sistematização deve ser entendida e reconhecida na hora de realizar o controle de atingimento das metas, demandando conhecimento específico no assunto. Para um melhor detalhamento, a tabela que especifica os procedimentos segue uma lógica de organização, que, em casos específicos, são relacionados na forma mais detalhada possível (SANTOS, 2013).

A elaboração das especificações dos procedimentos utiliza a Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais de síntese do SUS, com todas as suas características, demonstrando quais instituições possuem habilitação para execução dos serviços e quais os profissionais habilitados para execução de cada procedimento, fortalecer o processo de tomada de decisões no âmbito financeiro (SANTOS, 2013).

Ao profissional responsável pelo gerenciamento, cabe verificar quais os procedimentos que estão sendo realizados com maior frequência e quais as possibilidades de incremento de outros procedimentos que possam estar sendo subnotificados ou registrados erroneamente, fatores estes que podem estar altamente relacionados com grandes prejuízos pelas instituições credenciadas pelo SUS (SANTOS, 2013).

O detalhamento das metas quantitativas está dividido em duas dimensões, as Ambulatoriais e as Hospitalares. A relação dos grupos, subgrupos e procedimentos conta com o descritivo individualizado e a meta mensal e anual pactuada para o período vigente.

Tal definição vem sendo utilizada desde a primeira contratualização, conforme especificada no DD do ano de 2016, parte integrante da primeira contratualização e no DD do ano de 2017, parte integrante da segunda contratualização, ambas evidenciando o mesmo subgrupo de exames (TABELA 2).

**Tabela 02 - Metas Quantitativas – Ambulatorial**

| Grupo 02. Procedimentos com finalidade diagnóstica                    |                    |        |                    |        |
|---|--------------------|--------|--------------------|--------|
| DESCRIÇÃO   | Meta pactuada 2016 |        | Meta pactuada 2017 |        |
|   | Mensal             | Anual  | Mensal             | Anual  |
| Subgrupo 02.03 – Diagnóstico por anatomia patológica e fitopatológica | 960                | 11.520 | 900                | 10.800 |
| F Org. – 02.03.01 – Exames citopatológicos                            | 480                | 5.760  | 400                | 4.800  |
| F Org. – 02.03.01 – Exames anatomopatológicos                         | 480                | 5.760  | 500                | 6.000  |

Fonte: elaborada pelo autor, 2019.

Conforme o exemplo trazido pela Tabela 2, as metas pactuadas no DD de 2016 foram reajustadas no DD de 2017, tendo a maioria sofrido uma variação negativa, em razão do

histórico de realização dos procedimentos, que demonstrou o não atingimento das metas por mais de 03 (três) meses consecutivos ou 05 (cinco) alternados, ocasionando o seu redimensionamento. Havendo necessidade de ampliar as metas quantitativas estabelecidas e/ou de abertura de novos serviços, deverá ser feito aditamento ao contrato.

A análise de desempenho das metas quantitativas considerará os dados de produção, oriundos do SIA e do SIH, devendo apreciar todos os fatos impeditivos do cumprimento, como a ocorrência de perda primária (não agendamento pelo Gestor SUS, ou seja, ausência de demanda), absenteísmo de usuários, bloqueios de agendas e eventuais falhas no sistema de regulação, para fins de estabelecimento da pontuação correta e justa, que refletirá o quantitativo de atendimento possível para cada situação, conforme previsão elencada no §3º, da cláusula sexta do contrato nº 175/2017.

O monitoramento e avaliação da contratualização de resultados do HU-UFPI devem ser realizados de forma interna e externa, tendo como ponto focal os relatórios trimestrais da CAC, que de acordo com o §1º, cláusula sétima, do contrato nº 175/2017, será instituída mediante ato do gestor local do SUS, tendo em sua composição mínima: 02 (dois) representante da FMS/Teresina, com os respectivos suplentes, e 02 (dois) representantes do HU-UFPI e seus suplentes.

Destaca-se, que a composição da CAC foi modificada a partir da formalização da contratualização de 2017, anteriormente a comissão era composta de 02 (dois) representantes da Secretaria Municipal de Saúde, 01 (um) representante da Secretaria Estadual de Saúde, 01 (um) representante da Diretoria de Atenção à Saúde e Gestão de Contratos da EBSEH, 02 (dois) representantes da Superintendência do HU-UFPI e 01 (um) representante do Conselho Municipal de Saúde.

As reuniões da CAC devem ser realizadas ordinariamente a cada três meses e extraordinariamente sempre que necessário, em cumprimento ao disposto na Portaria MS/GM nº 3.410, de 30/12/2013. O HU-UFPI deve apresentar à CAC justificativa sempre que não houver cumprimento das metas pactuadas, devendo esta, após análise das circunstâncias, se manifestar por intermédio de relatórios.

A existência da CAC não impede e nem substitui as atividades próprias dos componentes do SNA e do Controle e Avaliação da FMS, por serem órgãos e setores responsáveis pela fiscalização da gestão do SUS.

O acompanhamento é característica fundamental para manutenção da contratualização de resultados, demonstrando a eficiência ou não do instrumento, bem como evidenciando as

ações de sucesso e insucesso realizadas dentro das instituições. O desempenho do hospital deve refletir o volume de recursos investidos.

A falta de conhecimento técnico dos profissionais responsáveis pelo controle dos procedimentos pode ocasionar equívocos nos relatórios e conseqüentemente prejuízos financeiros à instituição, assim, para um melhoramento contínuo dos serviços e reparação acelerada de imperfeições, a instituição estabelece parâmetros de medição e realiza o monitoramento contínuo das atividades e metas pactuadas.

Resta necessário destacar que, quaisquer penalidades financeiras impostas pela FMS/Teresina ao HU-UFPI, por força do descumprimento das metas quantitativas ou qualitativas, serão encaminhadas ao Ministério da Saúde e incidirão sobre as parcelas a serem transferidas nos meses subseqüentes ao da análise trimestral realizada pela CAC.

#### **4 O CONTROLE A PARTIR DOS RELATÓRIOS PERTINENTES À CONTRATUALIZAÇÃO REALIZADA NO HU-UFPI.**

Na persecução de mais controle na gestão pública, a CF/88 estabeleceu mecanismos de fiscalização e regulamentação das ações dos órgãos públicos, exercidos em forma de controle externo ou interno, conforme preconiza o art. 70, da Carta Magna, quando afirma que

a fiscalização contábil, financeira, orçamentária, operacional e patrimonial da União e das entidades da administração direta e indireta, quanto à legalidade, legitimidade, economicidade, aplicação das subvenções e renúncia de receitas, será exercida pelo Congresso Nacional, mediante controle externo, e pelo sistema de controle interno de cada Poder (BRASIL, 1988, n.p.).

O conceito é entendido por Lima (2008, p. 06) como

[...] função essencial na verificação dos resultados, pois sua intervenção inibe o abuso de poder, fazendo com que a autoridade administrativa paute a sua atuação em defesa do interesse coletivo, mediante a fiscalização orientadora, corretiva e até punitiva. É, ainda, indispensável para acompanhar a execução de programas de governo e apontar suas falhas e desvios, verificar a correta aplicação das normas e princípios adotados e constatar a veracidade das operações realizadas.

Os instrumentos de controle têm legalmente a função de supervisionar as funções públicas, seja recorrendo a outros órgãos competentes, seja movendo ações para a averiguação da situação pública em determinado setor (MADRIGAL, 2015). As fiscalizações internas e externas devem se sobrepor umas às outras, de modo que as situações analisadas possam demonstrar todas as suas vertentes, aproximando-se da realidade ocorrida.

Na esfera da saúde, a Lei Orgânica nº 8.080/90 atribui ao Ministério da Saúde a responsabilidade de acompanhar a aplicação dos recursos utilizados nas ações dessa área, através de seu sistema de auditoria, representado pelo SNA, criado em 1993, conforme dispõe o art. 33, § 4º, da citada lei

O Ministério da Saúde acompanhará através de seu sistema de auditoria a conformidade à programação aprovada da aplicação dos recursos repassados a Estados e Municípios; constatada a malversação, desvio ou não aplicação dos recursos, caberá ao Ministério da Saúde aplicar as medidas previstas em lei. (BRASIL, 1990, n.p.).

O Ministério da Saúde exerce fiscalização interna sobre as ações desenvolvidas na área da saúde, monitorando o cumprimento da legislação geral e específica e a aplicação correta dos recursos destinados, tendo como uma de suas funções a coordenação e fiscalização do SUS, possibilitando a economia de verbas e a expansão dos serviços.

No âmbito da contratualização, de acordo com a Portaria nº 3.410/2013, que estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais do SUS, em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar - PNHOSP, o acompanhamento das metas compete à CAC, bem como aos órgãos de controle interno do SUS, especialmente ao SNA, com a finalidade de avaliar a correta aplicação dos recursos financeiros de que trata a portaria, nos termos dos seus artigos 32, 33 e 34.

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.

[...]

Art. 33. Caberá a todas as esferas de gestão do SUS o monitoramento e a avaliação dos serviços prestados pelos hospitais contratualizados ao SUS, respeitadas as competências de cada esfera de gestão.

Parágrafo único. O monitoramento e avaliação poderão ser executados por meio de sistemas de informações oficiais e visitas "in loco".

Art. 34. Caberá aos órgãos de controle interno, especialmente ao Sistema Nacional de Auditoria do SUS (SNA), a avaliação da correta aplicação dos recursos financeiros de que trata esta Portaria (BRASIL, 2013, n.p.).

Em se tratando da contratualização de resultados do HU-UFPI, essa previsão de fiscalização e acompanhamento está inserida na cláusula sétima do Contrato nº 175/2017, firmado com a FMS/Teresina, que diz

A execução deste Contrato será monitorada e avaliada pela Comissão de Acompanhamento da Contratualização (CAC), podendo contar, eventualmente, com outros setores competentes da gestão do SUS, mediante análise de documentos, de dados produzidos pelo HU-UFPI/EBSERH e registrados nos sistemas nacionais de informações, bem como por supervisão *in loco*, observando o cumprimento das cláusulas e condições estabelecidas no Contrato (BRASIL, 2017b, p. 12).

Além do acompanhamento previsto em legislação, a contratualização do HU-UFPI é vistoriada por equipes responsáveis do próprio hospital, em um controle interno, através de relatórios que pontuam as ações de planejamento e manutenção decorrentes da efetivação do contrato.

De acordo com o MPF, o SUS movimenta mais de 170 bilhões de reais por ano, considerando as três esferas da federação. Esse recurso deve ser aplicado de forma a atender o maior número de beneficiários, em tempo oportuno, com caráter preventivo e otimizando, para este fim, o uso dos recursos públicos disponíveis (BRASIL, 2012).

Para tanto, torna-se necessário medidas de controle e fiscalização das ações, em prol da saúde pública, buscando uma execução em conformidade com o quadro de saúde, suas prioridades e regras estabelecidas. Assim, o controle do SUS deve ser exercido pelo governo e pela sociedade, de forma integrada e com um diálogo permanente e interfederativo, contribuindo potencialmente para que se efetive o desenvolvimento de um SUS proativo (BRASIL, 2011).

De acordo com o Manual de Orientações para Contratação de Serviços de Saúde, o monitoramento, avaliação e a fiscalização de contrato são medidas poderosas colocadas à disposição da Administração na defesa do interesse público. Toda execução de contrato deve ser fiscalizada e acompanhada pela administração, seja por servidores ou por comissões, desde que designadas formalmente para o exercício das atividades (BRASIL, 2016).

O controle é uma ferramenta indispensável para o bom funcionamento de um órgão. Na concepção de Zamparetti (2009, p. 18), “o controle da administração pública é um dos corolários dos princípios constitucionais expressos no art. 37, em especial do princípio da legalidade, do qual é uma das decorrências”.

As ações de fiscalização e monitoramento devem dar base a uma nota técnica ou relatório de avaliação devidamente circunstanciado, elaborado em observância à legislação vigente, de modo que evidencie a realidade da prestação de serviços. Nesse sentido, para um melhor entendimento do estudo realizado, o presente capítulo analisa como estão sendo executados os controles internos e externos à contratualização do HU-UFPI, utilizando para tanto o exame de relatórios referentes à temática.

Os relatórios analisados foram divididos em dois grupos de estudo: relatórios de fiscalizações realizadas no HU-UFPI, por órgãos de controle, com o objetivo de verificar a prestação de serviços do hospital e seus instrumentos de contratualizações; e relatórios de acompanhamento da execução contratual, elaborados por comissão formalmente designada e por equipes do HU-UFPI responsáveis pelo acompanhamento interno.

Os subcapítulos seguintes apresentarão as características de cada órgão, setor ou comissão responsáveis pela confecção dos relatórios abordados, bem como análise e apresentação das fases de elaboração dos mesmos. Além disso, serão demonstrados os objetivos

de cada relatório e sua abrangência no âmbito do HU-UFPI e suas contratualizações de resultado.

#### 4.1 ANÁLISE DOS RELATÓRIOS DE FISCALIZAÇÕES EXTERNAS REALIZADAS NO HU-UFPI

No presente subcapítulo serão abordados os relatórios elaborados pelos órgãos fiscalizatórios, DENASUS e TCU, responsáveis por exercer o controle externo à contratualização de resultados do HU-UFPI.

O DENASUS realiza o controle do SUS sobre o contrato de prestação de serviços firmado pelo HU-UFPI, examinando o cumprimento de suas cláusulas e condições estabelecidas, enquanto o TCU realiza sua função precípua, de fiscalizar o Poder Executivo.

##### 4.1.1 Dos relatórios elaborados pelo DENASUS

O DENASUS, órgão integrante da estrutura da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do MS e componente federal do SNA, exerce atividades de auditoria e fiscalização especializada no âmbito do SUS, instrumentos com grande potencial para detectar falhas, irregularidades e oportunidades de melhoria na gestão do SUS, desde que realizadas observando-se princípios, métodos e técnicas apropriados (BRASIL, 2015).

Com o objetivo de consolidar o SUS, o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS e o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde – CONASS elaboraram o documento denominado “Pacto pela Saúde”<sup>1</sup>, política pública lançada no ano de 2006, que traz a responsabilização dos gestores do SUS, no âmbito de cada esfera de governo no que tange a Atenção a Saúde (SCHMIDT, 2014).

O Pacto pela Saúde foi subdividido em três volumes: Pacto pela Vida, Pacto de Gestão e Pacto em Defesa do SUS. A auditoria foi inserida no Pacto de Gestão, transformando-se em

---

<sup>1</sup> Grifo do autor (SCHMIDT, 2014).

um instrumento determinante para a gestão pública, consubstanciando a Política Pública de Saúde. Nesta perspectiva, a auditoria deve avançar na concepção da garantia da cidadania, viabilizando a eficiência, efetividade e eficácia no sistema de saúde, proporcionando uma assistência de qualidade (SCHMIDT, 2014).

As ações empreendidas pelo SNA buscam assegurar a permanência do SUS na política nacional de saúde, funcionando como o seu dispositivo de controle, como uma ferramenta para gerar subsídios e ampliar a “confiança pública”, visando à “capacidade de desempenho”<sup>2</sup> desse sistema de saúde (PACHECO, 1998).

Através de condutas planejadas, a auditoria deve atuar de forma preventiva ou quando as funções de controle, avaliação e regulação mostrarem-se insuficientes para prevenir ou corrigir as falhas ou sinalizarem distorções, com análise voltada para os programas, serviços, processos e resultados das atividades do Sistema de Saúde (SCHMIDT, 2014).

O SNA, por meio de suas atividades de fiscalização, desempenha papel fundamental para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde prestados pelo SUS, respeitando o interesse da coletividade, ao reconhecer o cidadão como contribuinte de impostos e com direito ao acesso aos serviços do SUS. Segundo as Normas de Auditorias do TCU (2011) auditoria é o

[...] processo sistemático, documentado e independente de se avaliar objetivamente uma situação ou condição para determinar a extensão na qual critérios são atendidos, obter evidências quanto a esse atendimento e relatar os resultados dessa avaliação a um destinatário predeterminado (BRASIL, 2015, p. 8).

A auditoria tem um papel de destaque no processo de consolidação do SUS, contribuindo de forma significativa, para alcançar as metas estabelecidas nos princípios básicos e éticos do atual sistema público de saúde. A auditoria pública examina o funcionamento do SUS para evitar possíveis desvios e realizar as correções necessárias, além de verificar a qualidade da assistência e o acesso dos usuários às ações e serviços de saúde, em um mecanismo de controle interno do Ministério da Saúde (GARCIA, et al., 2012).

O auditor atua como equalizador, demandando um serviço de qualidade com o menor custo possível, uma vez que a alocação adequada dos recursos proporciona uma satisfação das demandas da coletividade, relativas aos serviços prestados pelo SUS. As informações coletadas

---

<sup>2</sup> Grifos do autor (PACHECO, 1998).

pelas auditorias subsidiam o planejamento das ações a serem desenvolvidas pelos gestores do SUS, atuando de forma a melhorar e integrar o sistema (GARCIA, et al., 2012).

Nesse sentido, pode-se concluir que o processo de auditoria é voltado para a obtenção das evidências suficientes e necessárias à comparação com o critério obtido. Antes de se buscar as evidências é necessário estabelecer um planejamento, com a definição de quais informações são suficientes para caracterizar a situação encontrada, onde e como serão obtidas, que tipo de análise a situação exige e quais as possíveis limitações que podem surgir nesse processo. Após a obtenção das informações e do critério a ser utilizado, realiza-se o confronto entre eles, tendo como desfecho o relatório de auditoria (BRASIL, 2015).

Associada à complexidade do campo da saúde, a auditoria nessa área está em constante processo construtivo, buscando modernização e simplificação dos processos, com ênfase na prestação de contas. Nesse cenário, princípios burocráticos, como a formalidade das rotinas e formulários, têm dado sustentação à administração pública gerencial e colaborado na efetividade e otimização do SNA (MELO, 2007).

Ao DENASUS, órgão central do SNA, compete auditar por amostragem a adequação, a qualidade e a efetividade das ações e serviços públicos de saúde, e a regularidade técnicofinanceira da aplicação dos recursos do SUS, em todo o território nacional (BRASIL, 2014).

As auditorias realizadas pelo DENASUS têm um papel importante no combate ao desperdício de recursos públicos, na avaliação do desempenho dos seus agentes, observando se suas ações estão voltadas à garantia do acesso, integralidade do cuidado, equidade, melhorias dos indicadores de saúde, humanização do atendimento e inclusão social, permitindo a transparência e garantindo as informações e as prestações de contas à sociedade.

O DENASUS, objetivando garantir a qualidade do processo de atenção à saúde, procurou, a partir do relatório do ano de 2004, associar os princípios fundamentais do SUS, como a equidade, a integralidade e a universalidade, ao princípio da economicidade, através da verificação da utilização eficaz dos recursos financeiros (MELO, 2007).

As ações de controle do departamento estão norteadas por esses princípios, que buscam, diante das condições necessárias, atuar também em caráter preventivo e educativo, verificando se a gestão dos órgãos se sustenta em critérios de eficiência, eficácia e efetividade (MELO, 2007).

Os relatórios analisam os serviços, a estrutura dos processos e os resultados alcançados pelo órgão, em prol de benefícios à sociedade. Em alguns casos pode ocorrer o retorno financeiro para o sistema de saúde brasileiro, resultante do ressarcimento, ao FNS, dos valores que as ações de controle julgam terem sido utilizados indevidamente, realçando o princípio da eficácia dos recursos financeiros (MELO, 2007).

Para Melo (2007) os relatórios anuais de gestão emitidos pelo DENASUS, além de colaborarem com a socialização das realizações do departamento, corroboram com o aperfeiçoamento das ferramentas e padrões utilizados nas auditorias, bem como com os modelos de gestão e atenção à saúde, de uma forma geral.

Assim, os relatórios elaborados pelo DENASUS no HU-UFPI analisaram, entre outras coisas, o cumprimento das metas estipuladas na contratualização com a Fundação Municipal de Saúde, sendo um requisito primordial para desenhar a eficiência e o desempenho alcançado pela organização de saúde.

A atividade de auditoria no âmbito do SNA está organizada em fases, são elas: analítica, operacional e de relatório. No âmbito da assistência hospitalar e ambulatorial as auditorias são realizadas a partir de dados disponibilizados em relatórios gerados pelos SAI e SIH do SUS (BRASIL, 2016a).

Na fase analítica de auditoria na assistência ambulatorial e hospitalar do SUS é realizada a avaliação do objeto a ser auditado, traçando o perfil do sistema, atividade ou serviço. Tendo como referência o objeto auditado, identificam-se os documentos e/ou dados disponíveis nos sistemas informatizados a serem avaliados (BRASIL, 2016a).

O manual de orientações técnicas formulado pelo Ministério da Saúde em 2016 traz as principais ferramentas dos sistemas SIH e SIA.

O SIH disponibiliza informações das internações efetuadas por meio da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e coleta mais de 50 variáveis relativas às internações como: identificação e qualificação do paciente, procedimentos, exames e atos médicos realizados, diagnóstico, motivo da alta, valores devidos etc.

...

O SIA disponibiliza o registro dos atendimentos ambulatoriais, padronizado em nível nacional, que possibilita a geração de informações, facilitando o processo de planejamento, controle, avaliação e auditoria. Permite verificar as variáveis: procedimento, frequência, valor aprovado, quantidade e valores apresentados (BRASIL, 2016a, p. 11 e 18).

A fase Analítica é finalizada com a elaboração do relatório que poderá subsidiar a formulação de constatações da fase operativa *in loco*. O relatório aborda os passos a serem

observados na execução da atividade, os sistemas informatizados a serem consultados, os documentos a serem solicitados e as orientações a serem seguidas (BRASIL, 2016a).

Na fase operacional as atividades são desenvolvidas na(s) unidade(s) onde as ações e serviços foram realizados. Tem como objetivo aferir da adequação, a eficiência, a eficácia e os resultados, mediante a observação direta dos controles internos, fatos, dados, documentos e situações (BRASIL, 2016a).

Essa fase pode ser realizada tanto no nível ambulatorial quanto no nível hospitalar. O ambulatorial verifica a estrutura e organização da Unidade Prestadora de Serviço, e o nível hospitalar vai verificar toda a estrutura e organização do hospital, conforme previsto pelo Ministério da Saúde (GARCIA, et al., 2012).

No âmbito do HU-UFPI, as auditorias realizadas pelo DENASUS, analisadas pela pesquisa, remontam aos anos de 2012 a 2018, demonstrando que a instituição de saúde foi auditada desde o seu primeiro ano de funcionamento, com a finalidade de verificar as condições de funcionamento de diversos setores e serviços do hospital.

As auditorias realizadas pelo DENASUS alcançam as duas contratualizações de resultados do HU-UFPI, trazendo uma análise técnica e detalhada da prestação dos serviços e do cumprimento dos contratos de pactuação de metas, tornando uma fonte determinante de informação e indispensável para análise dos instrumentos de contratualização.

#### **4.1.2 Dos relatórios elaborados pelo TCU**

Em relação ao controle externo, a legislação brasileira possui um sistema de acompanhamento das atividades administrativas vinculado ao Poder Legislativo com a função precípua de fiscalizar as ações do Poder Executivo na aplicação dos recursos públicos. Nesse sistema inclui-se o TCU, órgão especializado na fiscalização contábil, financeira e orçamentária, funcionando como auxiliar do Poder Legislativo (LIMA, 2008).

O controle externo, visando o atendimento das novas demandas sociais voltadas para uma melhor prestação de contas, com transparência e profissionalismo, vem desenvolvendo um processo de gerenciamento voltado para resultados. Nesse processo o executor do controle

externo desenvolve suas atividades com mais dinamicidade e maior interação social (LIMA, 2008).

O TCU, no exercício do controle externo, realizou auditoria de natureza operacional para avaliar as ações da EBSERH voltadas à melhoria da gestão e da infraestrutura dos HUFs. A auditoria abrangeu a análise de vários processos, sendo um deles o exame dos instrumentos de contratualização de resultados firmados pelos HUFs vinculados a EBSERH.

De acordo com o Portal TCU,

auditoria operacional é o processo de coleta e análise sistemáticas de informações sobre características, processos e resultados de um programa, atividade ou organização, com base em critérios fundamentados, com o objetivo de aferir o desempenho da gestão governamental, subsidiar os mecanismos de responsabilização por desempenho e contribuir para aperfeiçoar a gestão pública (BRASIL, 2019, on-line).

Os relatórios fazem parte do controle externo exercido sobre os serviços de saúde oferecidos pelos HUF's. A competência para atuar do TCU é bastante ampla, alcançando não só os órgãos e entidades públicos, mas toda e qualquer pessoa física ou jurídica, que utilize recursos públicos e estão obrigados a prestar contas, conforme se depreende do art. 71, da CF/2018:

Art. 71. O controle externo, a cargo do Congresso Nacional, será exercido com o auxílio do Tribunal de Contas da União, ao qual compete:

I - apreciar as contas prestadas anualmente pelo Presidente da República, mediante parecer prévio que deverá ser elaborado em sessenta dias a contar de seu recebimento;

II - julgar as contas dos administradores e demais responsáveis por dinheiros, bens e valores públicos da administração direta e indireta, incluídas as fundações e sociedades instituídas e mantidas pelo Poder Público federal, e as contas daqueles que derem causa a perda, extravio ou outra irregularidade de que resulte prejuízo ao erário público; (BRASIL, 1988, p. n.).

Em todas as hipóteses, o TCU é levado a produzir informações técnicas sobre a gestão de recursos públicos, contribuindo para a construção de diagnósticos mais precisos sobre a dinâmica e sobre o funcionamento da máquina pública em geral. Essas informações, uma vez consolidadas, poderão ser utilizadas pelo próprio TCU ou por outras instituições para embasamento de questões por hora analisadas (CÂMARA et al., 2017).

O TCU é um dos agentes do Estado expressamente designado para o exercício do controle externo, conforme atribuição de competência elencada no art. 71 da CF/88. Tendo

como papel primordial assegurar que qualquer entidade ou pessoa física que utilize, arrecade, guarde, gerencie ou administre dinheiro, bens e valores públicos seja responsável e responsabilizável por seus atos na gestão da coisa pública (BRASIL, 2016e).

Para melhor entendimento tem-se a conceituação de gestão trazida por Nunes (2006, n.p.):

controle planejado e sistemático das normas, métodos e procedimentos que regem a criação, manutenção, utilização e prazos de conservação dos documentos gerados pelas atividades de um organismo público ou privado, bem como seu encaminhamento final para conservação permanente ou descarte.

Diversas funções, competências e atribuições foram reservadas ao TCU pela Constituição da República de 1988, dotando-o de diversos instrumentos para realizar a fiscalização de todos os órgãos e atividades administrativas, constituindo-se em mais uma ferramenta de vigilância da regular gestão da coisa pública, a serviço da sociedade (ZAMPARETTI, 2009).

A corte de contas vem realizando de forma sistemática o trabalho de fiscalização nos órgãos, através de relatórios que apontam as irregularidades. Evitando, em muitos casos, que os recursos públicos mal administrados sejam aplicados de forma incorreta, possibilitando significativa economia para os cofres públicos (ZAMPARETTI, 2009).

Abordando as tendências da fiscalização exercida pelas Cortes de Contas, tem-se a visão de Santos (2003, p. 81), afirma que

as demandas por melhores serviços e busca de economicidade e efetividade no uso dos recursos públicos têm pautado as ações dos cidadãos, que progressivamente vêm exigindo transparência, honestidade, moralidade e excelência na Administração Pública. Por essas razões, no exercício do seu papel constitucional, o TCU tem se voltado para a realização de fiscalizações focadas no desempenho da entidade auditada, bem como na eficiência, na eficácia e na efetividade das ações governamentais.

Quando a fiscalização realizada pelo TCU ocorre no curso de processo judicial, o Tribunal funciona como auxiliar do Poder Legislativo, onde a fiscalização em si é realizada pelo Legislativo e ao TCU é reservada a atribuição de emitir pareceres técnicos (LENZA, 2009).

Seguindo o mesmo entendimento, Moraes (2005, p. 258) defende: “O Tribunal de Contas da União é órgão auxiliar e de orientação do Poder Legislativo, embora a ele não subordinado, praticando atos de natureza administrativa, concernentes, basicamente, à fiscalização.”

Já no judiciário, quando o TCU é chamado a apresentar representação, sua atuação pode ser elemento eventualmente avaliado pelo juiz, de acordo com seu livre convencimento, tal como uma opinião ou perícia técnica, mas não goza de efeito jurídico vinculante pelo simples fato de ter sido elaborada por autoridade administrativa (CÂMARA et al., 2017).

De acordo com a obra “Conhecendo o Tribunal”, elaborada pelo TCU, está entre as competências atribuídas a esta Corte de Contas a de apurar representações e denúncias apresentadas por qualquer cidadão, partido político, associação ou sindicato sobre irregularidades ou ilegalidades na aplicação dos recursos federais (BRASIL, 2016a).

Assim, compete ao TCU acompanhar procedimentos de privatização, concessão, alienação de ativos, assim como apreciar representações formuladas em matéria de licitações e contratos administrativos. Esse acompanhamento pode ser feito por instrumentos processuais, como: inspeção; denúncia; auditoria; representação; levantamento; acompanhamento; monitoramento (BRITO et al., 2019).

As fiscalizações realizadas pelo TCU são feitas por intermédio dos instrumentos processuais citados. A fiscalização tem por objetivo avaliar a gestão dos recursos públicos, nessa forma de atuação são alocados recursos humanos e materiais. Esse processo consiste, basicamente, em capturar dados e informações, analisar, produzir um diagnóstico e formar um juízo de valor (BRASIL, 2019a).

A inspeção é utilizada para apurar fatos trazidos ao conhecimento do Tribunal por meio de denúncias ou representações, essa função tem fundamental importância no fortalecimento da cidadania e na defesa dos interesses difusos e coletivos, sendo importante meio de colaboração com o controle (BRASIL, 2019a).

Por representação entende-se a comunicação que relata as irregularidades constatadas em virtude do exercício de cargo ou funções públicas ou, ainda, os expedientes encaminhados ao tribunal que relatem eventuais irregularidades na aplicação da Lei de Licitações.

O controle de despesas decorrentes de contratos e demais instrumentos regulamentados pela Lei n 8.666/93 será feito pelo TCU e pelos Tribunais de Contas dos Estados e dos Municípios, conforme preconiza o seu art. 113. (BRASIL, 2010).

O Regimento Interno do TCU faz menção a determinadas autoridades que podem apresentar Representação perante o TCU para apuração de fato ou ato ilegal de que possui conhecimento. Trata-se, portanto, de uma denúncia formulada por uma autoridade listada no regimento do Tribunal (BRITO et al., 2019).

A Representação ao TCU está disciplinada na subseção IV do Regimento Interno do órgão, que dispõe sobre o rol de legitimados:

Art. 237. Têm legitimidade para representar ao Tribunal de Contas da União: I – o Ministério Público da União, nos termos do art. 6º, inciso XVIII, alínea c, da Lei Complementar nº 75/93;

II – os órgãos de controle interno, em cumprimento ao § 1º do art. 74 da Constituição Federal;

III – os senadores da República, deputados federais, estaduais e distritais, juízes, servidores públicos e outras autoridades que comuniquem a ocorrência de irregularidades de que tenham conhecimento em virtude do cargo que ocupem;

IV – os tribunais de contas dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, as câmaras municipais e os ministérios públicos estaduais;

V – as equipes de inspeção ou de auditoria, nos termos do art. 246;

VI – as unidades técnicas do Tribunal; e

VII – outros órgãos, entidades ou pessoas que detenham essa prerrogativa por força de lei específica (BRASIL, 2015b, pág.57).

Consoante previsão regimental, o TCU pode atuar de forma conjunta com o Ministério Público, por intermédio de representação, buscando defender a ordem jurídica, proteger a lei e fiscalizar sua execução.

Assim, em 09 de junho de 2015 o Ministro Bruno Dantas do TCU emite relatório em resposta a representação formulada pelo Ministério Público de Contas - MPC (Processo nº TC 013.318/2014-4), acerca de possíveis irregularidades atinentes ao Contrato 1/2013, firmado em 08/04/2013 entre a EBSEH e a Fundação Universidade Federal do Piauí, para a administração do HU-UFPI, bem como de supostas irregularidades relativas ao contrato datado de 12/11/2012, firmado entre a EBSEH e a FMS/Teresina, para prestação de serviços de atenção à saúde, em âmbito hospitalar, incluindo atendimento ambulatorial, apoio diagnóstico e terapêutico e internação hospitalar (BRASIL, 2015c).

O pedido de representação foi conhecido, uma vez satisfeitos os requisitos de admissibilidade previstos nos arts. 235 e 237, inciso III, do RITCU, e, no mérito, foi considerada parcialmente procedente. A análise da fiscalização foi subsidiada pela auditoria operacional na época em curso, realizada no âmbito da Secretaria de Controle Externo da Educação, da Cultura e do Desporto - SECEXEDUC.

De acordo com o relatório a representação do *parquet* fundamentou-se em Nota Técnica datada de 09/09/2013, referente à visita nº 4.658, realizada por equipe do

DENASUS/MS. A Nota Técnica foi elaborada em razão de auditoria realizada no HU-UFPI, por solicitação do MPF no Piauí, no corpo do Inquérito Civil Público nº 1.27.000.000905/2013-11 (BRASIL, 2015c).

No exame técnico, o Ministério Público junto ao TCU ofereceu parecer divergindo das conclusões e propostas lançadas pela unidade instrutora, em alguns pontos. De acordo com o relatório, a corte de contas considerou que diversos fatores foram imprevisíveis e decorrentes da alta complexidade da estruturação de um novo hospital, fato este que contribuiu para os atrasos no cronograma de execução.

Nas palavras do relator Ministro Bruno Dantas

Muitas ocorrências estavam alheias à vontade e à capacidade de atuação da Ebserh, e foram sendo contornadas à medida que surgiram, considerando que o hospital, de acordo com o contrato, estaria sendo estruturado gradualmente. A questão restou esclarecida e justificada (BRASIL, 2015c, p. 18).

O ministro entende que em sua maioria os pontos destacados pelo procurador do Ministério Público, referentes aos relatórios de auditorias nº 13.753 e nº 14.756, tratam-se de questões mais relacionadas ao desempenho da gestão hospitalar, e não a irregularidades objetivas que possam ser pontualmente averiguadas no âmbito da representação (BRASIL, 2015c).

Ressalta, ainda, que muitos fatos levantados nos relatórios do DENASUS dos anos de 2013 e 2014 apontam problemas gerais de saúde pública que vão muito além da atuação da Ebserh e do HU-UFPI, ou que se relacionam a aspectos atrelados às próprias políticas de Estado, os quais, mesmo no âmbito da auditoria operacional, extrapolam a competência deste Tribunal (BRASIL, 2015c).

O relatório e o voto do relator Ministro Bruno Dantas fundamentaram o Acórdão nº 3424/2015 – TCU – 1ª Câmara. Os documentos são peças integrantes do Processo nº TC 013.318/2014-4, assim como a Auditoria Operacional realizada pela SECEXEDUC, que avaliou a pertinência dos fatos apontados nas conclusões dos relatórios de auditoria do DENASUS, nº 13.753 e nº 14.756, realizando os exames cabíveis, com o escopo de esclarecer quaisquer pontos ainda pendentes.

Os documentos citados serão analisados de forma pormenorizada no capítulo seguinte, referente ao exame e confronto de informações dos relatórios. Os pontos levantados pelos relatórios elaborados pela equipe do DENASUS serão apresentados sob outros aspectos,

necessários para a perfeita compreensão da evolução na implantação e oferecimento de serviços no HU-UFPI.

## 4.2 ANÁLISE DOS RELATÓRIOS DE ACOMPANHAMENTO DO CONTRATO

Após a análise de relatórios gerados por fiscalizações externas, a pesquisa abordará os relatórios elaborados de forma interna, através do acompanhamento do contrato de prestação de serviços ao SUS, realizado por comissão formalmente designada e por setores do HU-UFPI responsáveis por gerenciar o contrato.

### 4.2.1 Dos relatórios elaborados pela CAC

Na contratualização de resultados, além da fiscalização realizada pelo SUS e órgãos de controle, a Portaria nº 3.410/2013 exige a composição de uma Comissão de Acompanhamento dos Contratos dos Serviços de Saúde, que serão responsáveis pela fiscalização das contratualizações e seus anexos, bem como pela apuração de irregularidades contratuais.

A Comissão deve ser composta por, pelos menos, um representante do ente federativo contratante e um representante do hospital contratualizado, de acordo com determinação da Portaria de Consolidação GM/MS nº 02/17, Anexo 2 do XXIV, formando uma comissão mista, que contrinui para elaboração de relatórios imparciais e tecnicamente respaldados. Ademais o número de representantes deve ser condizente com a realidade de cada contrato firmado, levando-se em consideração as especificidades loco-regionais (BRASIL, 2017d).

É de suma importância que os membros da comissão possuam conhecimentos técnicos e sejam capacitados para o desenvolvimento das funções. A ausência de constituição ou inadequação de atuação da CAC, afeta o acompanhamento e avaliação dos resultados da prestação dos serviços de saúde, assim, como, compromete a transparência dos dados, dificultando as auditorias internas e externas.

A composição da CAC deve obedecer especificamente ao previsto na contratualização de resultados do hospital contratado. No caso do HU-UFPI, a CAC será instituída mediante ato

do contratante, com publicação no DOM-THE ou publicação equivalente, sendo que a composição mínima deve conter “02 (dois) representantes da FMS/Teresina, com os respectivos suplentes; e 02 (dois) representantes do HU-UFPI/EBSERH, com os respectivos suplentes” (BRASIL, 2017b, p. 12).

Conforme o serviço de contratualização hospitalar da EBSEH, a CAC foi estabelecida pela Portaria de Consolidação GM/MS nº 02, de 03 de outubro de 2017, com a função de monitorar a execução das metas pactuadas no âmbito do instrumento formal de contratualização estabelecido entre hospitais públicos e privados e a gestão do SUS (BRASIL, 2017c).

A ação de monitoramento e avaliação deverá viabilizar a emissão periódica de relatório ou nota técnica de avaliação, explicitando informações quanto à quantidade e qualidade dos serviços, eventuais falhas na prestação ou divergências no seu cumprimento (BRASIL, 2016b).

No caso específico do contrato firmado entre a FMS de Teresina e o HU-UFPI, gerido pela EBSEH, a periodicidade de reuniões da comissão é exercida de forma trimestral, podendo haver reuniões extraordinárias a qualquer tempo, mediante convocação, com a emissão de documentos e relatórios, conforme Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012<sup>a</sup>; BRASIL, 2017b).

A comissão terá como atribuição o acompanhamento do cumprimento das metas físicas e financeiras e os indicadores estabelecidos no denominado DD; avaliar a qualidade dos serviços prestados aos usuários; e propor readequações das metas quali-quantitativas, dos recursos financeiros e outras que se fizerem necessárias nas cláusulas contratuais, conforme a cláusula sétima do contrato de prestação de serviços firmado entre o HU-UFPI e o gestor local do SUS (BRASIL, 2017a).

De acordo com o serviço de contratualização hospitalar da EBSEH, compete a CAC o monitoramento e avaliação da execução das ações e serviços de saúde pactuados entre gestor e o hospital universitário, que deve atuar de maneira articulada com o Setor de Regulação e Avaliação em Saúde – SRAS, devendo cumprir, no mínimo, as seguintes atribuições:

1. Monitorar e avaliar o cumprimento das metas quantitativas e qualitativas constantes no DD, e manifestar-se formalmente quanto ao seu cumprimento;
2. Utilizar-se da informação de capacidade instalada e operacional do hospital no processo avaliativo de execução das metas;
3. Propor readequações das metas e indicadores pactuados, dos recursos financeiros e outras que se fizerem necessárias. (BRASIL, 2017, p. 12 e 13).

O HUF participante de contratualização deve estabelecer uma rotina de monitoramento e avaliação, independentes das ações desenvolvidas pela CAC, esses relatórios internos podem subsidiar a atuação do hospital na referida comissão.

O controle realizado pela CAC é exercido de forma *a posteriori*, ou seja, atua nos resultados obtidos pelo HUF e seus indicadores, em um acompanhamento contínuo, com indicativo do alcance ou não das metas, apontando providências e redirecionamentos, com potencialidade de facilitar os processos negociais.

As decisões emitidas pela comissão possuem caráter consultivo e deliberativo, devendo ser observadas por ambas as partes, especialmente pelo gestor do SUS que possui função preponderante na relação contratual, uma vez que figura na relação como a parte contratante (BRASIL, 2017b).

De acordo com o §3º, cláusula sétima do contrato nº 175/2017, firmado entre o HUUFPI/EBSERH e a FMS/Teresina, a manifestação da CAC dar-se-á por meio de relatórios, com pareceres conclusivos e em conformidade com a metodologia prevista no contrato para análise de desempenho das metas quantitativas e qualitativas disposta no DD (BRASIL, 2017b).

Sempre que houver o não cumprimento das metas pactuadas, o HU-UFPI deverá apresentar justificativas, que posteriormente serão analisadas pela CAC, que, por sua vez, emitirá manifestação a respeito do descumprimento contratual ocorrido.

A publicação dos membros da comissão responsáveis pelo acompanhamento da contratualização do HU-UFPI foi alterada e atualizada pelo DOM-THE do dia 22 de fevereiro de 2019, contendo membros do contratante e do contratado, conforme estabelecido em contrato.

É com base nos relatórios gerados pela CAC que as dificuldades e os imprevistos que ocorrem no trajeto elaborado para a consecução dos resultados são evidenciados e esclarecidos, sem esse acompanhamento existiriam lacunas de conhecimento e as metas não poderão ser avaliadas.

De acordo com o relatório de auditoria nº 13753 do DENASUS (constatação nº 288843), a CAC responsável pelo acompanhamento da contratualização do HU-UFPI foi constituída em setembro de 2013, 10 (dez) meses após a assinatura do contrato. O Atraso no cumprimento das atribuições da comissão foi considerado pelos auditores como demasiado, uma vez que prejudica o bom andamento dos serviços de fiscalização.

#### 4.2.2 Dos relatórios internos elaborados pelo HU-UFPI

Além dos relatórios já mencionados, é de suma importância a análise de relatórios gerados pelo HU-UFPI em seu âmbito interno, com pareceres e observações da equipe responsável pelo acompanhamento das metas quantitativas de forma empírica, através do SRAS, que é responsável pela gestão da oferta de assistência à saúde, ambulatorial e hospitalar, processamento de informação assistencial, controle, monitoramento e avaliação das ações relacionadas à contratualização hospitalar com o gestor do SUS, bem como a relação do hospital com a Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2017b).

De acordo com o serviço de regulação do HU-UFPI, as atribuições do SRAS relativas à contratualização são o

monitoramento e avaliação de indicadores de desempenho da regulação assistencial e da contratualização hospitalar com o gestor do Sistema Único de Saúde - SUS; Monitoramento e avaliação das metas da contratualização hospitalar com o gestor do SUS, em consonância com as definições estabelecidas no âmbito da Comissão de Acompanhamento da Contratualização - CAC; Elaboração dos relatórios de acompanhamento das metas contratualizadas com o gestor do SUS e discussão junto à equipe de governança do hospital; Disponibilização de informações estratégicas para a tomada de decisão pela governança para as questões afetas à contratualização hospitalar; Implantação de Contratos Internos de Gestão conforme estabelecido na Política Nacional de Atenção Hospitalar - PNHOSP, com vistas ao cumprimento das metas contratualizadas com o gestor do SUS. (BRASIL, 2017b, p. 9).

Assim, a regulação assistencial inclui a racionalização e implementação dos dispositivos voltados à gestão hospitalar, com a análise contínua das metas contratualizadas com o gestor SUS e elaboração de relatórios de acompanhamento, que auxiliam o gerenciamento das informações e o processo de tomada de decisão dentro do hospital.

Os relatórios fazem parte do controle interno, que dão base as decisões do planejamento estratégico das metas de desempenho. Os relatórios de auto avaliação do HUUFPI assessoram os relatórios elaborados pela CAC, contribuindo com informações e dados necessários ao exame da contratualização e alcance dos percentuais estipulados para as metas quantitativas.

Para Attie (1992) o controle interno é um meio de se obter a informação para coordenar os planos e nortear a ação dos gestores, pois todas as decisões tomadas durante o planejamento ou as operações normais deveriam estar sujeitas ao controle. Já na visão de Cavalheiro (2003, p. 41), “controle interno é o conjunto de recursos, métodos e processos adotados pela própria

gerência do setor público, com a finalidade de comprovar fatos, impedir erros, fraudes e a ineficiência”.

Nesse sentido, o controle interno pode ser definido como o conjunto de normas, técnicas e instrumentos utilizados pelos gestores para assegurar que as ações de órgãos ocorram de acordo com o planejado, detectando as falhas ocorridas e buscando as correções possíveis para cada situação.

De acordo com Barin (2007) o processo de controle interno possui caráter preventivo e deve ser exercido de forma permanente, voltando-se para a correção de eventuais desvios em relação aos parâmetros estabelecidos, como instrumento auxiliar da gestão.

A opinião pública está cada vez mais consciente da necessidade do exercício da fiscalização sobre o uso do erário público, possibilitando uma razoável segurança de que os recursos estão sendo aplicados da maneira mais racional possível. No caso do controle interno, o acompanhamento faz com que as ações preventivas e corretivas sejam exercidas em tempo oportuno (BARIN, 2007).

Os relatórios elaborados pelo HU-UFPI embasam os relatórios elaborados pela CAC e podem auxiliar e acrescentar informações valiosas para delinear o quadro de cumprimento de metas quantitativas dentro do hospital, uma vez que a visão interna é, por vezes, mais detalhada, sendo elaborada de forma intrínseca aos serviços prestados.

Os resultados obtidos através desses relatórios não seriam, por se só, suficientes para uma visão ampla e verdadeira da situação estudada, mas combinados com os resultados obtidos através da análise dos demais relatórios far-se-á uma gama de informações suficientes para uma pesquisa aprofundada do tema.

## **5 LEVANTAMENTO E APRECIACÃO DAS INFORMAÇÕES TRAZIDAS PELOS RELATÓRIOS DE ACOMPANHAMENTO E FISCALIZAÇÃO**

As constatações abordadas neste capítulo são concernentes a análise dos instrumentos de contratualização de resultados do HU-UFPI e suas metas quantitativas, bem como das informações contidas nos relatórios de fiscalizações e acompanhamentos exercidos sobre essas contratações, no período de 2012 a 2018.

O estudo é realizado por intermédio do levantamento e apreciação do conteúdo dos relatórios, garantindo uma análise fundamentada da implantação e execução dos instrumentos de pactuação de metas do HU-UFPI. Os relatórios analisados fazem parte de auditorias realizadas pelo DENASUS e pelo TCU, bem como de rotinas de acompanhamento contratual.

A análise do desempenho da gestão do HU-UFPI iniciou com o surgimento de denúncias indicando ociosidade e/ou funcionamento precário de diversos setores e serviços. Para apuração dos fatos relatados nas denúncias, foi instaurado, em 2013, o Inquérito Civil Público nº 1.27.000.000905/2013-11, pelo MPF/PI, que, dentre outras medidas, solicitou à representação do DENASUS a realização de uma auditoria que abrangesse todos os serviços prestados pelo HU-UFPI na época, de forma sistemática e detalhada.

De acordo com o Portal da Transparência do MPF, o inquérito civil é instaurado quando o procurador tem indícios fortes de que um direito coletivo, social ou individual indisponível foi lesado ou sofre risco de lesão, podendo o fato narrado ensejar futura propositura de ação civil pública. A lesão pode ser relativa ao meio ambiente, saúde, patrimônio público, dentre outros (BRASIL, 2019b).

No tocante às auditorias DENASUS, no HU-UFPI, foram analisados 04 (quatro) relatórios, são eles: 13753, 14756, 16429 e 17905. A primeira auditoria examinada ocorreu no ano de 2013 e teve por objetivo verificar as condições da prestação de serviços ofertada pelo HU-UFPI, analisando de forma pormenorizada os processos envolvidos e as condições de funcionamento de diversos setores e serviços do hospital (BRASIL, 2014a).

O período de abrangência dos dados analisados na auditoria nº 13753 – DENASUS iniciou em novembro/2012 (mês de início das atividades do hospital) e findou em novembro/2013, sendo executada conforme Quadro 2

**Quadro 2** – Fases de Elaboração do Relatório da Auditoria DENASUS nº 13753

| Tipo                      | Início     | Término    |
|---------------------------|------------|------------|
| Análítica                 | 16/09/2013 | 20/09/2013 |
| Execução – <i>In loco</i> | 23/09/2013 | 11/10/2013 |
| Relatório                 | 14/10/2013 | 25/10/2013 |
| Execução – <i>In loco</i> | 04/11/2013 | 08/11/2013 |
| Relatório                 | 08/11/2013 | 13/11/2013 |

Fonte: BRASIL, 2014a, p. 03.

A Auditoria nº 13753 analisou documentos, dados e informações inerentes à vinculação do HU-UFPI com o SUS, como por exemplo: o contrato de prestação de serviços com o SUS; o Plano Operativo Assistencial - POA; o quantitativo de consultas, exames complementares e internações realizadas; o demonstrativo de valores recebidos do SUS em 2013, e os dados do hospital registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, bem como realizou visita às dependências do HU-UFPI.

O relatório demonstrou inúmeras falhas na execução do contrato firmado com o SUS, como o não cumprimento dos quantitativos estipulados na contratualização, a falta de habilitação de alguns serviços, a ausência de registro dos procedimentos nos sistemas informatizados competentes, o funcionamento de apenas alguns setores, dentre outros, relacionando os fatos à precipitação dos dirigentes em colocar o HU-UFPI para funcionar sem a estrutura necessária de equipamentos, materiais e pessoal, realizando, assim, recomendações ao órgão, com o intuito de adequar a prestação de serviços ao previsto na contratualização (BRASIL, 2014a).

As evidências levaram o órgão a uma fiscalização contínua da execução dos serviços, com a realização de novas auditorias. A segunda auditoria realizada pelo DENASUS, no HU-UFPI, aconteceu no ano de 2014 e deu base à petição inicial da ação civil pública ajuizada contra o hospital, em 2015 (Processo nº 1418314.2015.4.01.4000). A auditoria nº 14756 teve como objetivo verificar se a direção do HU-UFPI e a EBSERH implementaram as recomendações propostas no Relatório da Auditoria DENASUS nº 13753, bem como se cumpriram o cronograma de atividades pactuado com o MPF (BRASIL, 2015d).

A referida auditoria foi realizada seguindo as formalidades necessárias, de acordo com o calendário apresentado no Quadro 3.

**Quadro 03** – Fases de Elaboração do Relatório da Auditoria DENASUS nº 14756

| Tipo                      | Início     | Término    |
|---------------------------|------------|------------|
| Analítica                 | 18/08/2014 | 29/08/2014 |
| Execução – <i>In loco</i> | 08/09/2014 | 03/10/2014 |
| Relatório                 | 06/10/2014 | 24/10/2014 |

Fonte: BRASIL, 2015d, p. 03.

A Representação do DENASUS no Piauí, ao auditar o HU-UFPI pela segunda vez, atendeu a uma solicitação do MPF. Dentre os documentos analisados pelos auditores estavam os relatórios trimestrais emitidos pela CAC, a Ficha de Programação Orçamentária - FPO e os relatórios gerenciais emitidos pelo Sistema de Marcação de Consultas/Exames, que permitiram identificar os procedimentos agendados para o HU-UFPI nos meses de maio, junho e julho de 2014 (BRASIL, 2015d).

A citada auditoria concluiu que o HU-UFPI não cumpriu o Cronograma/Planejamento de Ações para Funcionamento pactuado em 7 de fevereiro de 2014, com o MPF, tendo em vista que muitos dos serviços constantes do cronograma estavam funcionando apenas parcialmente. O relatório evidenciou, ainda, a subutilização de leitos, fato ocasionado pelo perfil do hospital, que na época era similar ao dos hospitais da rede municipal de Teresina, ou seja, baixa e média complexidade (BRASIL, 2015d).

As auditorias foram realizadas paralelamente ao tramite da ação civil pública, que em 2016, após decisão liminar, determinou ao DENASUS a realização de mais uma auditoria no HU-UFPI, que deveria ocorrer a partir de abriu daquele ano. O relatório deveria pautar suas constatações em todos os atendimentos realizados pelo HU-UFPI, de forma real, transcendendo os atendimentos registrados nos sistemas informatizados (SIA e SIH) e abrangendo todos os serviços efetivamente prestados (BRASIL, 2016d).

A solicitação de uma análise efetiva veio da direção do HU-UFPI, entendendo que a análise da produtividade deveria pautar-se por todas as formas de produção, levando em consideração as circunstâncias havidas para o não registro da prestação de serviços nos sistemas competentes, estabelecendo a verdade dos fatos e não um retrato meramente formal do hospital auditado (BRASIL, 2016d).

Nesse contexto, conforme requisição da Justiça Federal de 1º Instância – Seção Judiciária do Piauí, a Auditoria nº 16429 foi realizada, tendo como objetivo verificar se a direção do HU-UFPI havia implementado as recomendações propostas pelo relatório

da auditoria anterior, utilizando, para tanto, a análise de documentos, dados e informações inerentes à vinculação do HU-UFPI com o SUS (BRASIL, 2016d).

Dentre as recomendações previstas no relatório, destacam-se: que os membros da CAC observem e respeitem as atribuições definidas no Contrato de Prestação de Serviços; que o HUUFPI não realize o agendamento de consultas médicas especializadas e exames complementares para os serviços privados de saúde, antes de esgotar sua capacidade; que seja realizado estudo que permita identificar e corrigir, se for o caso, os reais motivos do alto índice de absenteísmo dos pacientes com procedimentos agendados; solicita, ainda, providências no sentido de habilitar/credenciar junto ao SUS a totalidade dos serviços, cumprindo as metas estipuladas na contratualização de resultados; bem como que os leitos disponibilizados sejam efetivamente ocupados e os procedimentos apresentados pelo hospital auditado coincidam com os registros processados na produção ambulatorial no Sistema TABWIN/DATASUS/SIA/SUS.

A auditoria seguiu o calendário de operação mostrado no Quadro 4.

**Quadro 4** – Fases de Elaboração do Relatório da Auditoria DENASUS nº 16429

| Tipo                      | Início     | Término    |
|---------------------------|------------|------------|
| Analítica                 | 11/04/2016 | 22/04/2016 |
| Execução – <i>In loco</i> | 25/04/2016 | 06/05/2016 |
| Relatório                 | 01/08/2016 | 23/08/2016 |

Fonte: BRASIL, 2016d.

De acordo com o Relatório da Auditoria nº 16429, para execução da demanda solicitada, foram realizadas nas diferentes fases, a seguinte metodologia de atividades:

**Ações da Fase Analítica:**

- consulta ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, datado de 06/04/2016.
- Emissão dos Comunicados de Auditoria – CA nº 01 e 04/2016, com solicitação de documentos e informações à Secretaria Municipal de Saúde, no município de Teresina/PI.
- Emissão do Comunicado de Auditoria – CA nº 02/2016, com solicitação de documentos e informações à direção do Hospital Universitário, no município de Teresina/PI.
- Emissão do Comunicado de Auditoria – CA nº 03/2016, com solicitação de documentos e informações à Coordenação Geral da Central Estadual de Regulação de Internações Hospitalares – CERIH, no município de Teresina/PI.
- Análise da Ficha de Programação Orçamentária – FPO para identificar a quantidade física dos procedimentos ambulatoriais/hospitalares pactuados com o HU-UFPI nos meses de dezembro/2015 e janeiro/fevereiro/2016.
- Leitura da legislação pertinente.

Ações da Fase Operativa:

- Reunião com a à direção do Hospital Universitário com o objetivo de informar sobre o início dos trabalhos da Auditoria e sobre a metodologia a ser desenvolvida pela equipe.
- Visita *in loco* e vistoria das instalações do Hospital Universitário.
- Visita técnica na Secretaria Municipal de Saúde/PI e Central Estadual de Regulação de Internações Hospitalares – CERIH, no município de Teresina/PI.
- Análise da frequência de procedimentos ambulatoriais referentes aos meses de dezembro de 2015 e janeiro/fevereiro de 2016, extraída do TABWIN/DATASUS/SAI/SUS (BRASIL, 2016d, p. 3 e 4).

Com base nos documentos e nas ações empreendidas pela equipe do DENASUS, o novo relatório trouxe constatações importantes e fez um contraponto com relatórios anteriores, estabelecendo a evolução dos serviços prestados pelo HU-UFPI, bem como demonstrando suas falhas de execução. Uma dessas alegações diz respeito ao descumprimento, pela direção do HU-UFPI, de metas estipuladas no contrato firmado com a FMS de Teresina/PI (BRASIL, 2016d).

O mencionado descumprimento foi abordado de forma efetiva pela auditoria realizada em 2017, que atendeu a uma nova requisição da Justiça Federal de 1.<sup>a</sup> Instância - Seção Judiciária do Piauí. O quarto relatório DENASUS analisado, de nº 17905, surgiu na tentativa de aferir a produtividade do HU-UFPI.

De acordo com o relatório, a auditoria teve como ponto focal a verificação do cumprimento da contratualização de resultados e do DD firmado no ano de 2016, tendo suas atividades desenvolvidas no período de 06/11/2017 a 19/01/2018, seguindo todas as fases de elaboração, de acordo com o Quadro 5.

**Quadro 5** – Fases de Elaboração do Relatório da Auditoria DENASUS nº 17905

| Tipo                      | Início     | Término    |
|---------------------------|------------|------------|
| Analítica                 | 06/11/2017 | 17/11/2017 |
| Execução – <i>In loco</i> | 20/11/2017 | 02/12/2017 |
| Relatório                 | 11/12/2017 | 19/01/2018 |

Fonte: BRASIL, 2018e.

As metas analisadas no relatório são aquelas estipuladas no Documento Descritivo - Contratualização/SUS/HUPI/2016, com quantitativos mensais pactuados em novembro/2016, anexo ao Primeiro Termo Aditivo da Contratualização de Resultados do HU-UFPI, assinada em 2012.

Os contratos firmados entre a EBSEH/HU-UFPI e a FMS/Teresina foram os documentos utilizados como base pelas auditorias realizadas pelo DENASUS, uma vez que esses contratos estabeleceram a forma de repasse dos recursos financeiros do HU-UFPI e as metas de desempenho que o órgão deveria alcançar com os valores recebidos.

Outra auditoria contida na análise do presente capítulo trata-se da auditoria de natureza operacional realizada pelo TCU, em 2015, que teve como objetivo avaliar as ações da EBSEH voltadas para a melhoria da gestão e da infraestrutura dos HUSs (TC 032.519/2014-1). O relatório trouxe as constatações dos resultados positivos advindos da atuação da EBSEH no aprimoramento da gestão hospitalar e na prestação dos serviços de saúde ofertados, analisando, nesse contexto, o HU-UFPI e sua contratualização de resultados (BRASIL, 2015e).

A auditoria operacional contou com visita à 06 (seis) HUFs filiados à EBSEH e a realização de entrevistas semiestruturadas com os seus gestores, tendo o HU-UFPI sido o último hospital a ser visitado, no período de 02/06/2015 a 03/06/2015 (BRASIL, 2015e).

O relatório da citada auditoria teve caráter generalista e contemplou vários outros relatórios em seu teor. Um desses relatórios diz respeito à Representação formulada pelo MPF junto ao TCU (TC 013.318/2014-4), que aprecia a contratualização do HU-UFPI com o SUS, mediante o Acórdão 3.424/2015-TCU-1ª Câmara. O relatório foi apensado aos autos da ação civil pública ajuizada contra o HU-UFPI e também faz parte do rol de documentos analisados no capítulo em epígrafe (BRASIL, 2015c).

O relatório do *parquet* versa sobre a apreciação de possíveis irregularidades atinentes ao Contrato 01/2013, firmado em 08/04/2013, com o objetivo de contratar a EBSEH para administração do HU-UFPI, bem como de supostas irregularidades relativas à contratualização de resultados do HU-UFPI, contrato datado de 12/11/2012 (BRASIL, 2015c).

Com o intuito de deixar a análise ainda mais robusta, serão analisadas, em complementação aos elementos trazidos pelas auditorias externas, as informações contidas nos relatórios trimestrais de acompanhamento da CAC, dos anos de 2014 a 2018, bem como informações contidas nos relatórios internos que embasam aqueles.

Observou-se na leitura dos documentos, que foram identificados alguns problemas que possuíram maior ênfase no desenvolvimento das atividades pactuadas, bem como exerceram maior impacto sobre o alcance das metas estipuladas. Assim, para melhor compreensão dos dados extraídos dos relatórios, o presente capítulo será dividido em 12

(doze) subcapítulos, que abordarão os principais problemas encontrados na execução dos contratos de prestação de serviços de atenção à saúde do HU-UFPI.

## 5.1 DAS FORMALIDADES LEGAIS DA ASSINATURA DO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS.

Em relação à primeira contratualização de resultados, firmada em 2012, o relatório da auditoria nº 13753 - DENASUS descreveu algumas formalidades legais não observadas no ato da assinatura do contrato, como a falta de registro da EBSEH no CNES, requisito indispensável ao Estabelecimento de Saúde de qualquer natureza (público, privado com ou sem fins lucrativos) em funcionamento no Brasil, conforme estabelecem as Portarias/SAS/MS/Nº 511/2000 e 134/2011. Razão pela qual o relatório considerou que a empresa não preenchia os requisitos legais para firmar o contrato (BRASIL, 2014b).

Observou-se, ainda, o fato da EBSEH ter figurado como parte contratante antes mesmo de assumir oficialmente a administração do HU-UFPI, que somente ocorreu 05 (cinco) meses após a assinatura do instrumento contratual. De acordo com a Presidência da EBSEH, a empresa poderia realizar todos os atos administrativos necessários ao funcionamento do HUUFPI, uma vez que já havia celebrado o compromisso de gestão com a FUFPI, datado de 14 de agosto de 2012, dois meses antes da assinatura do contrato com o gestor do SUS (BRASIL, 2014a).

No entanto a justificativa não foi acatada pelos auditores, reafirmando a irregularidade na assinatura, já que somente através do Contrato nº 01/2013, firmado entre a FUFPI e a EBSEH, a empresa assumiu formalmente a administração do HU-UFPI (BRASIL, 2014a).

Em 2014, verificou-se que a EBSEH encontrava-se regularmente cadastrada no CNES como mantenedora do HU-UFPI, segundo consulta a base de dados do cadastro nacional realizada em 16/11/2014, estando assim regularizada a não conformidade registrada na auditoria nº 13753 (BRASIL, 2015d).

## 5.2 DOS RECURSOS FINANCEIROS REPASSADOS À EBSEH/HU-UFPI.

Um dos elementos contratuais mais discutidos e analisados nas auditorias DENASUS, diz respeito ao teto financeiro pago à EBSEH/HU-UFPI, definido na cláusula sexta do contrato de prestação de serviços ao SUS. De acordo com a Constatação nº 288839 da Auditoria nº 13753, os auditores alegam inexistência de critérios e parâmetros utilizados pela Secretaria Municipal de Saúde de Teresina - SMS e pela EBSEH para a definição do repasse mensal prefixado de R\$ 2.000.000,00 (dois milhões de reais) do FNS à EBSEH, na forma de orçamentação global mista (BRASIL, 2014a).

Para os auditores, sem FPO ou qualquer outro documento que comprove a série histórica de atendimentos/produção do hospital e sem quadro de funcionários não há fonte de registros que permitam identificar como o Gestor Municipal do SUS em Teresina e a direção da EBSEH definiram o valor constante da cláusula sexta do contrato firmado entre as partes em novembro de 2012 (BRASIL, 2014a).

Em defesa pautada no relatório (auditoria nº 13753), o HU-UFPI elencou os critérios utilizados para o dimensionamento dos serviços:

- (i) o perfil assistencial acordado em reuniões com a Secretaria Municipal de Saúde de Teresina com a Secretaria Estadual de Saúde do Piauí, realizadas no período de julho a novembro de 2012, abordando o papel do hospital na rede de atenção a saúde, a abrangência territorial e caracterização como componente hospitalar das redes temáticas prioritárias do SUS;
- (ii) a vocação direcionada a formação de profissionais de saúde, visto tratar-se de hospital universitário;
- (iii) e a capacidade instalada (BRASIL, 2014a, p. 11).

No tocante à capacidade instalada, o HU-UFPI justificou que

[..] foram utilizados os critérios e parâmetros definidos em portarias do Ministério da Saúde (MS), notadamente a Portaria GM/MS nº 1.101/2002 e aquelas que parametrizam as redes temáticas prioritárias. Em virtude da insuficiência dessa regulamentação para o dimensionamento da totalidade dos equipamentos disponíveis no hospital, adotou-se, ainda, referências do manual do respectivo fabricante e dados fornecidos pelo Hospital do Clínicas de Porto Alegre (HCPA), identificado como benchmark por esta Empresa (BRASIL, 2014a, p. 11).

Para projeção do cálculo das despesas do HU-UFPI, foi considerado, ainda, o dimensionamento dos serviços e a média de despesas de hospitais universitários com número

de leitos e perfil assistencial semelhante ao HU-UFPI, utilizando-se para tanto os dados contidos no Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal - SIAFI do ano de 2011 (BRASIL, 2014b).

Como já dito anteriormente, o HU-UFPI iniciou suas atividades em 9 de novembro de 2012, concomitantemente com a assinatura da primeira contratualização, que ocorreu em 12 de novembro de 2012, sendo perceptível a dificuldade enfrentada pelos responsáveis em planejar, estabelecer e mensurar as possíveis despesas de um hospital que necessitaria de totalaparelhagem para entrar em funcionamento e não dispunha de dados anteriores para projeção de custos, necessitando assim, realizar um pareamento com outros hospitais da rede.

Importante destacar que a modalidade de orçamentação global mista, prevista na contratualização do HU-UFPI, estava preconizada na Portaria GM/MS nº 1702, de 17 de agosto de 2004 (revogada pela Portaria GM/MS nº 3.410 de 30.12.2013), sendo composta por critérios que a direção do HU-UFPI considera preenchidos pelo hospital (BRASIL, 2014a).

Registra-se que os aspectos relativos à composição do financiamento do HU-UFPI, citados no relatório, foram discutidos e pactuados com o Ministério da Saúde, representado pela Direção do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle (DRAC), da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), com base na disposição do art. 40 do Decreto nº 7082/2010 (BRASIL, 2014a).

De acordo com a Presidente da EBSEH, para definição do valor pactuado de R\$ 2.000.000,00 (dois milhões de reais), o Ministério da Saúde levou em consideração sua disponibilidade orçamentária e financeira. Ainda, na justificativa da autoridade, a FPO e a memória de cálculo utilizada para a definição das metas dispostas no POA não integram o instrumento contratual, segundo as normas de contratualização de hospitais de ensino, anteriormente citadas (BRASIL, 2014a).

Os esclarecimentos trazidos pelo HU-UFPI não foram acatados pela equipe de auditores, que considerou os argumentos frágeis e baseados em critérios abstratos. Para eles, o HU-UFPI não contava com capacidade potencial instalada<sup>1</sup>, nem com série histórica que pudessem ser utilizadas como parâmetros para definição do volume de serviços a serem oferecidos à população (BRASIL, 2014a).

Para corroborar com a análise, os auditores elencaram um exemplo, que utilizou o Hospital Getúlio Vargas - HGV como equiparação.

Um exemplo que ilustra nossa afirmação é o caso do Hospital Getúlio Vargas, também sediado em Teresina. Enquanto o HU/PI, sem funcionar, foi contemplado com o Teto Financeiro mensal de R\$ 2 milhões de reais, já o Hospital Getúlio Vargas que chega a fazer uma média de 850 cirurgias/mês, algumas de alta complexidade como, por exemplo, na clínica Ortopédica, na Neurocirurgia, no Transplante Renal e Transplante de Córnea, é contemplado com um teto mensal de apenas R\$ 1,3 milhão de reais. A produção efetiva do HGV é bem superior ao teto fixado pela Gestão do SUS, chega a ultrapassar em média R\$ 500 mil reais/mês o teto fixado. Parece injusto quando se compara o perfil dos dois Hospitais (BRASIL, 2014a, p. 12).

De acordo com a Constatação nº 288840 da Auditoria nº 13753, “entre dezembro de 2012 e novembro de 2013, o SUS repassou ao HU/EBSERH o montante de R\$ 14,1 milhões de reais, dos quais R\$ 14 milhões creditados diretamente na conta da EBSEH em Brasília por autorização do Secretário Municipal de Saúde de Teresina” (BRASIL, 2014a, p. 13).

Tal repasse obedeceu ao regime de parcelas mensais no valor de R\$ 2.000.000,00 (dois milhões de reais), creditados pelo FNS. Com a contratação do novo estabelecimento de saúde o Teto Financeiro do Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar - MAC/Teresina foi onerado, conseqüentemente, após negociações, o Ministério da Saúde publicou a Portaria/GM/MS/Nº 477, de 26/03/13, acrescentando R\$ 24.000.000,00 (vinte e quatro milhões de reais) ao Limite Financeiro da MAC/Teresina (BRASIL, 2014b).

### 5.3 DA CONSTITUIÇÃO E FUNCIONAMENTO DA CAC

No exame da Auditoria nº 13753, outro ponto que merece destaque na pesquisa em comento diz respeito ao atraso na constituição da CAC, prevista na cláusula sétima do contrato firmado em 2012, que só ocorreu 10 (dez) meses após a assinatura contratual, em setembro de 2013, descumprindo o prazo estabelecido de até 30 (trinta) dias após a assinatura (BRASIL, 2014a).

Em justificativa apresentada pelo Secretário Municipal de Saúde de Teresina na época, o atraso foi atribuído a reorganização administrativa dos órgãos da administração de saúde municipal de Teresina, que ocasionou uma falta de definição de competência para expedição de atos administrativos nos diversos órgãos. Nesse diapasão, a comissão só veio a ser constituída após a criação da SMS/Teresina, em 22 de janeiro de 2013, e definição de sua competência (BRASIL, 2014a).

Os auditores mais uma vez não acataram a justificativa, argumentando que a SMS de Teresina foi criada oficialmente em janeiro de 2013, dois meses após a assinatura do Contrato, não se justificando o período de 10 (dez) meses sem o acompanhamento da contratualização (BRASIL, 2014a).

Na Auditoria nº 14476, o tema foi novamente analisado, sendo detectado pelo DENASUS que a CAC continuava sem cumprir suas atribuições (Constatação nº 348313). Em 16 de outubro de 2014, o Secretário Municipal de Saúde justificou, por intermédio de ofício<sup>1</sup>, que os relatórios trimestrais encontravam-se em fase de elaboração, tendo em vista que a comissão ainda não havia concluído a análise dos dois primeiros trimestres de 2014 (BRASIL, 2015d).

De acordo com o secretário, a CAC desde o início de suas atividades, em novembro de 2013, vinha se reunindo regularmente, discutindo amplamente todos os pontos relativos à pactuação, tendo concluído, em fevereiro de 2014, a elaboração do primeiro DD, convocando reuniões para orientação, ajuste e correção, quando necessário, no sentido de que fossem cumpridas as determinações oriundas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015d).

O DENASUS contesta a justificativa, baseado no fato de que não houve apresentação de relatório circunstanciado com o resultado do monitoramento, constando a apenas o demonstrativo de atas de reuniões realizadas entre a CAC e membros do HU-UFPI, tratando de temas diversos, sem, contudo, focar na avaliação contratual (BRASIL, 2015d).

A auditoria operacional do TCU em 2015 não apontou irregularidades no acompanhamento realizado pela CAC. No relatório foram identificados os HUFs que não possuíam CAC constituída e os que possuíam, porém sem o devido funcionamento, asseverando que o HU-UFPI cumpria regularmente a avaliação junto a CAC (BRASIL, 2015e).

#### 5.4 DA PRODUÇÃO DO HU-UFPI

Após a verificação dos elementos formais da contratualização de resultados de 2012 do HU-UFPI, o trabalho se concentrou na avaliação da produção do hospital, que é abordada

---

<sup>1</sup> Ofício 546/2014, enviado pelo Secretário Municipal de Saúde de Teresina, em resposta aos questionamentos da Auditoria nº 14.476.

em vários pontos do Relatório da Auditoria nº 13753, como na Constatação nº 289082, onde os auditores discorrem sobre o tema e asseveram que a produção do HU-UFPI é, “em onze meses de contrato com o SUS, inversamente proporcional aos valores recebidos do Fundo Nacional de Saúde, uma vez que a produção apresentou apenas 3,19% dos R\$ 14,1 milhões repassados pelo SUS” (BRASIL, 2014b, p. 16), segundo dados extraídos em 11 de novembro de 2013, do DATASUS (Sistema de Informações Ambulatorial e Hospitalar/SIA/SIH/SUS).

Para o Superintendente do HU-UFPI à época, o aspecto contábil trazido pelo relatório deve considerar o conjunto de despesas efetuadas para estruturação dos serviços, como a contratação da totalidade da força de trabalho, compra de equipamentos, materiais, medicamentos e produtos para a saúde, bem como para a manutenção do estabelecimento (BRASIL, 2014a).

Em análise os auditores esclarecem que o HU-UFPI é vinculado ao Ministério da Educação e não ao Ministério da Saúde, por conseguinte argumentam que não é de responsabilidade do SUS o custeio das despesas com reestruturação e modernização, nem as despesas com o funcionamento e a gestão do HU-UFPI. A competência do SUS se resume em remunerar o estabelecimento de saúde pelos serviços que a EBSEH se comprometeu a prestar aos usuários (BRASIL, 2014a).

A justificativa do Superintendente se baseou em dados extraídos do SIAFI, que demonstram que as despesas do HU-UFPI extrapolam o valor da contratualização, de forma que existe lucro por parte da EBSEH, como presumiram os auditores. O valor acordado com o Ministério da Saúde considerou-se adequado para custear a estruturação do hospital, por estar em processo de abertura dos serviços (BRASIL, 2014a).

No entanto, para os auditores, as despesas empenhadas estão bem acima das despesas efetivamente executadas, conforme mostrado na Tabela 3:

**TABELA 3** – Especificações das despesas no SIAFI 2014

| DESPESAS   | VALORES (fevereiro/13 a novembro/13) |
|------------|--------------------------------------|
| Empenhadas | R\$ 13,1 milhões de reais            |
| Liquidadas | R\$ 9,9 milhões de reais             |
| Pagas      | R\$ 3,2 milhões de reais             |

Fonte: Tabela elaborada pelo autor, 2019.

De acordo com a tabela 3, apenas uma pequena parcela das despesas, em 2014, foram efetivamente pagas, o restante estava apenas com reserva orçamentária, formalizada por ato da

autoridade competente, para a realização das despesas. O que demonstra o esforço do HU-UFPI para utilização dos recursos em sua totalidade, mas não comprova que o gasto realmente ocorreu.

Além da especificação das despesas, o então Presidente da EBSEH esclarece que o HU-UFPI não é remunerado pela produção de serviços. Assim, mesmo sendo válida a comparação entre valores repassados e produção de serviços, a contratualização não definiu valores vinculativos às metas alcançadas. Os percentuais mínimos a serem alcançados pelo HU-UFPI nas metas quantitativas, que na contratualização de 2012 era de 80% (oitenta por cento) não estava diretamente ligada à percepção do recurso financeiro (BRASIL, 2014b).

O teto financeiro do HU-UFPI segue o regramento da Portaria nº 477, de 26 de março de 2013, do Ministério da Saúde, que estabelece recursos do Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar a ser incorporado ao Limite Financeiro de Média e Alta Complexidade do Estado do Piauí e do Município de Teresina-PI (BRASIL, 2014a).

Considerando a inserção do HU-UFPI na rede de atenção à saúde do SUS do município de Teresina e do Estado do Piauí e, considerando a celebração da contratualização de resultados com o município, por meio da FMS, a referida portaria prevê em seu art. 1º o montante anual de R\$ 24.000.000,00 (vinte e quatro milhões de reais) a ser incorporado ao Limite Financeiro de Média e Alta Complexidade do Estado do Piauí e do Município de Teresina (PI) (BRASIL, 2014b).

Registra-se, ainda, que a forma de repasse de recursos ao HU-UFPI é sob orçamentação mista, e, conforme relatório elaborado pelo TCU está de acordo com a previsão trazida pela Portaria Interministerial nº 1.006 MEC/MS, de 27/05/2004, que contém modelo de Termo de Referência para Contratualização entre Hospitais de Ensino e Gestores de Saúde (BRASIL, 2015c).

No que se refere à produção, o relatório TCU verificou que os baixos percentuais podem ter sido ocasionados pela demora no registro dos serviços realizados, nos sistemas SIA/SIH/SUS, uma vez que o levantamento realizado pela Auditoria nº 13.753, do DENASUS, considerou apenas os procedimentos registrados, não tendo sido realizada análise de prontuários (BRASIL, 2015c).

Porém, o TCU alertou sobre a importância e exigência legal do registro dos serviços prestados, que deve ser realizado pela regulação do HU-UFPI, conforme item 22 do relatório.

Acrescenta-se que, de acordo com a Portaria Interministerial 1.006 MEC/MS, de 27/05/2004, a essência da contratualização envolve a pactuação e o cumprimento de metas quantitativas e qualitativas. Dessa forma, os serviços são prestados pelo hospital por meio de regulação, e os serviços ofertados devem sofrer adequação de acordo com as necessidades do gestor local do SUS e mesmo a abertura e a prestação de novos serviços devem ser previamente pactuadas com esse gestor. Assim, o compromisso do hospital passa pela manutenção da oferta dos serviços contratados, não se limitando aos atendimentos efetivamente prestados (BRASIL, 2015c, p. 5).

Assim, considera-se que a contratualização de resultados exige para sua completa execução, a manutenção da oferta dos serviços contratados, ensejando uma constante alimentação dos sistemas de informação assistenciais e hospitalares, bem como a formalização dos processos de readequação dos serviços, para que sempre estejam em conformidade com os valores percebidos.

Na auditoria DENASUS, de 2014, o levantamento realizado entre os meses de janeiro e setembro de 2014 demonstrou que a produção do HU-UFPI representou apenas 7,40% (sete vírgula quarenta por cento) do valor repassado pelo SUS, um aumento ainda pouco expressivo em comparação a 2013. O total da produção do estabelecimento de saúde em 09 (nove) meses foi de R\$ 1.332.494,34 (um milhão, trezentos e trinta e dois mil, quatrocentos e noventa e quatro reais, trinta e quatro centavos), um crescimento equivalente a 131,9% (cento e trinta e um vírgula nove por cento) se comparado ao percentual de 2013, conforme consultas à página do FNS e à base de dados do SIA/SIH/SUS, em 17/11/2014 (BRASIL, 2015d).

Ressaltasse que, de acordo com a direção do HU-UFPI, esse percentual deve levar em consideração que grande parte dos serviços realizados na ocasião pelo estabelecimento de saúde não foram contabilizados como produção, tendo em vista que ainda aguardavam habilitação, sendo prestados à população mesmo assim, demonstrando o compromisso de ofertar e realizar assistência aos usuários do SUS (BRASIL, 2015d).

Todo o recurso repassado pelo SUS ao HU-UFPI/EBSERH foi utilizado para custeio e despesas do HU-UFPI, não havendo alusão, pelo DENASUS, de uso indevido do repasse na auditoria de 2014. Entretanto a Constatação nº 348509 demonstrou que o HU-UFPI, após 02 (dois) anos de contratualização, continuava funcionando de forma precária, uma vez que determinados setores continuam sem funcionar, outros funcionam parcialmente, existindo ainda os que funcionam sem estar credenciados pelo SUS, demonstrando falta de planejamento e gerenciamento das atividades (BRASIL, 2015d).

O exame de valores empenhados também foi realizado no relatório TCU de 2015, conforme registros do SIAFI, em consulta na data de 03/12/2014. O relatório verificou que

houve um decréscimo dos valores empenhados no âmbito da Ação 20RX - Reestruturação e Modernização de Instituições Hospitalares Federais, comparando as despesas de 2013 às de 2014, conforme demonstrado na Tabela 4.

**Tabela 4** – Comparação dos valores empenhados nos anos de 2013 e 2014.

| Exercício | Valores Empenhados (R\$) |
|-----------|--------------------------|
| 2013      | 1.582.769,01             |
| 2014      | 419.002,91               |

Fonte: BRASIL, 2015d.

De acordo com a Tabela 4, os valores empenhados em 2013 configuram uma reserva orçamentária quase quatro vezes maior do que a observada em 2014, demonstrando que no ano de 2013 o HU-UFPI buscou estruturar suas instalações, para início da prestação de serviços, o que gerou um descompasso entre o volume de recursos utilizados e a contraprestação em serviços.

Para o TCU, a diferença entre os valores mostra-se compatível com os esforços empreendidos, em 2013, para estruturação do HU-UFPI, visto que o início do efetivo funcionamento demandou um grande volume de despesas com aquisição de insumos, equipamentos, contratação de serviços operacionais e de apoio inerentes a implantação dos serviços (BRASIL, 2015c).

Apesar da diminuição dos valores empenhados com o objetivo de estruturar o HUUFPI, o repasse permaneceu o mesmo, evidenciando que os valores com prestação de serviços estavam em crescente, fato que influenciou na manutenção do recebimento do valor mensal contratualizados recebido pelo HU-UFPI.

Apenas em 2017, através do Terceiro Termo Aditivo ao contrato de metas, o repasse pré-fixado mensal passou de R\$ 2.000.000,00 (dois milhões de reais) para R\$ 2.500.000,00 (dois milhões e quinhentos mil reais), o que comprova uma efetiva prestação de serviços por parte do HU-UFPI, uma vez que o acompanhamento das metas e valores repassados é realizado de forma constante.

## 5.5 DO CUMPRIMENTO DO CRONOGRAMA DE ATIVIDADES PREVISTO NO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

O início das atividades do HU-UFPI e implantação de seus serviços obedeceram a um cronograma de atividades preestabelecido no POA, parte integrante da Contratualização de resultados firmada em 2012, que contemplou a caracterização e dimensionamento dos serviços em duas etapas de execução.

A primeira fase deveria ser realizada entre dezembro/2012 e março/2013, já a segunda, estaria condicionada à realização, pela EBSEH, da seleção definitiva e posse de empregados para o HU-UFPI, com realização estimada para o período de março/2013 a dezembro/2013 (BRASIL, 2012a).

A estruturação dos serviços foi prevista para ocorrer de forma gradual, com o estabelecimento das especificações clínicas dos procedimentos e suas respectivas metas quantitativas, para cada etapa de execução, conforme previsto no item 1 do POA e discriminado na Tabela 5.

**Tabela 5 - Dimensionamento dos serviços para cada etapa de execução do cronograma**

| ESPECIFICAÇÃO                                 | PRIMEIRA ETAPA      | SEGUNDA ETAPA                           |                |
|---|---------------------|---|----------------|
| <b>Internação</b>                             |                     |   |                |
| Leitos Clínicos                               | 50 unidades         | 100 unidades<br>(clínicos e cirúrgicos) |                |
| Internações                                   | 211 internações/mês | 425 internações/mês                     |                |
| <b>Ambulatório</b>                            |                     |   |                |
| Consultórios                                  | 25 unidades         | 52 unidades                             |                |
| Consultas médicas                             | 8.154 exames/mês    | 16.307 exames/mês                       |                |
| Consultas outros profissionais nível superior | 600 exames/mês      | 600 exames/mês                          |                |
| Pequenas cirurgias                            | 40 exames/mês       | 40 exames/mês                           |                |
| Colposcopia                                   | 80 exames/mês       | 240 exames/mês                          |                |
| Histeroscopia                                 | 40 exames/mês       | 80 exames/mês                           |                |
| Estudo Urodinâmico                            | 104 exames/mês      | 104 exames/mês                          |                |
| Bucomaxilofacial                              | *                   | 1.024 exames/mês                        |                |
| <b>Imagem</b>                                 |                     |   |                |
| ESPECIFICAÇÃO                                 | QTD EQUIP.          | PRIMEIRA ETAPA                          | SEGUNDA ETAPA  |
| Mamografia                                    | 1                   | 563 exames/eqp                          | 563 exames/eqp |
| Tomografia                                    | 1                   | 563 exames/eqp                          | 563 exames/eqp |
| Desintometria óssea                           | 1                   | 563 exames/eqp                          | 563 exames/eqp |
| Raio X 800Ma                                  | 1                   | 845 exames/eqp                          | 845 exames/eqp |
| Raio X Serógrafo                              | 1                   | *                                       | 282 exames/eqp |

|                        |              |                |                |
|------------------------|--------------|----------------|----------------|
| Raio X Panorâmico      | 1            | *              | 282 exames/eqp |
| Ultrassom Convencional | 1 (1º etapa) | 211 exames/eqp | 422 exames/eqp |
|                        | 4 (2º etapa) |                |                |
| Ultrassom com Doppler  | 1            | 211 exames/eqp | 422 exames/eqp |
| Endoscópio Digestivo   | 2            | 422 exames     | 422 exames/eqp |
| Ressonância Magnética  | 1            | *              | 422 exames/eqp |
| Hemodinâmica           | 1            | *              | 220 exames/eqp |

---

**Laboratório**

|                   |               |               |               |
|-------------------|---------------|---------------|---------------|
| Anatomopatologia  |               |               |               |
| Citologia         | Não se aplica | 411 exames    | 411 exames    |
| Patologia Clínica |               | 34.296 exames | 34.296 exames |

---

**Métodos gráficos**

|                           |   |                 |                 |
|---------------------------|---|-----------------|-----------------|
| Eletrocardiograma (ECG)   | 5 | 704 exames/ eqp | 352 exames/ eqp |
| HOLTER                    | 6 | 20 exames/ eqp  | 20 exames/ eqp  |
| MAPA                      | 6 | 20 exames/ eqp  | 20 exames/ eqp  |
| Eletroencefalograma (EEG) | 1 | 220 exames/ eqp | 220 exames/ eqp |
| Teste Ergométrico         | 2 | *               | 880 exames/ eqp |
| ENMG                      | 1 | *               | 352 exames/ eqp |

Fonte: elaborada pelo autor, 2019.

\* Não está previsto na primeira etapa de execução.

Conforme demonstrado na Tabela 5, a previsão quantitativa dos procedimentos e serviços seria inicialmente menor na primeira etapa e sofreria um aumento quando do início da segunda etapa, tendo por base que os serviços já estariam implantados e em pleno funcionamento, no entanto alguns procedimentos estavam previsto para iniciar apenas na segunda etapa de execução, uma vez que estavam condicionados a alguma ação futura, como processos de aquisições ou contratações.

A análise da execução do cronograma fixado para o início das ações e serviços inerentes à primeira etapa de execução das metas estabelecidas no POA foi realizada pelo Relatório da Auditoria nº 13753 – DENASUS, que mencionou a falta de cumprimento de vários itens especificados (Constatações nº 289563 e nº 289568).

De acordo com a análise dos auditores DENASUS, em 2013, alguns serviços previstos para serem implementados nessa primeira etapa de execução não obedeceram ao pactuado, conforme levantamento realizado de forma pormenorizada dos itens previstos, que reuniu informações trazidas no Quadro 6.

**Quadro 6** - Análise do cumprimento da primeira etapa de execução da contratualização

| <b>Especificação</b>                                   | <b>Previsão POA (quantitativo)</b> | <b>Situação verificada durante a auditoria de 2013</b>  | <b>Justificativa HU-UFPI</b>   |
|--|------------------------------------|---|--|
| Leitos de internação clínica                           | 50 leitos                          | - A Visita <i>in loco</i> realizada em 23/09 constatou 09 leitos funcionando (Posto I). - A Visita <i>in loco</i> realizada em 07/11 constatou 41 leitos funcionando (abertura do Posto II) | A limitação de leitos visava aumentar as condições de segurança para a assistência dos pacientes internados.   |
| Endoscopia Digestiva Alta                              | 884 exames/mês                     | Ainda não implantado  | O funcionamento do serviço dependia de insumos específicos, e só foi implementado em 11/11/2013.   |
| Pequenas Cirurgias                                     | 40 cirurgias/mês                   | Ainda não implantado  | O funcionamento dependia de contratação de corpo clínico, que na época contava apenas com um cirurgião geral, no entanto, de acordo com o DENASUS, o funcionamento dependia da resolução de problemas elétricos na Central de Material de Esterilização. |
| Histeroscopia  | 40 exames/mês                      | Ainda não implantado  | Aparelho de Histeroscopia quebrado, procedimentos de aquisição de um novo equipamento ainda em fase de elaboração de Termo de Referência na época.   |
| <b>Apoio Diagnóstico (métodos gráficos por imagem)</b> |                                    |   |  |

|                           |                  |  |  |
|---------------------------|------------------|--|--|
| Eletrocardiograma (ECG)   | 3.520 exames/mês | A visita <i>in loco</i> realizada em 26/09/13, constatou a existência de 4 (quatro) aparelhos em condições de funcionamento e a presença de um Técnico em Enfermagem por aparelho, contudo, o serviço estava suspenso há 16 (dezesesseis) dias por problemas operacionais (falta de papel para registro do exame) e não por falta de profissionais como alegado pelo auditado. | - O desabastecimento de papel específico para o registro dos exames no aparelho foi causado por atraso na entrega. Mesmo tendo sido solicitado em tempo hábil a empresa fornecedora descumpriu o prazo de entrega.<br>- A oferta do exame também foi prejudicada pela falta de cardiologistas para elaboração dos laudos, naquela época o HU-UFPI contava com apenas um profissional. Uma nova contratação ocorreu apenas em 07/10/2013. |
| Eletroencefalograma (EEG) | 220 exames/mês   | O hospital dispõe de um aparelho Neurovirtual BWII EEG e seus acessórios, entretanto, os exames não estão sendo realizados por falta de neurologista habilitado para interpretação dos exames.   | O HU-UFPI após conhecimento do problema realizou convocação de neurologista habilitado.  |
| Mamografia                | 563 exames/mês   | O serviço não foi implantado   | Ocorrência de defeito no equipamento, havendo necessidade de adequações na parte elétrica do mesmo, impossibilitando seu funcionamento.  |
| Tomógrafo                 | 563 exames/mês   | Houve atrasos na realização dos exames com utilização de contrastes. No entanto, em visita <i>in loco</i> , foi constatado a instalação de bomba injetora, necessária para os exames com contraste.  | O atraso ocorreu em razão da falta de instalação da bomba injetora. Após a instalação os exames começaram a ser realizados em 02/10/2013.  |
| <b>Laboratório</b>        |                  |  |  |
| Anatomopatologia          | 441 exames/mês   | O serviço não foi implantado   | A não realização dos exames ocorreu em razão do atraso na chegada de insumos necessários, que na época encontrava-se em processo de aquisição.   |

Fonte: Planilha elaborada pelo autor, 2019.

Em suma, os maiores problemas enfrentados pelo HU-UFPI no cumprimento do cronograma e quantitativos estabelecidos, dizem respeito à ausência de profissionais com níveis de especialidade aprofundados, ausência de insumos específicos e equipamentos com defeitos ou quebrados.

Em justificativa apresentada ao TCU, por intermédio de ofício datado em 20/11/2014, o HU-UFPI discorre sobre as dificuldades enfrentadas na operacionalização dos prazos inicialmente previstos no POA de 2012.

Ressaltamos que o HUPI é uma instituição que iniciou atividades para sua estruturação de operações em 2012, tendo equipe de pessoal nova, e com pouca experiência dos processos operacionais de gerenciamento que uma instituição de saúde requer. Na prática tínhamos muitos profissionais com grande capacidade técnica para atendimento, mas com pouco conhecimento das normas regulamentares para se estabelecer a operação documental.

Desta forma, podemos entender que o Plano Operativo firmado em 2012 passou por problemas estruturais e recursos humanos na sua aplicabilidade, considerando a complexidade da estruturação e implantação dos serviços ofertados.

Após o processo de contratualização, a prática realizada para viabilizar a implantação dos serviços sofreu etapas e fatores externos alheios à vontade da equipe de governança do HUPI, interrompendo temporariamente a possibilidade de realização de atividades e/ou serviços (BRASIL, 2015c, p. 7 e 8).

Para o TCU, considerando a complexidade do processo de estruturação de um hospital, mostrou-se plausível as dificuldades proporcionadas pela inicialização das atividades do HUUFPI e o impacto causado por elas na produção do hospital. Por isso, a contratualização já havia trazido a previsão de uma abertura de serviços de forma progressiva, com cronograma estimado, visto que dependia de fatores como a posse de empregados (BRASIL, 2015c).

Por conseguinte, após a análise da execução da primeira fase de implantação, ocorreu o levantamento do cumprimento do cronograma fixado para início das ações e serviços inerentes à segunda etapa das metas fixadas no POA, que deveria contemplar a ampliação da oferta e oferecimento de novos serviços, onde, através de visita *in loco* realizada pelo DENASUS ao HUUFPI, constatou-se que a segunda etapa ainda não havia sido iniciada à época da elaboração do relatório da Auditoria nº 13753, estando em desacordo com o cronograma, conforme considerações trazidas pelo documento (BRASIL, 2014a).

No caso da internação, que previa a meta de disponibilização de 100 (cem) leitos clínicos e cirúrgicos, foi constatado, em setembro de 2013, a abertura apenas de leitos de

clínica médica (50 leitos) e com uma taxa de ocupação de somente 18% (dezoito por cento), ou seja, apenas 09 (nove) pacientes internados (BRASIL, 2014a).

De acordo com a direção do HU-UFPI, os leitos cirúrgicos entrariam em funcionamento após a instalação dos tanques de gases medicinais, ar comprimido e vácuo, estando as demais estruturas aptas para funcionamento. Por conseguinte, os gases medicinais foram licitados através de pregão eletrônico, com sua instalação concluída em 11/10/2013 (BRASIL, 2014a).

Ressalta-se que o POA prevê a caracterização do HU-UFPI como componente hospitalar da Rede de Atenção às Urgências, com foco nas linhas de cuidados do Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), sendo necessário, para tanto, o pleno funcionamento de todos os leitos (BRASIL, 2014a).

O relatório elaborado pelo DENASUS, em 2013, cita exames que não estavam atingindo as metas especificadas no POA para a segunda etapa.

Histeroscopia (exame da cavidade uterina através de endoscopia): previsto para oferecer 80 exames/mês, entretanto, o serviço ainda não foi implantado e não existe previsão para o início da oferta de exames. Apoio Diagnóstico (Métodos Gráficos/Imagem):

Teste Ergométrico: prevista a realização de 1.760 exames/mês. Constatou-se a existência de um aparelho de cicloergometria. Este procedimento não está sendo realizado por falta de um dispositivo do aparelho de ECG, que depende da empresa responsável pela instalação do equipamento. Sem previsão para início de funcionamento.

Eletroneuromiografia/ENMG (exame realizado para avaliação dos nervos e músculos): previsto no Plano Operativo para realização de 352 exames/mês. Não entrou em funcionamento e não existe previsão de início da oferta (BRASIL, 2014a, p. 37 e 38).

Nota-se que a oferta do exame de histeroscopia estava prevista para ocorrer na primeira etapa de execução, no entanto observou-se que, em janeiro de 2014, o HU-UFPI ainda não possuía previsão para início da disponibilização do serviço. De acordo com o HU-UFPI, o aparelho de histeroscopia foi disponibilizado, na época da sua reforma, para o HGV, hospital escola da UFPI naquele período, e, que ao ser solicitado, em novembro de 2012, foi informado que o mesmo estaria quebrado. Após o episódio houve a abertura de licitação para nova aquisição, com contrato assinado em 11/10/2013, todavia com entrega ainda não realizada na época da auditoria citada (BRASIL, 2014a).

Para os auditores, o cronograma de oferta de serviços e exames pactuada com o SUS, através do plano operativo, encontrava-se bastante atrasado, com dano social irreparável para

os usuários do SUS. Ao justificarem-se, os dirigentes afirmam a falta de omissão e pontuaram questões que fogem à governabilidade do gestor da instituição, como por exemplo, a não aprovação de candidatos em concurso, a falta de habilitação de funcionários recém-contratados em determinados procedimentos, dentre outros casos que corroboraram com o atraso do cronograma (BRASIL, 2014a).

O não cumprimento do cronograma é reconhecido pelo auditado, que traz justificativas administrativas para a falta de realização dos exames e atingimento das metas. No entanto as justificativas apresentadas não afastaram as alegações, conforme análise dos auditores DENASUS

Tudo isso é compreensível, contudo, o Presidente da EBSEH e o Presidente da Fundação Municipal de Saúde de Teresina não consideraram essas hipóteses quando da assinatura do Contrato de Prestação de Serviços com o SUS, se comprometendo a oferecer aos pacientes do SUS procedimentos que dependeriam de futuro concurso para contratação de profissionais. Ou seja, quando da assinatura do Contrato de compra e venda de ações e serviços ambulatoriais e hospitalares prestados aos usuários do SUS os dois Dirigentes se sustentaram em CAPACIDADE INSTALADA ABSTRATA/INEXISTENTE para definir o Teto Financeiro de R\$ 2 milhões de reais/mês (BRASIL, 2014a, p. 40).

Baseando-se em informações constantes dos relatórios da CAC, o TCU analisou os quadros demonstrativos de oferta, agendamentos e atendimentos, no período de janeiro a dezembro/2013, e constatou que de fato diversos itens previstos no POA foram ofertados em menor quantidade do que o previsto ou não foram ofertados, ocorrendo por razões diversas, especialmente por problemas estruturais, de equipamentos, falta de pessoal ou falta de insumo (BRASIL, 2015c).

Ainda de acordo com o TCU, algumas metas foram superadas, como, por exemplo, as consultas de outros profissionais de nível superior e, em 2012, alguns procedimentos foram ofertados sem cobertura financeira, quais sejam, consultas médicas especializadas, urofluxometria, estudo urodinâmico, retinografia e casulotomiayag laser (BRASIL, 2015c).

Em sua conclusão sobre o descumprimento do cronograma inicialmente estimado no POA, de 2012, o TCU reconhece as dificuldades enfrentadas pelo HU-UFPI e acata suas justificativas, dissertando sobre os desafios da construção do POA, que utilizou como alicerce apenas parâmetros, como os manuais de equipamentos, os dados do Hospital das Clínicas de Porto Alegre (HCPA), os quantitativos de recursos humanos aprovados, mas ainda não contratados; considerando, ainda, a necessidade de estruturação do hospital, com todos os obstáculos inerentes a um processo dessa natureza (BRASIL, 2015c).

Em 2014, as constatações sobre o cumprimento das etapas do POA foram abordadas novamente pelo DENASUS, visto que a direção do HU-UFPI e a EBSEH, firmaram com o MPF o compromisso de implementar, até julho de 2014, as atividades e ações não implementadas em 2013, com a apresentação um novo cronograma para funcionamento do HU-UFPI, descrevendo o período e o prazo de início e implantação das atividades, tanto administrativas como assistenciais (BRASIL, 2015d).

Com base nas informações contidas nos relatórios das auditorias realizadas pelo DENASUS, o Quadro 7 buscou demonstrar as situações de execução empreendidas nos anos de 2014 e 2015, no que tange ao cumprimento do novo cronograma pactuado com o MPF, verifica-se a adição de uma coluna sobre as justificativas do HU-UFPI, em 2014, em razão do não funcionamento de vários serviços naquele ano.

**Quadro 7 -** Análise do cumprimento do novo cronograma pactuado em 2014 para as atividades ainda não implementadas.

| <b>Especificação</b>                 | <b>Previsão de início das atividades</b> | <b>Situação verificada durante a auditoria de 2014</b> | <b>Justificativa HU-UFPI (2014)</b>   | <b>Situação verificada durante a auditoria de 2015</b>                      |
|--------------------------------------|--|--|---|---|
| Serviço de Eletroencefalograma (EEG) | JAN/2014                                 | Sem funcionamento                                      | Nova previsão de inicialização é out/2014 - necessidade de contratação de profissional neurologista habilitado para interpretação dos exames realizada. - troca do equipamento, devido a problemas técnicos do anterior, sendo necessário um novo treinamento da equipe.<br>- Nesse período de tempo o EEG estava sendo realizado no Hospital São Marcos, por meio de Contrato celebrado em 30/04/14, com validade de 12 meses. | Entrou em funcionamento em junho/2015, com realização de 10 exames por dia. |

|                                 |          |                                       |  |   |
|---------------------------------|----------|---------------------------------------|--|---|
| Serviço de mamografia           | ABR/2014 | Sem funcionamento                     | O serviço já foi inscrito no Sistema de Informações do Câncer de Mama – SISCAM e a equipe interna está em treinamento para a execução dos exames no Sistema.   | Entrou em funcionamento no mês de abril/2015.<br>- enfrentou problemas de operacionalização, em decorrência da falta de filmes, que estava em fase de licitação na época. |
| Laboratório de anatomopatologia | JAN/2014 | Sem funcionamento                     | Sem funcionamento por falta de insumos e instalação de equipamentos.<br>- foram realizados 03 pregões para a aquisição de insumos e equipamentos, contudo 26 itens tiveram resultados cancelados ou desertos. Como são itens de baixo custo e suas compras já fracassaram em 02 pregões, foi realizada compra por meio de suprimentos de fundos, dentro dos ditames da legislação, programada para jan/15.<br>- Serviço prestado pelo hospital São Marcos através de Contrato celebrado em 30/04/14, com vigência de 12 meses.<br>- Nova previsão para operacionalização no mês de nov/2014. | Entrou em funcionamento em fevereiro/2015, atendendo demanda tanto de pacientes internos como de pacientes externos.  |
| Serviço de pequenas cirurgias   | JAN/2014 | Começou a funcionar em fevereiro/2014 | Conforme   | Conforme  |

|  |          |   |   |  |
|--|----------|---|---|--|
| Laboratório de Análises Clínicas             | JAN/2014 | Ainda não estava funcionando na sua integralidade.  | <p>Segundo a chefia da Unidade de Análises Clínicas, o laboratório continua com dificuldades como: falta de instalação de equipamentos, adequação de ambientes físicos, não realização de exames microbiológicos por falta de insumos, falta de um sistema automatizado (módulo laboratório do AGHU), gerando problemas relacionados à memória SISAUD/SUS.</p> <p>- Em complementação aos testes oferecidos pela unidade foi celebrado, em 14/04/14, contrato com a Empresa Med Imagem S/C.</p> | Funcionando em sua integralidade, exceto o Serviço de Microbiologia, que se encontrava em processo de implementação. O sistema está automatizado com a implantação do módulo laboratório do AGHU, ou seja, todos os exames são informatizados. |
| Serviço de histeroscopia diagnóstica         | JUL/2014 | Começou a funcionar em set/14, com um procedimento por dia. Sem agendamento no Sistema Gestor, em razão do material utilizado para esterilização depender da liberação da Vigilância Sanitária. | -   | -  |
| Serviço de endoscopia digestiva alta e baixa | JAN/2014 | Em funcionamento de segunda a sábado, em dois turnos, com entrega do resultado é imediata à sua realização.   | -   | -  |

|                                    |          |                                   |   |  |
|------------------------------------|----------|-----------------------------------|---|--|
| Serviço de Eletrocardiograma (ECG) | JAN/2014 | Em funcionamento                  | Funciona nos dois turnos, de segunda a sábado. Conta com cinco aparelhos, no entanto, por falta de demanda, apenas três estão em operacionalização.   | O Serviço ficou parado durante um período de seis meses. Segundo informação da direção do HU, por falta de insumos (papel para emissão dos laudos), que se encontrava-se em fase de licitação. |
| Eletroneuro-miografia (ENMG)       | -        | Funcionando de forma terceirizada | Em razão de não haver profissional especializado, esse serviço está sendo realizado apenas em pacientes internados, através de contrato firmado com o Hospital São Marcos, em 30/04/14, com validade de 12 meses. | Continuava sendo prestado pelo Hospital São Marcos, de forma terceirizada.   |

Fonte: Tabela elaborada pelo autor, 2019.

Diante dos elementos trazidos pelo Quadro 7 e de acordo com a constatação nº 348729 da auditoria nº 14756 - DENASUS, restou evidente que a EBSEH/HU-UFPI não cumpriu em sua integralidade o cronograma fixado, no entanto, é notória a evolução demonstrada entre os anos de 2014 e 2015, vislumbrando a abertura de serviços antes sem funcionamento, resultado de processos de aquisições e contratações finalizados.

Em análise é possível perceber que algumas circunstâncias fogem ao gerenciamento do HU-UFPI, como os fatores externos alheios a sua vontade que acabaram por atrasar o planejamento inicialmente realizado pela equipe de trabalho (BRASIL, 2015d).

No relatório referente à representação ao TCU, pelo MPF, observou-se a evolução da estruturação do HU-UFPI, corroborando com a tese de que as dificuldades inerentes ao início do funcionamento do hospital foram a causa do não cumprimento de forma rigorosa dos serviços pactuados nos cronogramas estipulados pela contratualização (BRASIL, 2015c).

A execução do cronograma firmado em 07/02/2014 com o MPF, também foi analisada pela auditoria operacional do TCU realizada em 2015. O relatório buscou informações acerca do estágio de cumprimento das ações elencadas no cronograma, sendo informado que “dos serviços ambulatoriais a que o hospital se comprometeu a oferecer,

apenas dois não estão em plena atividade, quais sejam: diagnóstico em ressonância e diagnóstico em especialidade hemodinâmica” (BRASIL, 2015e, p. 22).

No tocante as terceirizações de exames, ainda verificadas no Quadro 7, existem situações que justificam sua utilização, na intenção de onerar menos o serviço público, como o caso de exames pouco frequentes na rotina hospitalar, que possuem um custo elevado, além de necessitarem de estrutura e mão de obra especializada, estes não podem deixar de ser ofertados, por serem exames importantes para o diagnóstico de doença graves, no entanto, o custo diminui quando são contratados com outras instituições (BRASIL, 2014a).

Em observância às fases de implantação e readequação dos serviços, uma nova pactuação para adequação das metas, em aditamento ao contrato celebrado em novembro de 2012, ocorreu apenas em setembro de 2014, no qual representantes do HU-UFPI/EBSERH e da SMS/Teresina assinaram um Termo que foi denominado de “Documento Descritivo”, em substituição ao POA (Constatação nº 348372 do Relatório nº 14756 - DENASUS), contendo

- a descrição da estrutura física, tecnológica e recursos humanos;
- as ações e serviços de saúde que serão prestados pelo HU/PI, nas áreas de assistência, gestão, ensino e pesquisa;
- as metas quantitativas e qualitativas das ações e dos serviços de saúde contratualizados, em consonância com o plano de implantação e com o dimensionamento de sua capacidade operacional;
- os indicadores de monitoramento e avaliação das metas de desempenho organizacional; e
- os valores financeiros, e respectivas fontes, envolvidos na presente Contratualização. (BRASIL, 2015d, p. 7).

O DD não alterou o teto financeiro repassado ao HU-UFPI, que continuou com o valor mensal de dois milhões de reais em 2014, mesmo com o aumento nas linhas de cuidado das ações e serviços disponibilizados (BRASIL, 2015d).

As novas metas previstas no Documento Descritivo – Contratualização SUS/HUPI/2014 forma discutidas e pactuadas no âmbito da CAC, em reuniões registradas em atas, seguindo as orientações dos Ministérios da Saúde e da Educação, promovendo os ajustes necessários nas metas para regularização da situação, conforme consta no relatório elaborado pelo TCU (BRASIL, 2015c).

## 5.6 DA UNIDADE DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO

Em uma análise específica dos setores do HU-UFPI, o DENASUS examina a produção da Unidade de Abastecimento Farmacêutico - UAF, que, conforme levantamento dos auditores, funcionou todo o primeiro semestre de 2013 com índice médio de desabastecimento em torno de 80% (oitenta por cento) do estoque de medicamentos, material médico hospitalar e material de laboratório, conforme trecho do relatório:

Em 31 de janeiro de 2013 a Unidade de Abastecimento Farmacêutico/UAF movimentava 391 itens de medicamentos, 289 itens de material médico hospitalar e 85 itens de material de laboratório. Naquela data, dos 391 itens de medicamentos, 295 estavam com saldo ZERO<sup>2</sup>, o equivalente a 75,4%. Dos 289 itens de material médico hospitalar, 240 apresentavam saldo ZERO, correspondente a 83,0%, enquanto que dos 85 itens de material de laboratório, 55 itens estavam com saldo ZERO, equivalente a 64,7%.

Em 31 de maio a posição dos estoques era mais crítica ainda, pois 93,3% dos medicamentos movimentados apresentavam saldo ZERO, enquanto que 91,0% dos materiais médico hospitalares também estavam ZERADOS. Já nos materiais de laboratórios o percentual de itens ZERADOS representava 71,7% dos 85 itens movimentados.

Em 30 de junho a posição dos estoques era a seguinte: 63,9% dos medicamentos estavam com saldo ZERO; 66,4% dos materiais médico hospitalar estavam ZERADOS, enquanto que 95,2% dos materiais de laboratórios apresentavam saldo ZERO em 30/06/2013.

Finalmente, em 31 de julho, 66,4% dos medicamentos estavam em falta, da mesma forma 84,4% dos materiais médicos hospitalares, enquanto que estavam em falta 90,5% dos materiais de laboratório. (BRASIL, 2014a. p. 19).

Na visão dos auditores, o índice de desabastecimento dos estoques na unidade reflete a falta de planejamento e a desorganização gerencial, demonstrando que o HU-UFPI entrou em funcionamento sem que reunisse as condições administrativas e estruturais necessárias para tanto (BRASIL, 2014a).

Em justificativa, o Superintendente do HU-UFPI ponderou que nas datas entre novembro de 2012 e junho de 2013, foram realizados apenas atendimento ambulatorial (consultas de profissionais médicos, não médicos e exames complementares), portanto não havia necessidade de um grande percentual de medicamentos e produtos para a saúde em estoque, visto que poderia ocorrer o vencimento dos mesmos (BRASIL, 2014a).

---

<sup>2</sup> Grifos do autor (BRASIL, 2014b).

Após esse período, o HU-UFPI passou a funcionar como retaguarda do Hospital de Urgência de Teresina - HUT, com isso realizou pregões de aquisição e empréstimos de medicamentos e insumos. Além disso, para o Superintendente, a lista de medicamentos e materiais citados na nota técnica não refletem a realidade dos estoques do HU-UFPI nas datas avaliadas, no entanto, os auditores afirmaram que não enviaram listas com nenhuma especificação; a solicitação continha apenas o pedido dos quantitativos existentes no HU-UFPI e os dados basearam-se em planilhas fornecidas pela UAF do hospital auditado (BRASIL, 2014b).

O acompanhamento do estoque da UAF foi realizado também na Auditoria nº 14756, do DENASUS, na qual verificou-se que o nível de desabastecimento da unidade, no período entre janeiro e setembro de 2014, foi em média de 28%, tendo por base os 993 itens movimentados. Comparando com os níveis encontrados em 2013, houve melhoria no estoque, e, após verificação *in loco*, foi constatado que nenhum dos setores visitados pela equipe reclamou de falta de medicamento, demonstrando evolução e aprendizagem (BRASIL, 2015d).

## 5.7 DO LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Seguindo a análise específica da efetivação das metas quantitativas, o DENASUS examinou a produção do Laboratório de Análises Clínicas – LAC, do HU-UFPI, que, de acordo com a Constatação nº 289572, da auditoria nº 13753, não havia atingido em janeiro/2014 o pactuado na primeira etapa do POA, funcionando com baixa resolutividade e enfrentando dificuldades para o pleno funcionamento (BRASIL, 2014b).

A meta pactuada para exames laboratoriais era de 34.296 exames/mês. De acordo com o relatório, no mês de julho/2013 (quarto mês da segunda etapa do POA), foram realizados apenas 2.562 exames, correspondente a 7,5% (sete e meio por cento) da meta, sendo julho, o mês com maior número de exames realizado (BRASIL, 2014b).

Para melhor esclarecimento dos percentuais de consecução, com base nos dados extraídos do Mapa de Acompanhamento do Quantitativo de Exames Laboratoriais, fornecido pelo SRAS, do HU-UFPI, a Tabela 6 demonstra os quantitativos de oferta, agendamento e

efetiva realização dos exames pactuados na contratualização de resultados do HU-UFPI, sendo divididos por área, em amostragem referente ao período de 23 a 28 de setembro.

**Tabela 06** - Quantitativos de oferta, agendamento e realização de exames – 2013

| ESPECIALIDADE | QUANT. OFERTADA | QUANT. AGENDADA | QUANT. EFETIVAMENTE REALIZADA | PERCENTUAL DE ATINGIMENTO |
|---------------|-----------------|-----------------|-------------------------------|---------------------------|
| Hematologia   | 3.320           | 82              | 72                            | 1,7%                      |
| Coagulação    | 1.200           | 13              | 12                            | 1,0%                      |
| Bioquímica    | 9.660           | 560             | 501                           | 5,2%                      |
| Eletrólitos   | 1.800           | 90              | 81                            | 4,5%                      |

Fonte: BRASIL, 2014a.

Através da análise dos dados é notória a discrepância existente entre os quantitativos de exames ofertados e os respectivos agendamentos, impactando de forma decisiva nos percentuais de atingimento das metas pactuadas com o SUS. O sistema de marcação demonstrou uma falha gravíssima, ao deixar se perder tantos atendimentos. O agendamento depende de uma série de requisitos, que devem ser estudados à exaustão pelo Gestor do SUS para realização de modificações necessárias, com o intuito de oferecer uma melhor prestação de serviços.

Em relação aos percentuais de exames efetivamente prestados, de acordo com o levantamento realizado pelos auditores e segundo a chefia da UAC, em 2013, as dificuldades enfrentadas pelo laboratório giram em torno da falta de equipamentos, pessoal e material de consumo, sendo que o problema mais sério relatado diz respeito à falta de um sistema automatizado (módulo laboratório do AGHU - Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários), gerando problemas relacionados à memória de dados (BRASIL, 2014a).

Na ausência do sistema automatizado, os exames foram digitados por funcionários em aplicativos do WORD, levando à insegurança dos dados, além da grande dificuldade de contabilização dos exames realizados, relata a chefia da UAC, do HU-UFPI, que na época aguardou a implantação do módulo do AGHU, sistema desenvolvido pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre, que teve sua implantação definida por um cronograma gradual nos diversos hospitais da rede federal, definido pela Diretoria de Gestão de Processos e Tecnologia da Informação da EBSEH matriz (BRASIL, 2014a).

A justificativa da direção do HU-UFPI para os baixos percentuais de agendamento de

exames baseou-se no fato de que o HU-UFPI é “um hospital totalmente regulado, ou seja, sua produção depende da marcação realizada pela central de marcação de consultas e exames do SUS”, estando fora da sua competência o quantitativo de agendamento (BRASIL, 2014a, p. 41).

De acordo com a direção, no período analisado pela Auditoria 13753, a oferta do hospital era, em média, 94.296 exames/mês, portanto, acima do pactuado, e em relação às dificuldades enfrentadas pelo laboratório, estas são peculiares ao início de funcionamento de qualquer serviço de alta complexidade (BRASIL, 2014a).

As justificativas não foram acatadas, pois na visão dos auditores “não adianta o HU ofertar 76.770 exames/mês e não ter condições de realizá-los. Conforme constatado *in loco*, o volume de exames realizados no período auditado é insignificante, com percentuais irrisórios” (BRASIL, 2014a, p. 42).

Os estudos indicaram, ainda, uma quantidade expressiva de exames complementares e consultas especializadas com agendamentos suspensos no período auditado, a maioria por solicitação do HU-UFPI (Constatação nº 289577), registrando que a suspensão/cancelamento rotineira desses procedimentos prejudicou o funcionamento do fluxo da Central de Marcação do SUS, acarretando prejuízo ao erário, bem como causando grandes transtornos aos usuários do SUS referenciados para o HU-UFPI (BRASIL, 2014a).

## 5.8 DA OFERTA, AGENDAMENTO E REALIZAÇÃO DE CONSULTAS E EXAMES

No que tange à realização de consultas, vislumbrou-se em 2013 um baixo quantitativo mensal, muito inferior a meta estipulada na primeira contratualização de resultados. A análise realizou-se por intermédio de visita *in loco* do DENASUS ao ambulatório do HU-UFPI, dividido em setores, descritos no relatório como

- Setor 10: composto por 10 consultórios em atividade e é destinado às especialidades de Clínica Médica, Nefrologia, Urologia, Reumatologia, Dermatologia, Neurologia, Endocrinologia, Pneumologia, Hematologia, Geriatria e Cirurgia Geral.
- Setor 11: composto por 08 consultórios em atividade. Atende as especialidades de Gastroenterologia, Cardiologia, Psiquiatria, Psicologia e Programa de Controle do Tabagismo.

- Setor 14: composto por 05 consultórios em atividade. Atende a especialidade de Oftalmologia com consultas e exames de retinografia, mapeamento de retina e capsulotomia a yag laser.
- Setor 16: composto por 08 consultórios em atividade. Atende a especialidade Atenção à Saúde da Mulher (Ginecologia e Mastologia) (BRASIL, 2014a, p. 49).

A baixa resolutividade do ambulatório foi comprovada mediante análise da Planilha de Produção Ambulatorial de Frequência por Mês de Processamento por Procedimento, do período compreendido entre janeiro/2013 e agosto/2013, extraída do DATASUS/TABWIN/SIA/SUS, que demonstrou um índice bem abaixo do percentual mínimo de 80% (oitenta por cento) previsto na contratualização de 2012 (BRASIL, 2014a).

A auditoria realizada pelo DENASUS evidenciou que em algumas especialidades, o agendamento por parte do Gestor do SUS não atingiu 50% (cinquenta por cento) da oferta no trimestre analisado (julho, agosto e setembro de 2014), conforme demonstrativo trazido pela Tabela 7, com exemplos dos quantitativos do período e seus respectivos percentuais de efetivação da oferta (BRASIL, 2015d).

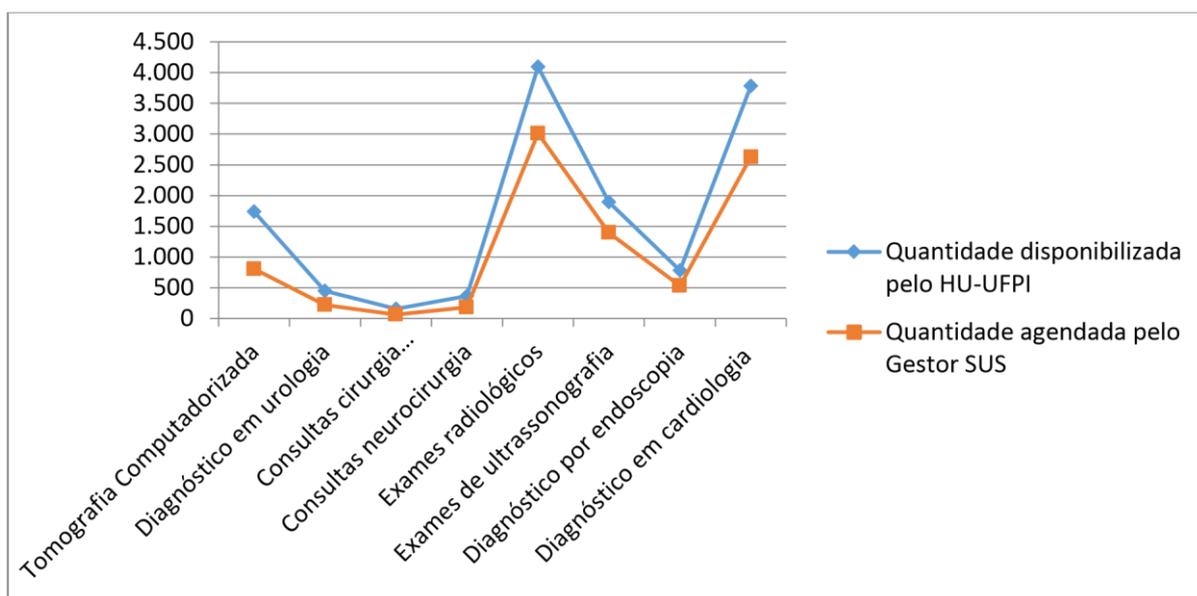
**Tabela 7** – Análise dos quantitativos de oferta e agendamentos em 2014

| Especialidade  | Quantidade disponibilizada pelo HU-UFPI | Quantidade agendada pelo Gestor SUS | Percentual de efetivação da oferta |
|--|---|-------------------------------------|------------------------------------|
| Tomografia Computadorizada   | 1.738 exames                            | 807 exames                          | 46%                                |
| Diagnóstico em urologia  | 448 consultas                           | 217 pacientes                       | 48%                                |
| Consultas médicas especializadas em cirurgia Cardiovascular                      | 156 consultas                           | 64 pacientes                        | 41%                                |
| Consultas médicas especializadas em neurocirurgia                                | 365 consultas                           | 180 consultas                       | 49%                                |
| Exames radiológicos  | 4.094 exames                            | 3.012 exames                        | 73%                                |
| Exames de ultrassonografia   | 1.896 exames                            | 1.394 exames                        | 73%                                |
| Diagnóstico por endoscopia   | 782 exames                              | 530 exames                          | 67%                                |
| Diagnóstico em cardiologia (eletrocardiograma, holter, mapa da pressão arterial) | 3.781 exames                            | 2.628 exames                        | 69%                                |

Fonte: BRASIL, 2015d.

Nesse diapasão, pode-se perceber que, de acordo com informações presentes nos relatórios a oferta é sempre superior ao agendamento, dados preocupantes, uma vez que a demanda por atendimento é enorme e exige rapidez. O que se verifica é a perda de vagas e o desperdício de tempo e dinheiro, que são mal administrados pelo Sistema Gestor do SUS, conforme progressão trazida pelo Gráfico 01.

**GRÁFICO 1** – Ofertas e agendamentos no HU-UFPI no terceiro trimestre de 2014.



Fonte: BRASIL, 2015d.

Conforme a primeira etapa de implantação dos serviços prevista no POA, a meta a ser cumprida em atendimento ambulatorial, pela EBSEERH, era de 8.154 consultas/mês e na segunda etapa 16.307 consultas/mês; no entanto a realidade se mostrou bem diferente, uma vez que em agosto/2013 (período de vigência da segunda etapa) foram realizadas apenas 4.350 consultas, correspondendo a apenas 26,7% (vinte e seis vírgula sete por cento), ou seja, o déficit de atendimento chegou a 73,3% (setenta e três vírgula três por cento) (BRASIL, 2014a).

Após análise dos percentuais, a direção do HU-UFPI, afirmou que entre janeiro e agosto de 2013 o hospital ofertou, em média, 8.498 consultas ao SUS, cumprindo, assim, a meta pactuada estabelecida no contrato celebrado entre FMS e EBSEERH, no entanto, esclareceu mais uma vez que o HU-UFPI somente pode receber pacientes referenciados, ou seja, agendados pela central de marcação do SUS (BRASIL, 2014a).

De acordo com o Manual de Orientação para os Profissionais HU-PI/EBSEERH

para ser atendido no HU o usuário deverá estar referenciado, ou seja, ter passado pela Unidade Básica de Saúde - UBS e fazer o agendamento direcionado para o HU.

Isso vale tanto para os pacientes que residem na capital (Teresina), quanto para os pacientes que moram nos municípios do interior do Piauí. Segundo o fluxo, o usuário é cadastrado no sistema AGHU. Após esse processo, o atendimento ambulatorial será prestado, podendo dar origem a novas consultas dentro do mês, fora do mês, obrigatoriamente será marcado na UBS de origem. O retorno do usuário é agendado no próprio HU, porém, concorrendo com os pacientes de primeira consulta. A marcação no Gestor Saúde nunca poderá ser feita para o mesmo dia, somente para o dia seguinte e nos casos de pacientes do interior, a validade será de 07 dias. (BRASIL, 2014a, p. 50).

Segundo a gestão, cabe ao HU-UFPI, apenas a oferta das consultas e exames, não estando na governabilidade da gestão do hospital o gerenciamento do quantitativo de consultas agendadas e os motivos do não agendamento, estando a cargo apenas da central de marcação de consultas do SUS (BRASIL, 2014a).

Entretanto, a justificativa da autoridade competente do HU-UFPI não foi acatada pelos auditores, que consideraram o baixo percentual de consultas realizadas, um indicativo de falta de gerenciamento adequado por parte do dirigente do HU-UFPI, conforme relatório da Auditoria nº 13753 do DENASUS (BRASIL, 2014b).

A diferença entre a quantidade de pacientes agendados para atendimento no ambulatório e a quantidade disponibilizada ao SUS pelo HU-UFPI persistiu no ano de 2014, constatando-se, através da planilha “Relatório de Análises de Dados” disponibilizada pelo HU-UFPI, que o número de pacientes agendados é sempre inferior ao número de consultas e exames oferecidos pelo hospital, apesar da fila de espera contar com quase 11.000 (onze mil) pacientes aguardando atendimento, de acordo com dados da SMS/Teresina (BRASIL, 2015d).

De acordo com o DENASUS, nenhuma das especialidades oferecidas pelo HU-UFPI nos meses analisados conseguiu atingir 100% (cem por cento) da oferta. E, em nota, o então Secretário Municipal de Saúde esclareceu que, em relação ao Item Acesso/Atendimento à demanda do Subgrupo Assistência Hospitalar/Ambulatorial, as escalas de horário para atendimento dos procedimentos são definidas pelo HU-UFPI, bem como os quantitativos para agendamento no próprio estabelecimento e nos demais que compõem a rede SUS (BRASIL, 2015d).

Assim, as ofertas de procedimentos destinadas ao hospital auditado são visualizadas e só podem ser agendadas no sistema exclusivamente por este, razão pela qual a equipe de regulação da Secretaria alegou estar realizando, em 2014, a transferência de parte das ofertas de vagas, que antes eram de visualização exclusiva do HU-UFPI, para disponibilização do agendamento em toda a Rede SUS, além de priorizar os agendamentos dos exames para o referido estabelecimento (BRASIL, 2015d).

No entanto, a direção do HU-UFPI ressaltou não possuir gestão sobre o sistema [gestorsaude.teresina.pi.gov.br](http://gestorsaude.teresina.pi.gov.br), sendo de responsabilidade da gestão municipal do SUS, disponibilizando, como prestador de serviço, 05 (cinco) pontos de marcação de consulta e exames laboratoriais, funcionando de segunda a sábado. Os argumentos apresentados pelo gestor máximo do HU-UFPI foram acatados pelos auditores no Relatório de 2014 (BRASIL, 2015d).

Em análise das justificativas, os auditores pontuaram no relatório que

os argumentos e os dados apresentados pelo Gestor Municipal do SUS em Teresina confirmam que o modelo de gestão e gerenciamento do Sistema de Marcação de Consultas Médicas Especializadas e de Exames Complementares é perverso com quem depende do Sistema Único de Saúde.

...

Os exemplos acima deixam evidente o grau de ineficiência e de falta de sensibilidade dos que ocupam os postos de Gestão e Gerência no âmbito do SUS. Enquanto pacientes morrem na fila de espera, o Hospital Universitário do Piauí fica ocioso porque os responsáveis pela Gestão do Sistema de Marcação de Consultas Médicas Especializadas e Exames Complementares não agendam pacientes para preencher a quantidade de consultas e exames oferecidos pelo HUPI ao Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2015, p. 12).

Em relação à marcação, durante auditoria realizada pelo DENASUS no ano de 2016, a direção do HU-UFPI informou que 100% (cem por cento) das consultas/exames são disponibilizadas ao Gestor Saúde, sendo 80% (oitenta por cento) visualizadas em todo o Estado e 20% (vinte por cento) visualizadas apenas pelo HU-UFPI (BRASIL, 2016d).

Em continuidade à análise dos percentuais de agendamento, após comparação da documentação disponibilizada pelo auditado e a FPO da SMS/Teresina, verificou-se que o número de pacientes agendados, no bimestre de janeiro e fevereiro de 2016, continuou inferior ao número de exames ofertados pelo HU-UFPI, em um cenário menos alarmante que o encontrado em 2014, no entanto, ainda não satisfatório (BRASIL, 2016d).

O tema também foi citado na auditoria operacional do TCU, que verificou a diferença existente no quantitativo da oferta de procedimentos pelo HU-UFPI e o que, de fato, era agendado pela SMS/Teresina. Para o órgão, após exame das planilhas demonstradas pelo HUUFPI, foi possível observar melhorias nas estatísticas de encaminhamento que, de acordo com o auditado, foi resultado de um melhor alinhamento de informações junto ao Gestor SUS, em que pese que para o TCU ainda houvesse margem significativa para evoluções (BRASIL, 2015e).

## 5.9 DAS DIVERGÊNCIAS ENTRE OS QUANTITATIVOS PACTUADOS E OS REGISTRADOS NA PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA FINANCEIRA

Outra evidência que impacta nas metas quantitativas e persiste no decorrer dos anos, diz respeito às divergências encontradas entre o quantitativo de procedimentos ambulatoriais pactuados nos DDs e o quantitativo de procedimentos aprovados pelo Gestor Municipal de Saúde, registrados nas FPOs, conforme informações levantadas pelos relatórios do DENASUS (BRASIL, 2016d).

Segundo o Manual da Programação Físico-Orçamentária Ambulatorial, a FPO utilizada em 2016 é um módulo do SIA/SUS, em que somente é facultado aos gestores efetivarem a programação dos estabelecimentos de saúde por procedimento, assim com só podem optar por um nível de apuração no estabelecimento, ou seja, grupo, subgrupo, forma de organização ou procedimento (BRASIL, 2016d).

De acordo com o disposto na Cláusula IV, inciso VI, do Contrato celebrado entre a FMS/Teresina e a EBSEH, em 12/11/2012, os quantitativos de procedimentos ambulatoriais pactuados no DD devem ser iguais aos quantitativos de procedimentos aprovado na FPO, corroborando com a confiabilidade da pactuação (BRASIL, 2016d).

No entanto, os quantitativos de procedimentos autorizados pelo Gestor SUS não condizem com as metas quantitativas pactuadas para o período, exceto dos procedimentos dos Sub-Grupos de Diagnóstico por Tomografia, Diagnóstico em Cardiologia e Diagnóstico por Endoscopia (BRASIL, 2016d).

As divergências impedem o cumprimento das metas pactuadas, visto que não vislumbram a realidade, a quantidade estipulada na contratualização deve ser a mesma aprovada na FPO. Tais divergências persistem com o passar dos anos, de acordo com a análise dos relatórios DENASUS, ora para mais, ora para menos, asseverando a instabilidade nos dados (BRASIL, 2018e).

No entanto em justificativa, o HU-UFPI afirmou ter solicitado por intermédio de ofício, a equiparação do quantitativo de procedimentos ambulatoriais pactuado no DD firmado em 28/11/2016, de acordo com a assinatura do Quarto Termo Aditivo ao Contrato, contendo o

quantitativo de procedimentos aprovados e registrados na FPO. A justificativa foi acatada pela equipe do DENASUS no âmbito da Auditoria nº 17905 (BRASIL, 2018e).

No que se refere à média de pacientes efetivamente atendidos em relação ao número de agendamentos, a análise de 2014 concluiu que o HU-UFPI atingiu a média de 100% (cem por cento) dos pacientes agendados em apenas 3% (três por cento) das especialidades ambulatoriais, sem alcançar a produção desejada e pactuada, conforme percentuais trazidos pela Auditoria nº 14756 (BRASIL, 2015d).

Para os auditores, os dados revelam a existência de índices de ociosidade representativos no ambulatório do HU-UFPI. Mesmo considerando as possíveis desistências de alguns pacientes, ainda é alto o percentual de não finalização do procedimento agendado, onde apenas nas especialidades de oftalmologia e urologia, além de exames de laboratório clínico, os atendimentos ultrapassam a faixa de 90% (noventa por cento) de efetiva prestação do serviço (BRASIL, 2015d).

A justificativa apresentada pela direção pontuou que o HU-UFPI enfrentou taxas de absenteísmos de pacientes (ausência de paciente com agendamento prévio) entre 20% (vinte por cento) e 30% (trinta por cento) em algumas especialidades, levantando a hipótese de usuários em vulnerabilidade social que dependiam de transportes sociais, bem como incompatibilidade com horários de trabalho, deslocamento ou até mesmo descuido com o horário e data da consulta, conforme exemplos de outras localidades descritos no corpo da auditoria (BRASIL, 2015).

Contudo é evidente que os motivos dos baixos índices de atendimentos devem considerar outras possíveis causas, antes de qualquer posicionamento, como: o não comparecimento ao trabalho do profissional que deveria atender os pacientes agendados; a falta de materiais e insumos para realização de exames; ou equipamentos médicos quebrados e/ou em manutenção. Essas hipóteses ocasionariam o não atendimento, mesmo com o comparecimento dos pacientes na data aprazada (BRASIL, 2015d).

De acordo com a auditoria operacional do TCU, quando o HU-UFPI foi questionado sobre os índices de absenteísmo de pacientes, o auditado respondeu que para redução dos índices foram realizadas reuniões de governança para discutir a divulgação, aos usuários do SUS, dos serviços ofertados pelo ambulatório do hospital. Nesse sentido, foi elaborada a Carta de Serviços ao Cidadão, tendo como propósito apresentar à população os serviços ofertados pelo HU-UFPI (BRASIL, 2015e).

Em 2015, os atendimentos relativos às especialidades ambulatoriais (consultas e exames) foram novamente analisados pelo órgão de fiscalização do SUS (Auditoria nº 16429), revelando que a média de pacientes atendidos continuou inferior ao número de pacientes agendados pelo Gestor SUS, atingindo porcentagens próximas a 100% (cem por cento), apenas no grupo de procedimentos diagnóstico por anatomia patológica e citopatológico e consulta de profissionais de nível superior (enfermeiro) (BRASIL, 2016d).

Os índices do período retrataram uma ociosidade representativa no ambulatório do HU-UFPI, que, mesmo considerando a possível desistência de alguns pacientes que estariam com consultas e exames agendados. Sendo que apenas nas especialidades de diagnóstico por radiologia, diagnóstico por tomografia, consultas médicas em cirurgia geral em reumatologia, os atendimentos ultrapassaram a faixa do percentual mínimo estabelecido na contratualização de 2012 (BRASIL, 2016d).

Por conseguinte, de acordo com análise do relatório da CAC, referente ao período de janeiro a maio de 2017, a média de pacientes atendidos nas especialidades ambulatoriais persistiu, não conseguindo, ainda, atingir o percentual mínimo de 80% (oitenta por cento) das metas especificadas na contratualização de resultados (BRASIL, 2018e).

Verificou-se, ainda, a existência de um superdimensionamento das metas pactuadas, mesmo com a assinatura do Documento Descritivo - Contratualização/SUS/HUPI/2016, fazendo com que o HU-UFPI não conseguisse cumprir o previsto no inciso VII, Cláusula 3ª, do Contrato firmado entre a FMS de Teresina e a EBSEH em 12/11/2012 (BRASIL, 2018e).

Mesmo as médias de atendimentos não sendo atingidas em sua integralidade, é notória a evolução nos quantitativos atingidos e o aumento do número de especialidades que conseguiram ultrapassar o percentual mínimo exigido ao longo das auditorias, conforme demonstra a Tabela 8.

**Tabela 08** – Média de atendimentos realizados no HU-UFPI em relação aos agendamentos

| Especialidade  | Terceiro trimestre de 2014                        | Quarto trimestre de 2015 |
|--|---|--------------------------|
|  | Grupo de Procedimentos com Finalidade Diagnóstica |                          |
| Diagnóstico em Laboratório Clínico                   | 93%   | 77,6%                    |
| Diagnóstico por anatomia patológica e citopatológica | 29%   | 107,3%                   |
| Diagnóstico por radiologia                           | 81%   | 82,6%                    |
| Diagnóstico por ultrassonografia                     | 78%   | 75,9%                    |
| Diagnóstico por Tomografia                           | 58%   | 87,1%                    |
| Diagnóstico por Endoscopia                           | 46%   | 48,5%                    |
| Diagnóstico em Cardiologia                           | 77%   | 59,6%                    |

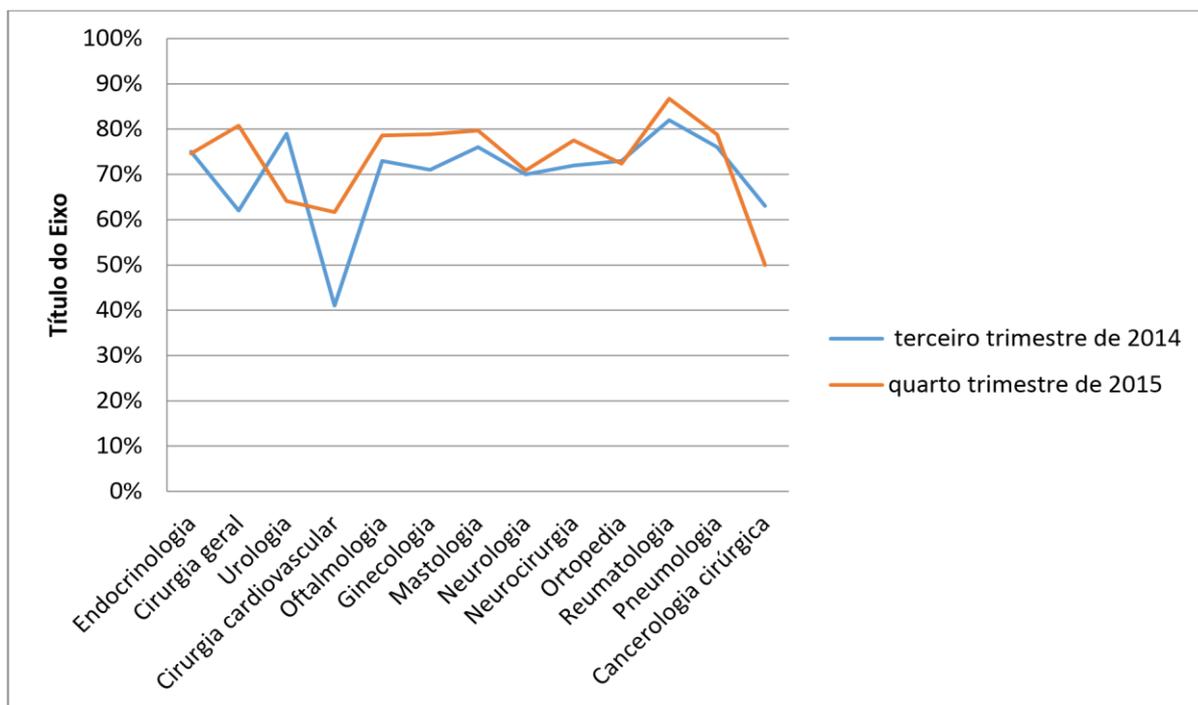
|  |      |       |
|--|------|-------|
| Diagnóstico em Ginecologia/Obstetrícia | 62%  | -     |
| Diagnóstico em Oftalmologia            | 90%  | 78,8% |
| Diagnóstico em Urologia                | 125% | 64,1% |

| Grupo de Procedimentos Clínicos              |     |       |
|--|-----|-------|
| Consultas médicas em endocrinologia          | 75% | 74,6% |
| Consultas médicas em cirurgia geral          | 62% | 80,8% |
| Consultas médicas em urologia                | 79% | 64,1% |
| Consultas médicas em cirurgia cardiovascular | 41% | 61,7% |
| Consultas médicas em oftalmologia            | 73% | 78,6% |
| Consultas médicas em ginecologia             | 71% | 78,9% |
| Consultas médicas em mastologia              | 76% | 79,7% |
| Consultas médicas em neurologia              | 70% | 70,9% |
| Consultas médicas em neurocirurgia           | 72% | 77,5% |
| Consultas médicas em ortopedia               | 73% | 72,4% |
| Consultas médicas reumatologia               | 82% | 86,7% |
| Consultas médicas em pneumologia             | 76% | 78,8% |
| Consultas em cancerologia cirúrgica          | 63% | -     |

Fonte: BRASIL, 2015d.

Para corroborar com o entendimento da Tabela 8, os quantitativos de atendimentos efetivados entre 2014 e 2015 nas especialidades de consultas médicas, foram trazidos em forma de gráfico.

**GRÁFICO 2** – Evolução dos percentuais de atendimento entre os anos de 2014 e 2015.



Fonte: BRASIL, 2015d.

De acordo com o gráfico, houve crescimento nos percentuais de atendimentos da grande maioria das especialidades, em comparação realizada entre os de 2014 e 2015, aproximando-se da consecução do percentual mínimo exigido na contratualização, e até mesmo ultrapassando em alguns pontos.

Assim, o cumprimento das metas quantitativas especificadas na contratualização, analisadas pela Constatação nº 348795, da auditoria DENASUS de 2014, apresentou um percentual de atendimento muito aquém daquele estabelecido para consultas especializadas e exames complementares, porém com índices em melhoria, mesmo que de forma tímida. Os dados foram extraídos do TABWIN/DATASUS, em uma análise comparativa da Produção Ambulatorial, do trimestre de junho a agosto/2014, trazendo alguns exemplos da situação vivenciada na época.

1 - Sub-Grupo 02.02: Diagnóstico em Laboratório Clínico -  
Meta Mensal Estabelecida: 76.230  
- Dados extraídos do TABWIN/DATASUS:  
Junho: 2297 (03,01%) / Julho: 5832 (07,65%) / Agosto: 6213 (08,15%)

2 - Sub-Grupo 02.03: Diagnóstico por Anatomia Patológica e Citopatologia-  
Meta Mensal Estabelecida: 437  
- Dados extraídos do TABWIN/DATASUS:  
Junho: 00 (0,0%) / Julho: 00 (0,0%) / Agosto: 00 (0,0%)

3 - Sub-Grupo 02.04: Mamografia Bilateral para Rastreamento -  
Meta Mensal Estabelecida: 145  
- Dados extraídos do TABWIN/DATASUS:  
Junho: 00 (0,0%) / Julho: 00 (0,0%) / Agosto: 00 (0,0%)

4 - Sub-Grupo 02.04: Densitometria Óssea Duo-Energética de coluna -  
Meta Mensal Estabelecida: 509  
- Dados extraídos do TABWIN/DATASUS:  
Junho: 48 (9,4%) / Julho: 84 (16,5%) / Agosto: 69 (13,5%)

5 - Sub-Grupo 02.05: Diagnóstico por Ultrassonografia -  
Meta Mensal Estabelecida: 709  
- Dados extraídos do TABWIN/DATASUS:  
Junho: 126 (17,7%) / Julho: 137 (19,3%) / Agosto: 176 (24,8%) (BRASIL, 2015d, p. 25 a 27)

Os baixos índices demonstrados podem ter sido ocasionados por divergências entre o quantitativo de procedimentos ambulatoriais apresentado no Relatório de Análise de Dados do HU-UFPI, quando comparados com os registros processados na Produção Ambulatorial no

Sistema TABWIN/DATASUS/SIA/SUS, conforme levantamento realizado pela constatação nº 348796 (BRASIL, 2015d).

Fato que ensejou falta de confiabilidade no registro de procedimentos ambulatoriais no sistema TABWIN/DATASUS/SIA/SUS, no qual se verificou que o quantitativo de procedimentos ofertado no Relatório de Análise de Dados do HU-UFPI é muito superior ao informado ao DATASUS, fazendo com que as metas quantitativas fossem apresentadas de forma inferior ao efetivamente realizado pelo hospital auditado, por falta de lançamento correto de informações. Procedimentos que no sistema constavam como zerados estavam sendo realizados pelo HU-UFPI, todavia sem a inserção dos dados nos sistemas de informações hospitalares, como o exemplo trazido pelo relatório (BRASIL, 2015d, p. 28).

2 - Sub-Grupo 02.03: Diagnóstico por Anatomia Patológica e Citopatologia-  
Número de Procedimentos atendido no Relatório de Análise de Dados - HUPI: -  
Julho/2014: 303  
- Agosto/2014: 370  
- Dados extraídos do TABWIN/DATASUS:  
- Julho: 00  
- Agosto: 00

Após a constatação, a equipe DENASUS recomendou aos responsáveis que tomassem providências para que o quantitativo de procedimentos apresentados pelo HU-UFPI coincidissem com os registros processados na produção ambulatorial no Sistema TABWIN/DATASUS/SIA/SUS (BRASIL, 2015d).

Em nova análise dos percentuais realizada entre os meses de dezembro/2015 e fevereiro/2016, de acordo o Relatório de Produção Ambulatorial extraído do TABWIN/DATASUS (06/05/2016), os baixos percentuais perseveravam, conforme trecho do relatório

1 - Sub-Grupo 02.02: Diagnóstico em Laboratório Clínico -  
Meta Mensal Estabelecida: 76.230  
- Dados extraídos do TABWIN/DATASUS:  
Dezembro: 10.370 (13,60%) / Janeiro: 14.708 (19,29%) / Fevereiro: 21.278 (28,57%)

2 - Sub-Grupo 02.03: Diagnóstico por Anatomia Patológica e Citopatologia-  
Meta Mensal Estabelecida: 437  
- Dados extraídos do TABWIN/DATASUS:  
Dezembro: 328 (75,05%) / Janeiro: 438 (100,22%) / Fevereiro: 311 (71,16%)

3 - Sub-Grupo 02.04: Mamografia Bilateral para Rastreamento -  
Meta Mensal Estabelecida: 145  
- Dados extraídos do TABWIN/DATASUS:  
Dezembro: 16 (11,03%) / Janeiro: 00 (0,00%) / Fevereiro: 99 (68,27%)

4 - Sub-Grupo 02.04: Densitometria Óssea Duo-Energética de coluna (Vértebras Lombares)

- Meta Mensal Estabelecida: 509

- Dados extraídos do TABWIN/DATASUS:

Dezembro: 314 (61,68%) / Janeiro: 272 (53,43%) / Fevereiro: 221 (43,41%)

5 - Sub-Grupo 02.05: Diagnóstico por Ultrassonografia -

Meta Mensal Estabelecida: 709

- Dados extraídos do TABWIN/DATASUS:

Dezembro: 181 (25,52%) / Janeiro: 414 (58,39%) / Fevereiro: 402 (56,69%)  
(BRASIL, 2016d, p. 14 a 16)

Embora o percentual de atingimento das metas quantitativas ainda estivesse aquém do esperado e pactuado, é perceptível o aumento da efetividade, uma vez que, dos grupos trazidos pelo relatório de auditoria, a grande maioria obteve melhora na produção.

Para a direção do HU-UFPI, o hospital possuía uma série histórica suficiente, baseado nos relatórios da CAC, a partir do 4º trimestre de 2014, com experiência de cerca de dois anos de pleno funcionamento, encontrando-se com sua capacidade operacional real, uma vez que havia aberto todos os serviços planejados (BRASIL, 2016d).

Como já citado anteriormente, para uma melhor adequação dos serviços e conforme previsão contratual, as metas quantitativas são periodicamente analisadas e, se necessário, readaptadas à realidade vivenciada pelo HU-UFPI, como o que ocorreu em 2016, com o firmamento de um novo DD, com metas readaptadas à série história dos últimos anos de contratualização.

Em continuidade, na Auditoria nº 16429, os auditores voltaram a observar as divergências entre o quantitativo de procedimentos ambulatoriais realizados e o quantitativo registrado no Sistema TABWIN/DATASUS/SIA/SUS, verificando a persistência do problema, que continuou gerando inconsistências na análise dos quantitativos (BRASIL, 2016d).

A análise foi realizada com base no relatório da CAC, referente ao quarto trimestre de 2015 e no Relatório de Produção Ambulatorial do mês de dezembro/2015, extraída do TABWIN/DATASUS (06/05/2016), demonstrando que o problema de divergências nos dados não foi sanado, mesmo com as recomendações do DENASUS, previstas no Relatório da Auditoria nº 14756 (BRASIL, 2016d).

Em justificativa elencada no relatório supracitado, o auditado ressalta que

para efeito de acompanhamento do Contrato, junto à CAC, são utilizados dados do que é produzido estritamente dentro do trimestre analisado, ou seja, são retirados do Sistema AGHU/SISAH do HU-UFPI, onde constam todos os registros de atendimento do hospital, todos os dados relativos à realização dos procedimentos e cruzados com os dados de Oferta/Agenda registrados pelo Gestor do SUS e obtidos junto a este para realização da análise pela Comissão (anexo 4). A produção ambulatorial inserida no TABWIN/DATASUS/SIA/SUS não abrange estritamente períodos mensais, conforme Manual SIA - Sistema de Informação Ambulatorial do SUS: Manual de Operação do Sistema, 2012 (BRASIL, 2016, p. 20).

Para os auditores, o justificante demonstra desconhecimento da legislação vigente do SUS, que exige que o quantitativo de procedimentos apresentados pela direção do HU-UFPI deve coincidir com os registros processados na produção ambulatorial no Sistema TABWIN/DATASUS/SIA/SUS (BRASIL, 2016d).

Em nova análise da produção e cumprimento das metas quantitativas, agora em 2017, verificou-se que o HU-UFPI ainda enfrentava problemas para consecução dos quantitativos, com exceção apenas dos procedimentos dos Subgrupos: Diagnóstico por Ultrassonografia (90,66%), Diagnóstico por Endoscopia (78,72%) e Consulta Médica em Atenção Especializada (81,21%), conforme dados trazidos pelo Relatório da Auditoria nº 17905 – DENASUS (Constatação nº 504254), no período de janeiro a maio de 2017, especificados na Tabela 9.

**TABELA 9** – Comparativo entre as metas pactuadas e os dados extraídos do sistema TABWIN/DATASUS

| Especialidade  | Meta mensal pactuada | Dados extraídos do TABWIN/DATASUS |                    |                    |                    |                    |
|--|----------------------|-----------------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
|  |                      | Jan/17                            | Fev/17             | Mar/17             | Abr/17             | Mai/17             |
| Subgrupo 02.02: Diagnóstico em Laboratório Clínico                                 | 38.352               | 11.403<br>(29,73%)                | 10.600<br>(27,63%) | 11.403<br>(29,73%) | 12.000<br>(31,28%) | 12.033<br>(31,37%) |
| Subgrupo 02.03: Diagnóstico por Anatomia Patológica e Citopatologia                | 960                  | 481<br>(50,10%)                   | 387<br>(40,31%)    | 425<br>(44,27%)    | 311<br>(32,39%)    | 358<br>(37,29%)    |
| Subgrupo 02.04: Diagnóstico em Radiologia  | 1.518                | 612<br>(40,31%)                   | 699<br>(46,04%)    | 718<br>(47,29%)    | 740<br>(48,74%)    | 753<br>(49,60%)    |
| Subgrupo 02.06: Diagnóstico por Tomografia   | 660                  | 282<br>(13,60%)                   | 427<br>(19,29%)    | 397<br>(28,57%)    | 295<br>(44,69%)    | 121<br>(18,33%)    |
| Subgrupo 02.07: Diagnóstico por Ressonância Magnética                              | 145                  | 61<br>(42,06%)                    | 50<br>(34,48%)     | 62<br>(42,75%)     | 86<br>(59,31%)     | 78<br>(53,79%)     |
| Subgrupo 02.11: Diagnóstico em Especialidades (Cateterismo Cardíaco)               | 20                   | 14<br>(70,00%)                    | 07<br>(35,00%)     | 08<br>(40,00%)     | 09<br>(45,00%)     | 15<br>(75,00%)     |
| Subgrupo 02.11: Diagnóstico em Especialidades (Teste de Esforço/Teste Ergométrico) | 118                  | 47<br>(39,83%)                    | 03<br>(02,54%)     | 00<br>(00,00%)     | 01<br>(00,84%)     | 00<br>(00,00%)     |

Fonte: Elaborada pelo autor, 2019.

Os quantitativos apresentados na Tabela 9, mostram índices ainda muito aquém do estabelecido. De acordo com o HU-UFPI, as metas especificadas dizem respeito à oferta de procedimentos e não à produção, uma vez que o quantitativo definido no DD é referente à oferta de serviços, tendo o HU-UFPI cumprido sua meta contratual na maioria dos subgrupos, uma vez que ofertou corretamente e os percentuais deveriam ser contabilizados em comparação ao agendamento realizado (BRASIL, 2018e).

Conforme relatório da CAC referente à análise dos dados do período auditado (jan a mai/17), o HU-UFPI apresentou as justificativas necessárias para o não atingimento das metas em relação a procedimentos específicos, sendo acatadas pela equipe, não sendo oportuno falar, portanto, em descumprimento, em especial, porque, considerado o contrato como um todo, os procedimentos cuja oferta foi superior ao pactuado compensam os poucos procedimentos ofertados abaixo da meta, de acordo com a justificativa do auditado no relatório de auditoria (BRASIL, 2018e).

A análise das metas através dos relatórios elaborados pela CAC tem por base dados apresentados pelo HU-UFPI, referentes à produção ambulatorial e hospitalar do período analisado, e dados apresentados pelos sistemas SIH-SUS, SIA-SUS e Gestor Saúde da SMS (BRASIL, 2014b). As planilhas anexadas aos relatórios CAC analisam, individualmente, os grupos de procedimentos, sendo estabelecido o parâmetro entre 04 (quatro) indicadores (BRASIL, 2014b, p. 1):

- ( 1 ) % de OFERTA sobre a META do Documento Descritivo ;
- ( 2 ) % de ATENDIMENTO sobre a META do Documento Descritivo ;
- ( 3 ) % de ATENDIMENTO sobre a AGENDA do Gestor Saúde; ( 4 ) % de AGENDA do Gestor Saúde sobre a OFERTA.

Os dados são essenciais para o exame correto e realista da execução dos serviços e atingimento das metas pactuadas, uma vez que os níveis de produção são multi-causas e devem ser percebidos em relação a todos os fatores, sejam eles, a oferta, o agendamento ou o efetivamente realizado pelo hospital.

## 5.10 DA CAPACIDADE INSTALADA E TAXA DE OCUPAÇÃO DOS LEITOS DE INTERNAÇÃO

Passando para uma análise específica dos leitos de internação, após o período compreendido para operacionalização e execução das fases de implantação previstas no POA, constatou-se que em 2013 foram abertos de 50 (cinquenta) leitos de internação, já em 2014 a estrutura física contava com quatro ambientes destinados a Postos de Enfermagem com capacidade de ofertar 200 (duzentos) leitos para internação, entretanto apenas 03 (três) postos estando em pleno funcionamento, totalizando 150 (cento e cinquenta) leitos (BRASIL, 2015d).

O levantamento foi realizado através de visita *in loco*, na data de 17/09/2014, que constatou o total de 83 (oitenta e três) pacientes internados e uma taxa de ocupação de 55,34% (cinquenta e cinco vírgula trinta e quatro por cento), que evidenciou uma subutilização dos leitos, já que uma parte da capacidade instalada continua ociosa (BRASIL, 2015d).

De acordo com o entendimento da direção do HU-UFPI a gestão de leitos é da Coordenação Estadual de Internação, e que, como prestador de serviço ao SUS, cabe a instituição de saúde somente a oferta dos leitos clínicos e cirúrgicos. No entanto, a oferta de leitos para a rede estadual através do Núcleo Interno de Regulação - NIR, na prática não existia, tendo em vista que, quem fazia a regulação era o próprio plantonista da Clínica Médica ou Clínica Cirúrgica do HU-UFPI (BRASIL, 2015d).

O perfil descrito no Manual de Regulação de Leitos do HU-UFPI exclui vários casos, recebendo apenas os não agudizados, o que leva a um número reduzido de internações e uma conseqüente subutilização de leitos. Para a equipe de auditores DENASUS, o HU-UFPI, quanto à oferta de leitos, não estava obedecendo às diretrizes contidas na Portaria GM/MS nº 2395, de 11/10/2014, que organizou o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do SUS (BRASIL, 2015d).

Para o TCU, o HU-UFPI tem apresentado melhorias nos índices de ocupação dos leitos. Em 2015, a taxa de ocupação média se aproximou de 85% (oitenta e cinco por cento), o que é bem superior ao constatado em 2013 e 2014 (46% e 64%, respectivamente), com base em planilhas de acompanhamento da CAC (BRASIL, 2015e).

Um problema relatado refere-se ao credenciamento/habilitação dos leitos pelo Gestor Municipal de Saúde, onde dos 150 (cento e cinquenta) leitos disponíveis na época da visita do DENASUS, apenas 100 (cem) estavam devidamente habilitados, conforme consulta ao CNES/DATASUS, na opção Ficha Reduzida, na data de 29/09/2014. A situação foi regularizada em dezembro/2014, com o cadastro efetivo de 75 (setenta e cinco) leitos clínicos e 75 (setenta e cinco) leitos cirúrgicos, informação que posteriormente foi reafirmada nas Constatações nº 504188 e nº 514445 (Auditoria nº 14756 – DENASUS), que ressaltou que o número de leitos cadastrados no CNES é o mesmo da verificação *in loco* (BRASIL, 2015d; BRASIL, 2016d).

A capacidade instalada de leitos no HU-UFPI foi novamente vistoriada na data de 04/05/2016, por intermédio de visita *in loco* realizada durante a Auditoria DENASUS nº 16429, que verificou uma porcentagem de 78% (setenta e oito por cento) de leitos ocupados, de um total de 150 (cento e cinquenta) leitos disponíveis (BRASIL, 2016d).

De acordo com o levantamento realizado em 2016, o Posto II<sup>3</sup> encontrava-se desativado, passando por uma reforma para abertura do Serviço de Oncologia, demandando adaptação de seus leitos, tendo sido habilitado em 08/12/2016, como UNACON, por meio da Portaria MS/SAS n.º 1929. Os outros postos encontravam-se em funcionamento e sem arguição de ociosidade, conforme Constatação nº 434398 do Relatório da Auditoria nº 16429 - DENASUS (BRASIL, 2016; BRASIL, 2018e).

No que se refere à ocupação de leitos de retaguarda, o percentual era muito baixo em 2015, conforme Constatação nº 434469. De acordo com o HU-UFPI, este ofereceu 50 (cinquenta) leitos de retaguarda à Central Estadual de Regulação de Internações Hospitalares da Secretaria de Estado da Saúde/PI - CERIH/SESAPI, que já estão pactuados na Comissão Intergestores Bipartite - CIB, consoante Resolução CIB/PI N° 050/2015, de 03/07/2015 (BRASIL, 2016d).

No entanto, não existia no HU-UFPI equipe de médicos, enfermeiros e técnicos em enfermagem compatível com o porte da enfermagem clínica de retaguarda, bem como havia limitação de horário para internação (segunda a sábado, das 7 às 19 horas). Portanto, a oferta dos leitos não obedecia às diretrizes contidas na Portaria MS/GM nº 2395, de 11/10/2011, que organizou o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do SUS (BRASIL, 2016d).

---

<sup>3</sup> Posto de Enfermagem do HU-UFPI que abriga leitos de internação.

A direção do HU-UFPI afirmou que os leitos não preenchidos eram ofertados diariamente a Rede de Urgência e Emergência (RUE), conforme a resolução CIB-PI n°50/2015, mesmo não recebendo recursos específicos para tanto. Entretanto não se manifestou quanto ao percentual baixo de ocupação desses leitos em 2016 (BRASIL, 2016d).

Em relação aos leitos da UNACON, de acordo com a Auditoria n° 17905, o serviço disponibilizou 25 (vinte e cinco) leitos, sendo 20 (vinte) leitos clínicos e 05 (cinco) leitos cirúrgicos, uma sala de estabilização com dois leitos, equipada com desfibrilador, carro de emergência, monitor cardíaco e gás canalizado; com atendimento ambulatorial nos dois turnos (manhã e tarde), garantida a permanência de um médico clínico no serviço durante todo o período de aplicação da quimioterapia. Assim, de acordo com a Constatação 504190 da referida auditoria o serviço encontrava-se em conformidade com a Portaria MS/SAS n.º 140, de 27/02/2014 (BRASIL, 2018e).

Para entendimento dos dados de internação hospitalar do HU-UFPI, a Tabela 10 especifica a capacidade operativa de leitos, a meta pactuada, o quantitativo em efetivo funcionamento e a taxa de ocupação de foram condensados, tendo por base os anos de 2013 a 2017.

**Tabela 10** – Leitos de Internação HU-UFPI

| Ano  | Meta pactuada | Quantitativo em funcionamento | Taxa de ocupação | Data da visita <i>in loco</i> |
|------|---------------|-------------------------------|------------------|-------------------------------|
| 2013 | 100           | 50                            | 18%              | 23/09/13                      |
| 2014 | 200           | 150                           | 55,34%           | 17/09/14                      |
| 2016 | 200           | 150                           | 78%              | 04/05/2016                    |
| 2017 | 200           | 190                           | -                | 13/11/2017                    |

FONTE: Tabela elaborada pelo autor, 2019.

A Tabela 10 demonstra o crescimento do quantitativo das metas estabelecidas, bem como da disponibilização dos leitos, na busca de alinhar os dois percentuais e cumprir 100% (cem por cento) do pactuado. A tabela traz, ainda, o percentual de ocupação dos leitos, que passou de 18% (dezoito por cento) em 2013 para 78% (setenta e oito por cento) em 2016.

No que se refere aos leitos de UTI, observou, em 2013, a existência de leitos ociosos, funcionando sem preencher os requisitos exigidos pelo Ministério da Saúde e Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA (BRASIL, 2014). A constatação foi verificada

em 31/10/2013, através de visita *in loco* nas dependências da unidade hospitalar, verificando que, embora a UTI estivesse equipada com 29 (vinte e nove) leitos, apenas 10 (dez) estavam ativados, correspondendo a 34% (trinta e quatro por cento) do total (BRASIL, 2014a).

De acordo com o HU-UFPI, o quantitativo de abertura de leitos foi determinado em reunião entre a SMS de Teresina, o HU-UFPI, a EBSEH/matriz, o HUT e o Ministério da Saúde, em 11/09/2013. O objetivo traçado pelo HU-UFPI, para pleno funcionamento, seria a utilização de 20 (vinte) leitos de UTI geral, das quais 10 (dez) já encontravam-se abertas, e 08 (oito) de unidade coronariana, estas condicionadas à solução de problemas administrativos, como falta de médicos especialistas (BRASIL, 2014a).

Para os auditores, tal justificativa não desabona o HU-UFPI, uma vez que foi constatado índice de ociosidade nos leitos da UTI, com quantitativo de funcionamento que não condiz com o teto financeiro recebido, ou seja, os serviços prestados ou a produção do hospital não está compatibilizada aos recursos financeiros previstos em contrato (BRASIL, 2014a).

Os leitos de UTI foram novamente verificados em 2014, por intermédio de visita *in loco* realizada em 22/09/2014, que verificou a existência de 10 (dez) leitos de UTI vistoriados pelo gestor municipal e funcionando dentro dos requisitos e condições exigidas na Resolução da Diretoria Colegiada - RDC/ANVISA nº 07, de 24/02/2010, combinada com as Portarias GM/MS nº 3432/1998 e 332/2000 (BRASIL, 2015d).

Informação corroborada através de auditoria realizada pelo TCU, que afirmou que a capacidade operacional do HU-UFPI, no ano de 2015, era de 15 (quinze) leitos, no entanto, apenas 10 (dez) estavam em funcionamento. Conforme informado na época, a utilização da capacidade total da UTI dependia da contratação de médicos especializados (Terapia Intensiva). Para suprir essa necessidade foi realizado, em maio de 2014, um concurso público contemplando dez vagas, porém apenas dois candidatos possuíam a titulação requerida, aguardando nova convocação em virtude de concurso realizado em março de 2015 (BRASIL, 2015e).

Para comprovação da regularidade dos leitos em funcionamento, foi disponibilizada à equipe de auditoria do DENASUS, normas institucionais e rotinas dos procedimentos assistenciais e administrativos desenvolvidos na UTI, em conformidade com a Resolução da Diretoria Colegiada - RDC/ANVISA nº 07, de 24/02/2010, preenchendo assim os requisitos exigidos pelo MS e ANVISA, com equipe médica completa (BRASIL, 2015d).

Conforme já citado anteriormente, o fluxo de internação de pacientes para a UTI do HU-UFPI provenientes do HUT não era realizado via CERIH e não passava pelo Núcleo Interno de Regulação de Leitos do hospital. Esse fluxo era realizado através de comunicação verbal entre os plantonistas dos dois Estabelecimentos de Saúde, obedecendo a um perfil estabelecido pelo HU-UFPI, sendo o plantonista responsável pela admissão do paciente, de acordo com o Relatório de Auditoria nº 14756 - DENASUS (BRASIL, 2015d).

Segundo o Manual de Regulação de Leitos, existem duas portas de entrada para internação de pacientes na instituição, ou os pacientes são oriundos da CERIH/SESAPI ou diretamente do ambulatório do hospital, por meio do Núcleo Interno de Regulação de Leitos. O manual prevê a função do médico regulador, no entanto, na prática, ela não existe, visto que quem faz a regulação é o próprio plantonista da Clínica Médica ou Clínica Cirúrgica do HUUFPI (BRASIL, 2015d).

Em justificativa, o HU-UFPI argumentou que a dificuldade de regulação e envio dos pacientes através da Central de Regulação era freqüentemente relatada pelos profissionais do hospital, podendo estar ligada à falta de entendimento da equipe de médicos reguladores em relação a forma de trabalho e funcionamento do HU-UFPI, uma vez que até 2014 ainda não haviam recebido visita destes profissionais (BRASIL, 2015d).

## 5.11 DO CENTRO CIRÚRGICO

Outro ponto analisado refere-se ao funcionamento do centro cirúrgico que, de acordo com a Constatação nº 289659 (Auditoria nº 13753 - DENASUS), realizada mediante visita *in loco* em 07/11/2013, observou que o HU-UFPI contava com 10 (dez) salas cirúrgicas, todas equipadas com carros de anestesiologia, entretanto, apenas uma estava em condições de funcionamento, ou seja, apenas 10% (dez por cento) das salas reuniam as condições exigidas (BRASIL, 2014a).

Conforme disposição do POA de 2012 a segunda etapa de implantação previa o funcionamento de 05 (cinco) salas no centro cirúrgico, funcionando como retaguarda do HUT. Ressalta-se que segundo acordo firmado em 11/09/2013, entre SMS/Teresina, Ministério da Saúde, HUT, EBSEH/matriz e HU-UFPI, este deveria viabilizar a abertura inicial de 01

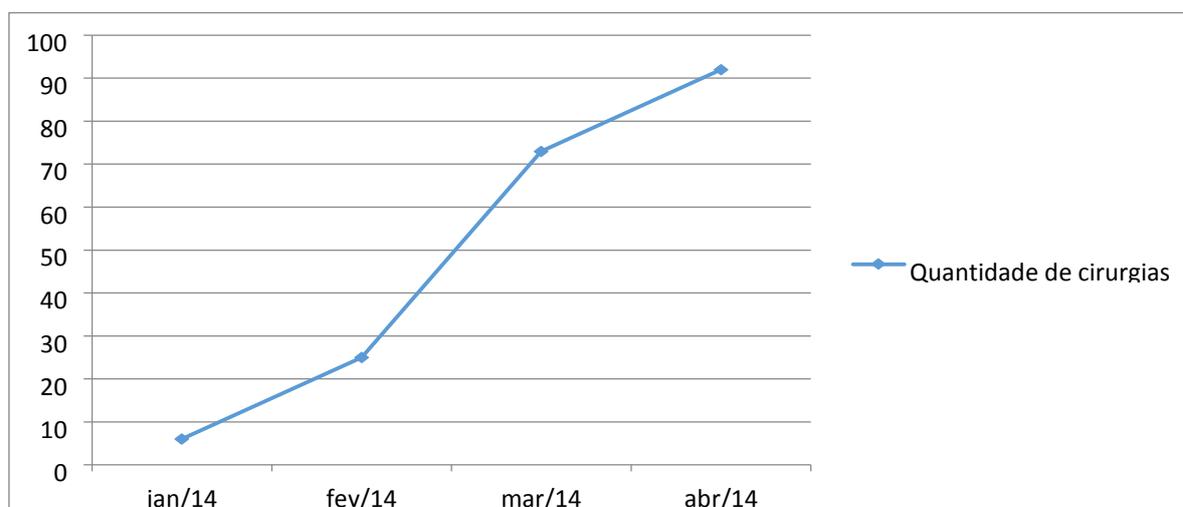
(uma) sala cirúrgica e a abertura progressiva de outras 05 (cinco) salas (BRASIL, 2012b; BRASIL, 2014a).

Nesse diapasão, o HU-UFPI defende que a abertura do centro cirúrgico estava em conformidade com o acordado, enfatizando que após a abertura de um serviço de centro cirúrgico é que se inicia o trâmite para solicitação do credenciamento e o passo inicial é a vistoria do gestor municipal, assim como se procedeu, uma vez que não se credencia nenhum serviço sem que os processos estejam sendo operacionalizados para poderem ser avaliados, em resposta a alegação do DENASUS de abertura das atividades sem a devida vistoria (BRASIL, 2014a).

Em 2014 o centro cirúrgico foi mais uma vez auditado, evidenciando, ainda, sinais de subutilização e ociosidade. Segundo relatório de vistoria realizado em 14/01/2014 pela Gerência de Controle, Avaliação e Auditoria da Secretaria Municipal de Saúde - GECAA/DRCAA/SMS, o centro cirúrgico do HU-UFPI possuía estrutura adequada, com salas amplas e bem aparelhada, porém, de um total de 10 (dez) salas cirúrgicas, apenas 02 (duas) estavam aptas para funcionamento (BRASIL, 2015d).

Para cadastramento das demais salas era necessário a aquisição de drogas anestésicas, aquisição de insumos para o funcionamento dos aparelhos, instrumentais básicos e redimensionamento da equipe de anesthesiologistas, de acordo com a conclusão do relatório de vistoria. O aumento da utilização foi muito abaixo do esperado, uma vez que em 2013 utilizava apenas uma sala cirúrgica e, em 2014, foram duas, segundo as auditorias DENASUS.

O órgão auditado discordou da informação e destacou que o centro cirúrgico possuía 05 (cinco) salas de cirurgia em funcionamento, anexando quadro resumo com a evolução das estatísticas de cirurgia dentro do HU-UFPI, trazido na forma do Gráfico 3.

**GRÁFICO 3** - Evolução do quantitativo de cirurgias em 2014 no HU-UFPI

Fonte: BRASIL, 2014a.

O Gráfico 3 demonstra os quantitativos de cirurgias realizadas em 2014, para comprovação de não ociosidade. De acordo com relatório de auditoria operacional realizada pelo TCU, em 2015, na época o HU-UFPI já se encontrava com 05 (cinco) salas cirúrgicas em funcionamento, tendo enfrentado dificuldades na contratação de médicos anestesistas, visto no relatório como o obstáculo enfrentado pelo HU-UFPI para funcionamento das demais salas (BRASIL, 2015e).

A abertura de mais salas cirúrgicas e a necessidade garantir o processo de forma adequada fizeram com que o HU-UFPI buscasse novas contratações de anesthesiologistas. A falta desses profissionais dificultava o funcionamento de todas as salas disponíveis, conforme manifestação do HU-UFPI, assim, a EBSEH, buscando resolver o problema, publicou o Edital nº 2 para o Concurso Público nº 13/2014, com 08 (oito) vagas para médico anesthesiologista, cuja prova ocorreu em março/2015, com o objetivo de suprir a falta de profissionais na área (BRASIL, 2015d).

O auditado reconhece que existem outros problemas relacionados com a ampliação dos leitos cirúrgicos, como a suspensão de cirurgias ortopédicas por falta de insumos (parafusos) e os defeitos apresentados em carros de anestesia, no entanto, garantiu que eram problemas pontuais e que a instituição empenhou esforços para mater o fornecimento regular de insumos e equipamentos para realização das cirurgias, especialmente as ortopédicas, com justificativas pormenorizadas no relatório e acatadas parcialmente pela equipe DENASUS (BRASIL, 2015d).

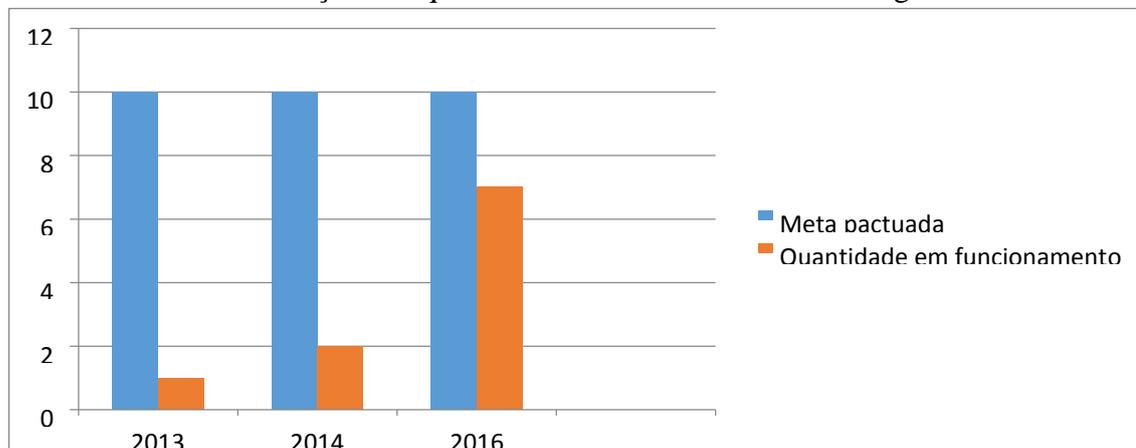
A regularização na aquisição de insumos para realização de cirurgias ortopédicas foi constatada no ano de 2016, bem como a resolução de problemas relacionados a equipamentos danificados no centro cirúrgico do HU-UFPI (Constatação nº 434402). No entanto, de um total de 10 (dez) salas cirúrgicas apenas 07 (sete) estavam em pleno funcionamento, conforme visita *in loco* realizada em 28/04/2016, e somente 05 (cinco) estavam habilitadas e cadastradas no CNES, conforme consulta ao cadastro, realizada em 06/04/2016 (BRASIL, 2016d).

A produtividade em cirurgias ortopédicas foi novamente analisada em 2017, através da Auditoria nº 17905, do DENASUS, que de acordo com dados extraídos do TABWIN/DATASUS, no período de janeiro a maio/2017, foram realizados apenas 61 (sessenta e um) procedimentos, sendo 51 (cinquenta e um) de média complexidade e somente 10 (dez) de alta complexidade. Para o órgão fiscalizatório, a produtividade ficou abaixo da meta estabelecida por insuficiência de insumos para realização desses procedimentos de alta complexidade, algo que já havia sido superado em 2016 (BRASIL, 2018e).

Segundo informações da equipe ortopédica do HU-UFPI e consoante a visita *in loco* realizada pelo DENASUS, no dia 06/12/2017, verificou-se que a dificuldade encontrada pelo HU-UFPI para aquisição de insumos necessários às cirurgias ortopédicas de alta complexidade se concentravam na fase de licitação, visto que “no ato da licitação, são colocados materiais de baixo e alto custo, inviabilizando o interesse das Empresas na oferta dos insumos, que estão aquém do preço da tabela SUS, conseqüentemente havendo itens desertos, não concretizando a compra” (BRASIL, 2018e, p. 16).

No Gráfico 4 é possível acompanhar a evolução da abertura contínua de salas no centro cirúrgico do HU-UFPI.

**GRÁFICO 4** – Evolução dos quantitativos de salas do centro cirúrgico do HU-UFPI



Fonte: Relatórios DENASUS nº 13753, nº 14756 e nº 16429.

A partir da análise do Gráfico 4 percebe-se que o HU-UFPI estava, inicialmente, bem abaixo da meta pactuada, ganhando em 2016 uma alavancada no quantitativo, porém, ainda sem atingir os resultados planejados.

## 5.12 DO CUMPRIMENTO DAS METAS QUANTITATIVAS

Para análise das metas de atendimento, foram extraídas dos relatórios da CAC, informações concernentes aos percentuais de atendimento do hospital quando comparados às metas estabelecidas nos DDs firmados no período de 2014 (início da formalização dos relatórios CAC) a 2018.

O primeiro relatório da CAC a ser elaborado foi referente ao primeiro trimestre de 2014. Neste período de funcionamento do HU-UFPI, o relatório concluiu que não houve divulgação suficiente para conhecimento de toda a população, para que houvesse a opção pelo atendimento no HU-UFPI. Além disso, a rede dispunha de outros prestadores que ofertavam os mesmos serviços, sendo de amplo conhecimento da população (BRASIL, 2014b).

Os relatórios analisam e atestam, ou não, a execução das metas quantitativas, ressaltando a necessidade de implementação de ações corretivas e providências para o aperfeiçoamento das metas que não foram cumpridas nos percentuais previstos. Ao final de cada relatório são anexados os documentos comprobatórios, bem como as atas de reuniões realizadas (BRASIL, 2014b).

A Tabela 11 traz um comparativo da produção efetivamente realizada no HU-UFPI entre os anos de 2014 e 2015, de acordo com os relatórios da CAC.

**Tabela 11**– Comparativo das porcentagens de atendimento sobre as metas quantitativas especificadas no DD, de acordo com os relatórios CAC dos anos de 2014 e 2015

| Especialidades   | Primeiro trimestre de 2014 | Segundo trimestre de 2014 | Terceiro trimestre de 2014 | Quarto trimestre de 2014 | Primeiro trimestre de 2015 | Segundo trimestre de 2015 | Terceiro trimestre de 2015 | Quarto trimestre de 2015 |
|--|----------------------------|---------------------------|----------------------------|--------------------------|----------------------------|---------------------------|----------------------------|--------------------------|
| <b>GRUPO 2. PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNOSTICA</b> |                            |                           |                            |                          |                            |                           |                            |                          |
| 02.02. Diagnóstico Laboratório Clínico                   | em 29,53%                  | 5%                        | 12%                        | 6%                       | 8,80%                      | 12,12%                    | 14,89%                     | 11,53%                   |

|   |                               |                    |        |       |        |         |         |                      |        |
|---|-------------------------------|--------------------|--------|-------|--------|---------|---------|----------------------|--------|
| 02.03. Diagnóstico por Anatomia Patológica e Citopatológica | #DIV/0!                       | 0,00%              | 77%    | 79%   | 50,42% | 132,27% | 98,78%  | 83,07%               |        |
| 02.04. Diagnóstico por Radiologia                           | 30,26%                        | 63%                | 55%    | 44%   | 21,91% | 53,26%  | 34,81%  | 34,05%               |        |
| 02.05. Diagnóstico por Ultrassonografia                     | 29,21%                        | 54%                | 51%    | 45%   | 24,73% | 82,51%  | 76,63%  | 72,78%               |        |
| 02.06. Diagnóstico por Tomografia                           | 27,62%                        | 54%                | 26%    | 36%   | 31,72% | 45,91%  | 53,59%  | 62,83%               |        |
| 02.07. Diagnóstico por Ressonância                          | ainda não pactuado            | ainda não pactuado | 0,00%  | 0,00% | 0,00%  | 0,00%   | 5,75%   | 43,22%               |        |
| 02.08. Diagnóstico por Endoscopia                           | 28,05%                        | 32%                | 19%    | 10%   | 51,14% | 72,92%  | 59,16%  | 40,84%               |        |
| 02.10. Diagnósticos em especialidades (hemodinâmica)        | Métodos em ainda não pactuado | 0,00%              | 0,00%  | 0,00% | 0,00%  | 0,00%   | 0,00%   | 0,00%                |        |
| 02.11. Diagnósticos em Especialidades                       | Métodos em                    | 29,78%             | 45,12% | 193%  | 154%   | 140,11% | 154,24% | 50,51%               | 46,74% |
| <b>GRUPO 3. PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS</b>        |                               |                    |        |       |        |         |         |                      |        |
| 03.01.01.007-2 Consultas médicas em atenção                 | 25,53%                        | 51%                | 66%    | 65%   | 75,97% | 77,98%  | 92,60%  | especializada 83,07% |        |
| 03.01.01.004-8 Consultas de Profissionais de Nível Superior | 0,00%                         | 0,00%              | 63%    | 33%   | 60,58% | 78,07%  | 101,86% | 76,68%               |        |
| <b>GRUPO 4. PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS AMBULATORIAIS</b>      |                               |                    |        |       |        |         |         |                      |        |
| (Pequenas Cirurgias)  | 100%                          | 11%                | 27%    | 26%   | 31,49% | 36,67%  | 37,75%  | 13,26%               |        |
| 04.05. Cirurgia do Aparelho da Visão                        | 0,00%                         | 0,00%              | 7,50%  | 0,00% | 9,54%  | 10,61%  | 8,36%   | 7,72%                |        |

Fonte: tabela elaborada pela autora, 2019.

De acordo com a Tabela 11, os exames com finalidades diagnósticas, de uma forma geral, tiveram evolução dos percentuais de atingimento, no entanto, poucas especialidades ultrapassavam o percentual mínimo pactuado de 80% (oitenta por cento). Em relação às consultas médicas houve um avanço significativo, saindo de 25,53% (vinte e cinco vírgula cinquenta e três por cento) para 83,07% (oitenta e três vírgula zero sete por cento), já em relação aos procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, os índices continuavam baixos, com ociosidade em torno de 90% (noventa por cento).

Em relação à especialidade 2.10 da Tabela 11, serviços de hemodinâmica, mesmo após a previsão no DD 2014, os serviços ainda não estavam sendo disponibilizados, de acordo com dados do quarto trimestre de 2015 do relatório da CAC. No relatório do segundo trimestre de 2014 já havia uma preocupação em verificar as circunstâncias impeditivas da abertura da hemodinâmica do HU-UFPI, constatando que a oferta ainda não era possível, visto

que encontrava-se em negociação a aquisição de equipamentos. O serviço entrou em funcionamento apenas em 2017, apesar de habilitado junto ao SUS desde 10/12/2015, consoante Portaria SAS/MS n.º 1245 (BRASIL, 2014a).

Para uma melhor visualização dos dados e concepção do historio do HU-UFPI, os dados voltam a ser examinados em um período mais recente, conforme Tabela 12.

**Tabela 12** – Comparativo das porcentagens de atendimento sobre as metas quantitativas especificadas no DD, de acordo com os relatórios CAC dos anos de 2017 e 2018

| Especialidades   | Trimestre<br>Nov/17 a<br>Jan/18 | Trimestre<br>Fev/18 a<br>Abr/18 | Trimestre<br>Mai/18 a<br>Jul/18 | Trimestre<br>Ago/18<br>Out/18 | Bimestre<br>Nov/18 e<br>Dez/18 |
|--|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| <b>GRUPO 2. PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNOSTICA</b>                             |                                 |                                 |                                 |                               |                                |
| 02.02. Diagnóstico em Laboratório Clínico  | 103%                            | 90%                             | 80%                             | 95%                           | 107%                           |
| 02.03. Diagnóstico por Anatomia Patológica e Citopatológica                          | 43%                             | 52%                             | 50%                             | 73%                           | 56,5%                          |
| 02.04. Diagnóstico por Radiologia  | 84%                             | 72%                             | 59%                             | 57%                           | 71%                            |
| 02.05. Diagnóstico por Ultrassonografia  | 84%                             | 63%                             | 74%                             | 71%                           | 80%                            |
| 02.06. Diagnóstico por Tomografia  | 55%                             | 62%                             | 53%                             | 73%                           | 65%                            |
| 02.07. Diagnóstico por Ressonância   | 22%                             | 31%                             | 46%                             | 58%                           | 53%                            |
| 02.09. Diagnóstico por Endoscopia  | 35%                             | 33%                             | 41%                             | 60%                           | 33%                            |
| 02.10. Métodos Diagnósticos em especialidades (hemodinâmica)                         | -                               | -                               | -                               | -                             | -                              |
| 02.11. Métodos Diagnósticos em Especialidades  |                                 |                                 |                                 |                               |                                |
| 02.11.02.001-0 Cateterismo cardíaco  | 32%                             | 46%                             | 35%                             | 61%                           | 49%                            |
| 02.11.02.003-6 Eletrocardiograma (ECG)   | 50%                             | 49%                             | 51%                             | 66%                           | 61%                            |
| 02.11.02.004-4 Monitoramento pelo sistema HOLTER 24hs (3 canais)                     | 53%                             | 79%                             | 97%                             | 99%                           | 57%                            |
| 02.11.02.005-2 Monitoramento ambulatorial de pressão arterial (MAPA)                 | 32%                             | 44%                             | 45%                             | 53%                           | 83%                            |
| 02.11.02.006-0 Teste ergonômico  | 0%*                             | 0%*                             | 0%*                             | 0%*                           | 0%*                            |
| 02.11.04 Diagnóstico de ginecologia-obstetrícia                                      | 46%                             | 52%                             | 45%                             | 60,5%                         | 54%                            |
| 02.11.05 Diagnóstico em neurologia   | 46%                             | 72%                             | 55%                             | 75%                           | 8%**                           |
| 02.11.06 Diagnóstico em oftalmologia   | 42%                             | 46%                             | 59%                             | 71%                           | 82%                            |
| <b>GRUPO 3. PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS</b>                                 |                                 |                                 |                                 |                               |                                |
| 03.01.01.007-2 Consultas médicas em atenção especializada (contém 31 especialidades) | 7 não atingiram a meta de 50%   | 5 não atingiram a meta de 50%   | 6 não atingiram a meta de 50%   | 2 não atingiram a meta de 50% | 6 não atingiram a meta de 50%  |
| 03.01.01.004-8 Consultas de Profissionais de Nível Super                             | 36%                             | 70%                             | 141%                            | 51%                           | 41%                            |
| 03.0 1.01.001-1 Abordagem comportamental do fumante cognitiva                        | 102%                            | 102%                            | 86%                             | 110%                          | 79%                            |
| 03.01.10 Atendimento de Enfermagem   | 35%                             | 291%                            | 16%                             | 60%                           | 187%                           |
| <b>GRUPO 4. PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS AMBULATORIAIS</b>                               |                                 |                                 |                                 |                               |                                |
| 04.01. Pequenas Cirurgias  | 73%                             | 185%                            | 184%                            | 60%                           | 247%                           |
| 04.05. Cirurgia do Aparelho da Visão   | 74,17%                          | 158,33%                         | 135,67%                         | 143%                          | 105,5%                         |

|                      |      |      |      |      |      |
|----------------------|------|------|------|------|------|
| 04.14. Bucomaxilo    | 66%  | 153% | 139% | 89%  | 170% |
| 04.17 Anestesiologia | 241% | 480% | 596% | 677% | 227% |

\* Falta de equipamento para realização do teste, aguardando conclusão do Pregão 19/2018 para aquisição do mesmo.

\*\* licença-maternidade do profissional responsável pelo exame.

Fonte: Tabela elaborada pela autora, 2019.

A tabela analisa os percentuais de alcance das metas quantitativas através dos demonstrativos contidos nos relatórios da CAC do período de novembro/17 a dezembro/18 (último ano de análise do capítulo em epígrafe). De acordo com a Tabela 12, é perceptível a evolução dos percentuais de procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, chegando a dobrar a meta pactuada, em alguns casos, bem diferente dos percentuais observados nos anos anteriores.

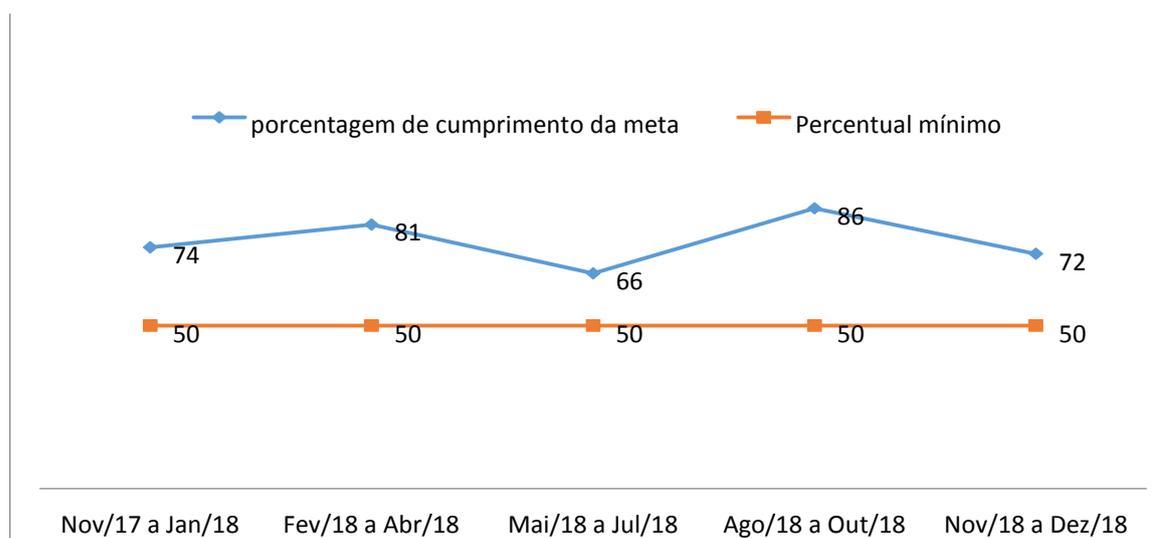
Ressalta-se que as metas analisadas na Tabela 12 se referem à nova contratualização, assinada em 01 de novembro de 2017, Contrato nº 175/2017. O referido documento prevê que o repasse de 40% do valor financeiro global estará condicionado ao cumprimento do percentual mínimo de 50% (cinquenta por cento) das metas quantitativas discriminadas no DD (BRASIL, 2017b).

Em relação aos relatórios da CAC, é notória a evolução da elaboração desses acompanhamentos, uma vez que a confecção dos mesmos fica, a cada trimestre, mais robusta, com discriminação dos itens de forma mais específica e detalhada. O último relatório analisado, referente ao bimestre de nov/18 e dez/18, trouxe inovações, como o percentual de faturamento em relação ao agendamento e lista de procedimentos que não atingiram o percentual mínimo exigido de 50%.

Ao final de cada relatório, a CAC traz o total do percentual de atingimento das metas quantitativas no período analisado, estabelecendo o cumprimento ou não do percentual mínimo, ressaltando logo após se o HU-UFPI faz jus ao valor financeiro em sua totalidade.

Destaca-se que a indicação do cumprimento ou não da contratualização de resultados do HU-UFPI, pela CAC, é realizada em um percentual único, que reúne as médias dos percentuais por procedimento, razão pela qual a eficiência de uma área pode suprir a deficiência de outra. Considerando essas informações, o Gráfico 5 demonstra a progressão do atingimento das metas quantitativas.

**GRÁFICO 5** – Porcentagem de cumprimento das metas quantitativas estipuladas no Contrato nº 175/2017.



Fonte: relatórios CAC dos anos de 2017 e 2018.

Os dados evidenciam porcentagens acima do percentual mínimo exigido, em todo o ano de 2018, ou seja, o somatório dos percentuais de todos os procedimentos realizados pelo HU-UFPI, exames, consultas e procedimentos cirúrgicos, no período analisado, é superior ao percentual de 50% (cinquenta por cento) (GRÁFICO 5).

Assevera-se que, em 2013, a visão dos auditores, após a análise de documentos, dados e informações inerentes à vinculação do HU-UFPI com o SUS, no período da primeira auditoria, concluiu que a pactuação de resultados quantitativos de procedimentos ambulatoriais e hospitalares não se realizou conforme o delineado na contratualização inicial (BRASIL, 2014a).

De acordo com os auditores,

a Direção do Hospital não cumpriu o cronograma fixado para o início das atividades das ações e serviços de saúde inerentes à primeira e segunda etapas das metas fixadas no Plano Operativo Assistencial anexado ao Contrato de Prestação de Serviços firmado com o SUS (constatações 289563, 289568, 289571) (BRASIL, 2014, p. 74).

Para o DENASUS, a EBSEH vendeu ao SUS procedimentos que não realizou, não tendo em nenhum momento demonstrado documentos que comprovassem a disponibilidade de recursos humanos, físicos e equipamentos para a realização do objeto do contrato,

conforme exige o Manual de Orientações para Contratação de Serviços no SUS (BRASIL, 2014b).

Em 2014, o DENASUS continuou alertando sobre o descumprimento do cronograma/Planejamento de Ações para Funcionamento do HU-UFPI, bem como destacou a ineficiência do Sistema de Marcação do SUS:

É perversa, ineficaz e insensível a Gestão do Sistema de Marcação de Consultas Médicas Especializadas e de Exames Complementares da Secretaria Municipal de Saúde de Teresina. Enquanto ONZE MIL pacientes padecem na fila de espera por atendimento, a SMS de Teresina deixa desperdiçar dezenas e dezenas de consultas médicas nas especialidades de endocrinologia, urologia, nefrologia, neurocirurgia, neurologia, pneumologia, reumatologia, mastologia, dentre outras, além de Exames Complementares de Citopatologia, exames bioquímicos, hormonais, Exames Radiológicos diversos, Ecocardiografiatranstorácica, ultrassonografia doppler, tomografia computadorizada, colonoscopia, endoscopia, eletrocardiograma, colposcopia, e muitos outros (BRASIL, 2015<sup>4</sup>, p. 51).

Assim, continuaram a afirmar a subutilização do HU-UFPI. Situação que se repetiu na conclusão da Auditoria nº 16429, de 2016, que alertava sobre serviços parados em algumas especialidades e falta de materiais e insumos; e na Auditoria nº 17905, de 2017, que evidenciou a habilitação de serviços antes inabilitados, porém assevera o não cumprimento das metas, bem como divergências persistentes entre quantitativos de procedimentos pactuados com aqueles constantes na FPO.

Já o relatório da representação formulada pelo MPF ao TCU, concluiu que “entre as análises realizadas pela equipe, não foi constatada ocorrência de dano ao erário”, não sendo encontradas evidências suficientes que permitam concluir pela inexecução do Contrato firmado entre a EBSEH e a FMS/Teresina. Não obstante, os elementos trazidos na representação serviram de base para que a unidade técnica propusesse auditoria operacional (TC 032.519/2014-1) na EBSEH, com inclusão do HU-UFPI nas unidades analisadas no decorrer da fiscalização (BRASIL, 2015c).

No levantamento realizado para elaboração da auditoria operacional dos HUFs, solicitada pela representação, é ressaltado a melhoria significativa que o HU-UFPI obteve em relação a situação apresentada nos relatórios do DENASUS de 2013 e 2014, que foram analisados no âmbito do TC 013.318/2014-4, já mencionado, e que resultou no Acórdão 3.424/2015-TCU-1ª Câmara (BRASIL, 2015e).

---

<sup>4</sup> Grifo do autor (BRASIL, 2015).

De acordo com o TCU, as melhorias podem ser observadas através dos serviços que encontravam-se em pleno funcionamento, para o órgão, os serviços com dificuldade de funcionamento dependiam mais de aspectos relacionados a agentes externos ao HU-UFPI do que gestão interna, obstáculos intrínsecos ao funcionamento de hospitais públicos, não sendo exclusivos da unidade hospitalar auditada (BRASIL, 2015e).

Nesse sentido, as principais razões que motivaram a representação ao TCU encontravam-se superadas, não havendo outros pontos a esclarecer em relação à citada representação. Asseverando, ainda, em sua análise, o bom desempenho da atuação da EBSEH na administração dos HUF's filiados, conforme transcrição do item 345 da auditoria operacional

[...] conclui-se que, de uma maneira geral, a atuação da Ebserh tem proporcionado melhorias significativas nos HUF a ela filiados, sobretudo no que se refere à gestão desses hospitais. Entretanto, foram identificadas oportunidades de melhoria, tanto na atuação da Ebserh, quanto no que se refere aos HUF não filiados, conforme análises efetuadas nos capítulos que compõem este relatório (BRASIL, 2015b, p. 53).

No âmbito da contratualização, o relatório cita os esforços realizados pela EBSEH no intuito de melhorar o desempenho dos instrumentos firmados entre os HUFs e o SUS, atuando ativamente na prestação de apoio e cooperação técnica aos seus filiados, com um instrumento de contratualização válido, ambiente não encontrado em 09 (nove) HUFs, entre esses, 04 (quatro) filiados à empresa (BRASIL, 2015e).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante de todo o exposto entende-se que a contratualização de resultados representa um avanço na relação jurídico-institucional do gestor do SUS com os hospitais e na forma de remuneração destes, mesmo sendo um mecanismo ainda muito novo de prestação e avaliação de serviços públicos no âmbito da saúde, já demonstra seu poder de atuação.

De acordo com os autores citados na pesquisa, a contratualização é um importante instrumento de gestão pública por resultados, surgindo como forma de modernizar a administração dos órgãos, estabelecendo mecanismos de coordenação e traçando objetivos claros e precisos.

Para Galvão (2003), o novo modelo hospitalar, baseado na contratualização, visa oferecer eficiência, tendo como ponto forte a qualidade dos seus serviços. Na visão de Rocha (2016), as rotinas de trabalho, antes baseadas no formalismo e na hierarquia funcional rígida, amadurecem a concepção de um modelo administrativo pautado na descentralização do poder e na primazia do atendimento ao cidadão.

A avaliação de desempenho dentro de hospitais é uma dificuldade real enfrentada por gestores públicos, que, após as contratualizações, se torna mais direcionada e precisa. O poderoso instrumento de planejamento fortalece o SUS, ao passo que flexibiliza e moderniza a prestação de serviços, com adoção de cláusulas que preveem a readequação constante dos resultados propostos e das ferramentas para sua persecução.

É importante ressaltar, ainda, o fator responsabilização previsto nas contratualizações de resultado, exigindo dos gestores a utilização dos recursos de forma séria e comprometida, sempre buscando os melhores resultados, com ações rápidas e em momentos oportunos, seguindo um processo bem definido.

O estudo foi realizado sob a ótica de órgãos e sistemas de fiscalizações reconhecidos, identificando os pontos positivos e negativos da implantação do sistema de contratualização de resultados no HU-UFPI, com análise dos instrumentos contratuais e suas metas quantitativas, abordando os aspectos formais da contratação e os fatores intervenientes que contribuíram para a não consecução dos quantitativos nos primeiros anos de pactuação.

As constatações evidenciadas a partir do estudo dos relatórios pertinentes à Contratualização de Resultados do HU-UFPI estabelecem conexões que auxiliam no processo de conhecimento dessas pactuações, uma vez que na área de gestão pública a análise das

experiências já empreendidas são de suma importância para processos de aprendizagem e compreensão dos modos de gerir a coisa pública, tendo a expertise de diferenciar as ações que devem ou não serem perpetuadas. Nesse sentido, demonstra-se a importância do controle realizado pelos relatórios de acompanhamento e fiscalização.

O enfrentamento das informações trazidas pelos documentos trouxe à tona as dificuldades enfrentadas para concretização de um planejamento sem bases sólidas e atingimento de metas pactuadas de forma estimada. Os relatórios examinaram diversos setores e serviços do HU-UFPI, com o levantamento de suas metas quantitativas e indicação de fatores relevantes da tentativa de execução dos objetivos propostos.

Um desses fatores diz respeito a forma de implantação da contratualização de resultados no HU-UFPI, de maneira apressada e sem observância de requisitos formais, que prejudicaram a consecução das metas. A assinatura do contrato de prestação de serviços ter sido efetuada antes mesmo da formalização da EBSEH como empresa administradora do HU-UFPI, que só veio a ocorrer em 08/04/2013, bem como a falta de registro da empresa no CNES e a falta de habilitação de diversos serviços, são indícios de uma formalização contratual precipitada.

Para o DENASUS, o HU-UFPI entrou em funcionamento sem reunir as condições administrativas e estruturais necessárias, o que acarretou no enfrentamento de inúmeras dificuldades, principalmente para cumprimento das metas quantitativas estabelecidas na contratualização. Ressaltasse que o HU-UFPI iniciou sua prestação de serviços em 2012, com uma equipe de profissionais totalmente nova, que, apesar da grande capacidade técnica, possuía pouca ou nenhuma experiência dos processos operacionais de gerenciamento que uma instituição de saúde requer.

Os resultados, em geral, apontam que o HU-UFPI iniciou suas atividades sem o preparo necessário para atender ao grande número de pacientes previstos, uma vez que contava com uma grande estrutura física, porém com profissionais recém contratados e uma estrutura organizacional, tecnológica, maquinaria e de insumos ainda em processo de formação e aquisição.

Outro ponto evidenciado com o estudo diz respeito à dificuldade inicial de construção do POA, posto que não existiam dados suficientes para embasar a estipulação das metas quantitativas e qualitativas. O HU-UFPI não contava com uma série histórica que pudesse ser utilizada como parâmetro para definição do volume de serviços a serem oferecidos à população.

A primeira contratualização de resultados do HU-UFPI ocorreu em 12/11/2012, concomitantemente com a abertura da prestação de serviços do hospital, ocorrida em 09 de novembro de 2012. Sendo perceptível a dificuldade enfrentada pelos gestores em planejar, estabelecer e mensurar as possíveis despesas de um hospital que não dispunha de dados anteriores para projeção de custos, necessitando assim, realizar um pareamento com outros hospitais da rede e utilizar como alicerce parâmetros, como os manuais de equipamentos, os dados do Hospital das Clínicas de Porto Alegre (HCPA), os quantitativos de recursos humanos aprovados.

Ressaltando-se que os quantitativos de recursos humanos aprovados, não necessariamente seriam os quantitativos existentes, uma vez que os processos de seleção e contratação de funcionários podem encontrar inúmeros obstáculos para sua consecução. A falta de cautela com essa informação impactou na disponibilização de vários serviços, uma vez que os mesmos não poderiam ser ofertados sem profissionais com a capacidade técnica comprovada ou com o nível de especialidade exigido.

Os quantitativos estabelecidos na contratualização de metas pareciam ter sido superestimados, e a análise de produção deficitária, já que os primeiros levantamentos não consideraram todos os procedimentos realizados, posto que o lançamento das informações nos sistemas SIA/SIH não estavam sendo realizados de forma correta, com divergências significativas, como a inexistência de lançamentos em alguns meses em que os procedimentos apareciam zerados.

As quantidades superestimadas no processo de elaboração dos instrumentos de pactuação no HU-UFPI foram ocasionadas pela não observância de situações futuras que comprometeram o alcance de quantitativos audaciosos, como a necessidade de organização e estruturação do complexo hospitalar, que não contava com a infraestrutura necessária para alcance dos percentuais exigidos.

Outro obstáculo enfrentado pelo HU-UFPI no cumprimento de suas metas, está relacionado à habilitação dos serviços, que não ocorreram de forma eficaz, ocasionando atrasos nos cronogramas pactuados com o gestor do SUS. A falta de habilitação dificultava no alcance das metas mesmo quando os setores estavam funcionando, posto que a produção não entrava no levantamento dos quantitativos.

As dificuldades inerentes a um processo dessa natureza perpassam a seara do plano interno, recebendo influências externas. De acordo com a pesquisa, os maiores problemas enfrentados pelo HU-UFPI no cumprimento de suas metas, dizem respeito: à ausência de

profissionais especializados, muitas vezes relacionada às dificuldades de seleção desses candidatos em concurso; à ausência de insumos específicos, decorrente de processos de aquisição complexos, com itens rotineiramente fracassados; bem como as circunstâncias de não atendimento ocasionadas por equipamentos quebrados e/ou em manutenção e a ausência de pacientes aos procedimentos agendados.

Em relação às alegações de desproporcionalidade entre o volume de recursos repassados ao HU-UFPI pelo FNS e o volume da prestação de serviços efetivamente realizada pelo hospital, observou-se que a disparidade era significativa no início da contratualização, no entanto, com o passar tempo foi se adequando a realidade.

Constatou-se que o valor inicial de repasse foi 2.000.000,00 (dois milhões de reais), sendo mantido até 2017, ocasião em que aumentou para 2.500.000,00 (dois milhões e quinhentos mil de reais), baseado no crescimento da prestação de serviços, conforme acompanhamentos realizados pela CAC. Tal repasse obedeceu ao regime de parcelas mensais sob orçamentação mista, que conforme relatório elaborado pelo TCU, encontrava-se de acordo com a previsão trazida pela Portaria Interministerial 1.006 MEC/MS, de 27/05/2004, que contém modelo de termo de referência para contratualização entre hospitais de ensino e gestores de saúde (BRASIL, 2015c).

A pesquisa demonstrou, ainda, que os valores empenhados no âmbito da Ação 20RX - Reestruturação e Modernização de Instituições Hospitalares Federais forma significativos em 2013, o que demonstra os esforços realizados pela gestão para equipar o HU-UFPI e utilizar os recursos em prol da evolução da prestação de serviços. No entanto, para o DENASUS, os recursos repassados pelo MS só deveriam custear os gastos com a efetiva prestação de serviços e não com modernização do hospital, uma vez que a estruturação dos HUF's ficaria a cargo do Ministério da Educação.

Em relação ao custeio da prestação de serviços, é importante salientar que o HUUFPI não tinha sua produção atrelada diretamente a percepção dos recursos, estes eram repassados de forma mensal, sendo revisto a cada trimestre pelos relatórios CAC, com observância do cumprimento dos percentuais mínimos exigidos, estabelecendo a pontuação obtida, quando das metas quantitativas.

A análise dos percentuais deveriam considerar a ocorrência da falta de agendamento pelo gestor do SUS (perda primária), o absenteísmo de usuários (não comparecimento aos procedimentos agendados), os bloqueios de agenda solicitados/efetivados pelo HU-UFPI e as eventuais falhas do sistema de regulamentação que podem ocorrer.

O acompanhamento é essencial nesse tipo de pactuação, sendo exercido de forma interna ou externa. Os relatórios gerados por acompanhamento e fiscalizações, trazem recomendações indispensáveis à prestação de serviços de excelência, bem como informações que ajudam a aumentar o campo de análise das informações e constatações, estabelecendo novas vertentes, baseadas em documentos diferentes, entrevistas e visitas, que podem evidenciar olhares diversos à uma mesma situação, ou até ratificar uma situação já evidenciada, mas com análise das justificativas de forma mais detalhada e abrangente.

Um ponto que prejudicou a análise inicial das informações quantitativas do contrato está relacionado a demora na constituição da CAC e na elaboração dos primeiros relatórios, diante do grande número de dados acumulados para análise.

A demora na habilitação de alguns serviços, a falta de profissionais qualificados para determinados serviços, a inexperiência da gestão e das equipes responsáveis, o absenteísmo de pacientes, aliados a um processo grandioso de estruturação hospitalar são alguns dos pontos relatados pela pesquisa para inexecução dos cronogramas de oferta de serviços e para os baixos percentuais de atingimentos dos quantitativos pactuados em algumas áreas.

As distorções encontradas entre a oferta dos serviços pelo HU-UFPI, o agendamento pelo Gestor SUS e os efetivos atendimentos também foram analisadas e criticadas em todos os relatórios DENASUS analisados, já que os atendimentos demonstram percentuais bem abaixo da oferta, evidenciando uma falta de comunicação entre os responsáveis e um sistema de marcação ineficaz, que causam o desperdício de vagas em uma fila de espera gigantesca, de acordo com dados trazidos pelos relatórios DENASUS.

Apesar das falhas cometidas na execução, os relatórios analisados demonstram melhorias significativas no andamento dos serviços, com uma produção em ascendência, onde as falhas detectadas serviram de evolução e aprendizagem, sendo inegável os esforços empreendidos pela instituição para alcançar os resultados propostos pelo SUS e prestar um atendimento em saúde de qualidade.

O HU-UFPI já nasceu na era das contratualizações e foi pioneiro na inclusão de mecanismos de inovação em sua gestão, sendo considerado um hospital modelo dentro da EBSEH, onde, de acordo com o TCU, muitas ocorrências estavam alheias à vontade e à capacidade de atuação da EBSEH, e foram sendo contornadas à medida que surgiram, considerando que o hospital, de acordo com o contrato, estaria sendo estruturado gradualmente (BRASIL, 2015e).

As metas pactuadas passaram por problemas estruturais e de recursos humanos na sua aplicabilidade, considerando a complexidade da estruturação e implantação dos serviços ofertados, enfrentando obstáculos inerentes a um grande processo de implantação de serviços e mecanismos de controle dos resultados.

O estudo trouxe contribuições para todos os hospitais universitários, assim como para todas as organizações hospitalares que trabalharem com metas quantitativas, proporcionando uma visão empírica dos problemas alcance de seus resultados e metas quantitativas, ampliando as formulações teóricas a esse respeito.

Os relatórios evidenciaram a trajetória dos contratos firmados entre a EBSEH e a FMS de Teresina, estabelecendo as circunstâncias de não cumprimento ocasionadas por má gestão e àquelas ocasionadas por fatores externos à gestão. A avaliação servirá de base dados para futuras contratualizações no âmbito hospitalar, assim como trará mais embasamento aos objetivos da nova administração, voltada para resultados e baseada na eficiência administrativa.

Como sugestões para futuras pesquisas, resalto a importância de estudos comparativos, que reúnam a avaliação de instrumentos de contratualizações de várias instituições hospitalares ou até mesmo de órgãos diversos. Ressalto, ainda, a importância da realização da pesquisa em comento em órgãos que iniciaram sem o instrumento de avaliação de metas, acarretando uma análise do cenário anterior e posterior à contratualização de resultados.

O aprofundamento no tema é de grande valia, visto que as instituições públicas ou privadas estão cada vez mais buscando eficiência e instrumentos avaliativos de competência, fazendo com que o estudo do tema seja cada vez mais essencial, como um poderoso mecanismo de controle e melhoria organizacional.

Diante dos resultados encontrados, a pesquisa oferece algumas recomendações para observação e análise da direção das instituições envolvidas no estudo. De acordo com a legislação do SUS, o HU-UFPI é um hospital referenciado, onde o agendamento de consultas, exames e procedimentos é realizado pela Central de Marcação de Consultas do SUS, assim mesmo o hospital ofertando o quantitativo pactuado, muitas vezes, não é atingindo por problemas relacionados à marcação, uma falha considerada gravíssima.

Nesse sentido recomenda-se que seja estabelecido um diálogo entre a instituição de saúde e a SMS de Teresina, para que o problema seja investigado e sanado, posto que não há justificativa para a perda de vagas, uma vez que os recursos aplicados até a fase de finalização

do procedimento estão sendo perdidos e a fila de espera aumentando, agravando o estado de saúde da população atendida, o que gera mais gastos públicos.

Como já dito anteriormente, o agendamento depende de uma série de requisitos, que devem ser estudados à exaustão pelo Gestor do SUS, com o auxílio das instituições de saúde, para realização de modificações necessários, no intuito de ofertar uma melhor prestação de serviços.

No tocante às internações, a gestão de leitos é da Coordenação Estadual de Internação, através do Núcleo Interno de Regulação – NIR. O atendimento do HU-UFPI funciona como retaguarda da rede de urgência e emergência (RUE), de acordo com o perfil descrito no Manual de Regulação de Leitos da instituição. Nesse sentido a pesquisa constatou que o HU-UFPI recebe apenas os não agudizados, exclui vários casos, o que leva a um número reduzido de internações e uma consequente subutilização de leitos.

Para o DENASUS, o HU-UFPI, quanto à oferta de leitos, não estava obedecendo às diretrizes contidas na Portaria GM/MS nº 2.395, de 11/10/2014, que organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do SUS (BRASIL, 2015). Nesse sentido recomenda-se que os perfis sejam analisados e o leque de aceitabilidade se enquadre ao exigido na legislação, contribuindo, assim, para o atingimento das metas pactuadas.

Outra recomendação gira em torno da não efetivação do atendimento no caso de ausência do paciente agendado, nesses casos recomenda-se a elaboração de estudos para levantamento e identificação dos percentuais de ausência e dos motivos determinantes, para que seja afastada outras hipóteses da não realização do atendimento e implementadas ações para diminuição dos índices, se comprovados.

Em relação às distorções encontradas entre os quantitativos da oferta de procedimentos e da FPO, recomenda-se que seja realizado um planejamento em consonância com a realidade do HU-UFPI, para que não existam lacunas prejudiciais ao acompanhamento contratual. Por último, recomenda-se, ainda, a observação da legislação do SUS no que tange ao registro dos procedimentos nos sistemas de informações (SIH e SIA), posto que o quantitativo de procedimentos apresentados pelo HU-UFPI deve coincidir com os registros processados na produção ambulatorial no Sistema.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Maria do Socorro Veloso; LIMA, Luci Praciano; MORAIS, Heloísa Maria Mendonça de. Contratualização em saúde: arena de disputa entre interesses públicos e privados. **Revista Ciência e Saúde Coletivo**, jun 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2015.v20n6/1825-1834/>>. Acesso em: 20 set. 2019.

ALMEIDA, Celia; BAHIA, Ligia; MACINKO, James; PAIM, Jairnilson; TRAVASSOS, Claudia. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. Série Brasil [on-line]. 2011. Disponível em: <[http://actbr.org.br/uploads/arquivo/925\\_brazil1.pdf](http://actbr.org.br/uploads/arquivo/925_brazil1.pdf)>. Acesso em: 25 mar. 2019.

ALMEIDA, Murilo Bernardes de. **Contratos de gestão: conceito, origem, natureza jurídica, objetivos e características**. Jus.com.br, 2014. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/33672/contratos-de-gestao>> Acesso em: 24 out. 2018.

ANDRADE, Amelia de. **Auditoria como estratégia para o fortalecimento do controle interno do SUS**. Tese de mestrado – Universidade de Brasília. Brasília, 2013. Disponível em: <[http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/13812/1/2013\\_AmeliadeAndrade.pdf](http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/13812/1/2013_AmeliadeAndrade.pdf)>. Acesso em 07 mai. 2019.

ANDRADE, Eli Lôla Gurgel; CARMO, Maria do; MOTA, Joaquim Antônio César. Hospital Universitário e gestão do sistema de saúde – Uma trajetória positiva de integração. **REME – Rev. Min. Enf.**; p. 387-394, out./dez., 2007. Disponível em: <<file:///C:/Users/hu/Downloads/v11n4a07.pdf>> Acesso em 03 dez. 2018.

ANDRÉ, Maristela Afonso de. A efetividade dos contratos de gestão na reforma do estado. **RAE - Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v.39, n.3, 1999. Disponível em: <<http://www.fgv.br/rae/artigos/revista-rae-vol-39-num-3-ano-1999-nid-46194/>> Acesso em: 02 dez. 18.

ANDRÉ, Maristela Afonso de. Contratos de gestão: contradições e caminhos da Administração Pública. **RAE-Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v.35, n.3, p.6-12, maio/jun. 1995.

ANDRÉ, Maristela Afonso de. **Subsídios para a Reforma do Estado: contratos de gestão**. Brasília: IPEA/ENAP/IBAM, 1994. v.4.

ANDRÉ, Maristela Afonso de. **Contratos de gestão como instrumentos de promoção de qualidade, produtividade no serviço público**. Indicadores de Qualidade e Produtividade. Rio de Janeiro: IPEA; 1993.

ARAÚJO, Mad. Responsabilização pelo controle de resultados no Sistema Único de Saúde no Brasil. **Rev. Panam Salud Publica**, 2010; 27(3):230-236.

ARAUJO, Marcos Octávio Doria de. **Contrato de gestão hospitalar implantado no estado de São Paulo**, sob a égide da lei complementar n. 846, de 04.06.98. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro-RJ, 2008. Disponível em:

<<http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/7990/MARCOS%20OCT%20C3%81VIO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>> Acesso em: 03 dez. 2018.

ATTIE, William. **Auditoria interna**. São Paulo: Atlas, 1992.

BARATTA, N. **Lesdirecteurs d'ARH et la quadra tu reducerele**. D.S., 107:1-15, fev. 1997.

BARIN, Diego Sacchet. **A importância do controle interno para o setor de contas do Hospital Universitário de Santa Maria**. Artigo científico – Universidade Federal de Santa Maria, especialização em controladoria empresarial. Santa Maria, 2007. Disponível em: <[https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/1103/Barin\\_Diego\\_Sacchet.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/1103/Barin_Diego_Sacchet.pdf?sequence=1&isAllowed=y)>. Acesso em: 02 jul. 2019.

BOUCKAERTAND, Geer; HALLIGAN, John. **Managing performance: International comparisons**. New York, 2008.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 05 de outubro de 1988.

Disponível em:

<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)>. Acesso em 29 nov. 2019.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

BRASIL. Lei nº 8.246, de 22 de outubro de 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas** / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva – Brasília, 2000.

Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus\\_principios.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf)> Acesso em: 03 dez. 2018.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Licitações e contratos: orientações e jurisprudência do TCU / Tribunal de Contas da União**. – 4. ed. rev., atual. e ampl. – Brasília: TCU, Secretaria-Geral da Presidência: Senado Federal, Secretaria Especial de Editoração e Publicações, 2010. Disponível em:

<<https://portal.tcu.gov.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp?fileId=8A8182A24D6E86A4014D72AC81CA540A&inline=1>>. Acesso em: 11 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. **Conversando sobre auditoria do SUS**. Brasília, 2011.

Disponível em:

<[file:///C:/Users/MARIA/Desktop/TESE/CONTRATO%20DE%20GEST%C3%83O/DENASUS/Cartilha\\_v2\\_14x21cm.pdf](file:///C:/Users/MARIA/Desktop/TESE/CONTRATO%20DE%20GEST%C3%83O/DENASUS/Cartilha_v2_14x21cm.pdf)> Acesso em: 23 nov. 2018.

BRASIL, Ministério da Educação. **Contrato firmado entre a Fundação Municipal de Saúde e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares**, em 12 de novembro de 2012. Teresina, 2012a.

BRASIL. Ministério da Educação. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Contratualização SUS / HU-UFPI. Plano Operativo Anual**. Teresina, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório de Gestão do exercício de 2012/ Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa**. Brasília, 2012c. Disponível em: <<http://sna.saude.gov.br/download/Relatorio%20de%20Gestao%20DENASUS%202012.pdf>> Acesso em: 25nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.410, de 30 de dezembro de 2013**. Brasília, 2013. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt3410\\_30\\_12\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt3410_30_12_2013.html)>. Acesso em: 28 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Sistema Nacional de Auditorias do SUS. **Relatório da Auditoria nº 13.753**. 2014a. Disponível em: <<http://consultaauditoria.saude.gov.br/visao/relatorio/relatoriopage.html?2>>. Acesso em: 18out. 2018.

BRASIL. Secretaria Municipal de Saúde de Teresina. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Hospital Universitário do Piauí. Comissão de Avaliação de Contrato. **Relatório do Primeiro Trimestre de 2014**. Teresina, 2014b.

BRASIL. Secretaria Municipal de Saúde de Teresina. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Hospital Universitário do Piauí. Comissão de Avaliação de Contrato. **Relatório do Segundo Trimestre de 2014**. Teresina, 2014c.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Relatório de Representação formulada pelo Ministério Público ao TCU**. TC 013.318/2014-4. Brasília, 2015a.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Regimento Interno**. Brasília, 2 de janeiro de 2015b - Ano XLVIII - Nº 1. Disponível em: <[file:///C:/Users/MARIA/Downloads/regimento%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/MARIA/Downloads/regimento%20(1).pdf)>. Acesso em: 28 abr. 2019.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. TC 013.318/2014-4. **Autos de representação formulada pelo Ministério Público de Contas junto ao TCU**, a respeito de supostas irregularidades relativas irregularidades no Contrato 1/2013 firmado entre a Fundação Universidade Federal do Piauí e Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH, para gestão do novo Hospital Universitário da UFPI. Teresina, 2015c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Sistema Nacional de Auditorias do SUS. **Relatório da Auditoria nº 14.756**. 2015d. Disponível em:

<<http://consultaauditoria.saude.gov.br/visao/relatorio/relatoriopage.html?1>>. Acesso em: 18out. 2018.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Relatório de Auditoria Operacional**. TC 032.519/2014-1. Brasília, 2015e.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Auditoria do SUS no Contexto do SNA: Qualificação do Relatório de Auditoria**. Brasília, 2015f. Disponível em:

<[file:///C:/Users/MARIA/Downloads/insp\\_bibliografia.pdf](file:///C:/Users/MARIA/Downloads/insp_bibliografia.pdf)> Acesso em: 24nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Auditoria nas Assistências Ambulatorial e Hospitalar no SUS: orientações técnicas**. Brasília, 2016a. Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/auditoria\\_assitenciais\\_ambulatorial\\_hospitalar\\_us\\_1\\_reimp.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/auditoria_assitenciais_ambulatorial_hospitalar_us_1_reimp.pdf)> Acesso em: 13 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Orientações para Contratação de Serviços de Saúde**. Secretaria de Atenção a Saúde Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. 1ª Edição, Brasília, 2016b. Disponível em:

<<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/novembro/06/MANUAL-DE-ORIENTACOES-PARA-CONTRATACAO-DE-SERVICOS-DE-SAUDE.pdf>> Acesso em: 25nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Educação. **Universidade Federal do Piauí**. Teresina, 2016c.

Disponível em: <<http://www.leg.ufpi.br/page.php?pai=85&id=13>>. Acesso em 15 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Sistema Nacional de Auditorias do SUS. **Relatório da Auditoria nº 16.429**. 2016d. Disponível em:

<<http://consultaauditoria.saude.gov.br/visao/pages/principal.html?0>>. Acesso em: 18out. 2018.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Conhecendo o Tribunal / Tribunal de Contas da União**. – 6. ed. - Brasília: TCU, Secretaria-Geral da Presidência, 2016d. 36 p. Disponível em:

<[file:///C:/Users/MARIA/Downloads/Conhecendo%20o%20Tribunal%20-%206\\_%20edi\\_\\_o.pdf](file:///C:/Users/MARIA/Downloads/Conhecendo%20o%20Tribunal%20-%206_%20edi__o.pdf)> Acesso em: 08 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Educação. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Diretriz EBSERH para a constituição e funcionamento da Comissão de Acompanhamento da Contratualização (CAC) no âmbito do SUS**. Dezembro/2017a. Disponível em:

<[http://www2.ebserh.gov.br/documents/695105/1744025/Diretrizes+CAC\\_linkar\\_vf.pdf/c856a64a-ee9c-447c-b97d-90b674c595d2](http://www2.ebserh.gov.br/documents/695105/1744025/Diretrizes+CAC_linkar_vf.pdf/c856a64a-ee9c-447c-b97d-90b674c595d2)>. Acesso em: 02 jun. 2019.

BRASIL, Ministério da Educação. **Contrato nº 175**, de 01 de novembro de 2017. Teresina,

2017b. Firmado entre a Fundação Municipal de Saúde e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, visando a integração do Hospital Universitário do Piauí à rede de atenção à saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

BRASIL. Ministério da Educação. **Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares**. Brasília, 2017c. Disponível em: <[http://www.ebserh.gov.br/web/hu-ufpi/contato/-/asset\\_publisher/p8o6p291BGVO/content/id/2235735/2017-07-nossa-historia](http://www.ebserh.gov.br/web/hu-ufpi/contato/-/asset_publisher/p8o6p291BGVO/content/id/2235735/2017-07-nossa-historia)> Acesso em 03 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Educação. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Fascículo da estruturação do setor de regulação e avaliação em saúde nos HUF**. Abril/2017d. Disponível em: <[http://www2.ebserh.gov.br/documents/695105/1744025/DAS++Linkar++Fasc%C3%ADculo\\_Estrutura%C3%A7%C3%A3o+SRAS+atualizado+27.03.17+novo.pdf/41d72353-2731-4001-85f2-f7c5ba69383d](http://www2.ebserh.gov.br/documents/695105/1744025/DAS++Linkar++Fasc%C3%ADculo_Estrutura%C3%A7%C3%A3o+SRAS+atualizado+27.03.17+novo.pdf/41d72353-2731-4001-85f2-f7c5ba69383d)>. Acesso em: 05 jun. 2019.

BRASIL. **Portaria de Consolidação nº 1**, de 28 de setembro de 2017e.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 02, de 28 de julho de 2017**. Brasília, 2017f. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/Matriz-2Politic.html>>. Acesso em: 25 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Brasília, 2018a. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/atencao-especializada-e-hospitalar/assistenciahospitalar/contratualizacao>>. Acesso em: 28.nov.2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hospitais de ensino**. O processo de certificação dos hospitais de ensino. Brasília, 2018b. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=36281&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=36281&janela=1)>. Acesso em: 20 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF)**. Brasília, 2018c. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/atencao-especializada-e-hospitalar/assistenciahospitalar/programa-nacional-de-reestruturacao-dos-hospitais-universitarios-federais-rehuf>>. Acesso em: 05 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Educação. Universidade Federal do Piauí. **Orcamento 2018**. Teresina-PI, 2018d. Disponível em: <[https://ufpi.br/arquivos\\_download/arquivos/PROPLAN/orcamento/Orcamento\\_2018.pdf](https://ufpi.br/arquivos_download/arquivos/PROPLAN/orcamento/Orcamento_2018.pdf)>. Acesso em 24 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Sistema Nacional de Auditorias do SUS. **Relatório da Auditoria nº 17.905**. 2018e. Disponível em: <<http://consultaauditoria.saude.gov.br/visao/relatorio/relatoriopage.html?2>>. Acesso em: 18out. 2018.

BRASIL. Secretaria Municipal de Saúde de Teresina. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Hospital Universitário do Piauí. Comissão de Avaliação de Contrato. **Relatório do Trimestre de Novembro/2017, Dezembro/2017 e Janeiro/2018**. Teresina, 2018.

BRASIL. Secretaria Municipal de Saúde de Teresina. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Hospital Universitário do Piauí. Comissão de Avaliação de Contrato. **Relatório do Trimestre de Fevereiro/2018 a Abril/2018**. Teresina, 2018.

BRASIL. Governo Federal. Controladoria-Geral da União. **Avaliação da Gestão dos Administradores**. Brasília, 2019b. Disponível em: <http://www.cgu.gov.br/sobre/perguntasfrequentes/auditoria-e-fiscalizacao/avaliacao-da-gestao-dos-administradores>. Acesso em: 22 set. 2019.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Auditoria Operacional**. Portal TCU. Brasília, 2019a. Disponível em: < <https://portal.tcu.gov.br/controle-externo/normas-e-orientacoes/normas-defiscalizacao/auditoria-operacional.htm> > Acesso em: 26 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Educação. **Hospitais universitários**. Brasília, [?]. Disponível em: <[http://portal.mec.gov.br/index.php?Itemid=512&id=12267&option=com\\_content&view=article](http://portal.mec.gov.br/index.php?Itemid=512&id=12267&option=com_content&view=article)>. Acesso em: 30 nov. 2018.

BRASIL. Ministério Público Federal. Portal da Transparência. Brasília, [?]. Disponível em: <<http://www.transparencia.mpf.mp.br/conteudo/atividade-fim/inqueritos-civis>>. Acesso em: 10 ago. 2019.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Conheça o TCU**. Brasília [?]. Disponível em: <<https://portal.tcu.gov.br/institucional/conheca-o-tcu/funcionamento/>>. Acesso em: 05 jul. 2019.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. **Reforma de Estado para Cidadania**. Brasília, ENAP, 1998.

BRITO, Fabiano Ricardo Luz de; REIS NETO, Lauro Celidonio dos; SOMBRA, Thiago Luís; WERNECK, Bruno Dario. **TCU: Atuação, Composição e Procedimentos**. Disponível em: <<https://www.mattosfilho.com.br/Memorandos/LivretoTCU.pdf>>. Acesso em: 07 jul. 2019.

BRIZOLA, Jeremias Béquer; GIL, Célia Regina Rodrigues; JUNIOR, Luiz Cordoni . Análise de desempenho de um hospital de ensino antes e após a contratualização com o Sistema Único de Saúde. **Revista de Administração em Saúde** - Vol. 13, nº 50 – Jan-Mar, 2011. Disponível em: < file:///C:/Users/MARIA/Downloads/RASv13n50\_7-22.pdf >. Acesso em: 10 jan. 2019.

CAETANO, Dayane do Nascimento; SILVA, Janierika Teixeira da. O processo de trabalho do/a assistente social no consultório na rua - equipe da UBS São João do Sistema Único de Saúde – NATAL/RN. **Revista Interface** – Natal/RN – v.13, nº 1 – Jan./julho 2016.

Disponível em:

<<https://ojs.ccsa.ufmg.br/?journal=interface&page=article&op=view&path%5B%5D=706>>.

Acesso em: 02 mar. 2019.

CALDAS JÚNIOR, A. L. **Crise nos hospitais universitários**: estratégias de privatização. Associação Profissional dos docentes da UFMG, Belo Horizonte, n° 18, p. 95 - 110, 1999.

CÂMARA, Jacinto Arruda; MONTEIRO, Vera; ROSILHO, André; SUNDFELD, Carlos Ari. O valor das decisões do Tribunal de Contas da União sobre irregularidades em contratos.

**Revista Direito GV** – V. 13; São Paulo, 2017. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/rdgv/v13n3/1808-2432-rdgv-13-03-0866.pdf>>. Acesso em: 08 jul. 2019.

CARMO, Maria do. **Hospitais universitários e integração ao Sistema Único de Saúde - estudo de caso**: Hospital das Clínicas da UFMG -1996 a 2004. Belo Horizonte, 2006. 121f. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Departamento de Medicina Preventiva e Social Área de concentração: Saúde Pública – Políticas de Saúde e Planejamento. Disponível em:

<[http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/ECJS7S7PWQ/maria\\_do\\_carmo\\_pdf.pdf?sequence=1](http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/ECJS7S7PWQ/maria_do_carmo_pdf.pdf?sequence=1)> Acesso em 04 dez. 2018.

CAVALHEIRO, Jader Branco. **A organização do sistema de controle interno dos municípios**. Porto Alegre: CRCRS, 2003.

CIANCIARULLO, T.I. **Instrumentos básicos para o cuidar** - um desafio para a qualidade de assistência. São Paulo: Atheneu, 2003.

CORRÊA, Izabela Moreira. Planejamento estratégico e gestão pública por resultados no processo de reforma administrativa do estado de Minas Gerais. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.41, n.3, 487-504, maio/jun. 2007.

COUTINHO Frederico de Moraes Andrade; MELO, Íria Pereira de; ROMERO, Gerlainne Cristine Diniz. **Os desafios do controle de resultados nas organizações da sociedade civil de interesse público (OSCIP)**: um estudo do caso de minas gerais. II Congresso Consad de Gestão Pública – Painel 45: Parcerias com a sociedade: a experiência das OS e OSCIP. Brasília/DF, 2009. Disponível em:

<[http://www.escoladegestao.pr.gov.br/arquivos/File/Material\\_%20CONSAD/paineis\\_II\\_congresso\\_consad/painel\\_45/os\\_desafios\\_do\\_controle\\_de\\_resultados\\_nas\\_organizacoes\\_da\\_sociedade\\_civil.pdf](http://www.escoladegestao.pr.gov.br/arquivos/File/Material_%20CONSAD/paineis_II_congresso_consad/painel_45/os_desafios_do_controle_de_resultados_nas_organizacoes_da_sociedade_civil.pdf)> Acesso em: 07 mar. 19.

DITTERICH, Rafael Gomes; MOYSES, Simone Tetu; MOYSES, Samuel Jorge. **O uso de contratos de gestão e incentivos profissionais no setor público de saúde**. Cad. Saúde Pública vol.28 n° 4 Rio de Janeiro Apr. 2012. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2012000400002&lang=pt#back](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2012000400002&lang=pt#back)> Acesso em: 26 nov. 2018.

DUARTE, Elisete; EBLE, Leticia Jensen; GARCIA, Leila Posenato. **30 anos do Sistema Único de Saúde**. Editorial, Epidemiol. Serv. Saúde, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000100018>> Acesso em: 30 nov. 2018.

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

FERREIRA, Sandra Regina Viegas; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. 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**, v.11, n.44, p.113-26, 2009.

FIGUERAS, J; ROBINSON, RJ; JAKUBOWSKI E. **Purchasingto improve health systems performance**. Maidenhead: EuropeanObservatoryon Health Systems and Policies Series, Open University Press; 2005.

FILHO, J.L.R; LOPES, P.R.L.; MESSINA, L.A. **Rute 100**: as 100 primeiras unidades de telemedicina no Brasil e o impacto da Rede Universitária de Telemedicina. Rio de Janeiro, 2014.

FLAMHOLTZ, Eric. Organizationalcontrol systems as a managerial tool. Califórnia **Management Review**, v. 22, n. 2, p. 50-9, 1979.

GALVAO, J. **O segmento de Saúde para o desenvolvimento regional no município de Blumenau – SC**: a participação do Hospital Santa Isabel. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Regional). Blumenau: Universidade Regional de Blumenau, 2003.

GARBIN, Cléa Adas Saliba; MARQUES, Jeidson Antônio Morais; MOIMAZ, Suzely Adas Saliba; SALIBA, Orlando; ZINA, Livia Guimarães; SALIBA, Nemre Adas. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, vol.20, nº 4 - Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312010000400019](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000400019)>. Acesso em: 14 abr. 2019.

GARCIA, Emerson Gomes; SANTANA, Élide de Jesus Santos. SANTOS, Almeida dos; TRIPPOC, Karen Valadares; VIEIRA, Rachel Porto. A auditoria e o enfermeiro como ferramentas de aperfeiçoamento do SUS. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.36, n.2, p.539-559 abr./jun. 2012. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/01000233/2012/v36n2/a3254.pdf>>. Acesso em: 12 mai. 2019.

GOMES, Eduardo Granha Magalhães. **Gestão por Resultados e eficiência na Administração Pública: uma análise à luz da experiência de Minas Gerais**. Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Administração Pública e Governo da FGV/EAESP. São Paulo, 2009. Disponível em: <[http://igepp.com.br/uploads/arquivos/igepp\\_\\_gestor\\_f2\\_q34\\_37\\_38\\_39\\_40\\_tese\\_eduardograha\\_leonardo\\_ferreira\\_140813.pdf](http://igepp.com.br/uploads/arquivos/igepp__gestor_f2_q34_37_38_39_40_tese_eduardograha_leonardo_ferreira_140813.pdf)>. Acesso em: 19 abr. 2019.

GOMES, Josir S. **Controle gerencial na era da globalização**. COPPEAD/UFRJ, Relatório COPPEAD nº 317. Rio de Janeiro, 1997.

Acesso em: 14 dez. 2018.

GOMES, Marcio Cidade, **A experiência da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo**. Gestão Pública no Brasil contemporâneo. São Paulo: Fundap, Casa Civil, 2005.

GONÇALVES, E.L. **Estrutura organizacional do hospital moderno**. RAE - Revista de Administração de Empresas, São Paulo, vol. 38, n. 1, p. 80-90, jan./mar. 1998.

HALICKI, Zélia; PEDROSO, Rosa Maria Alves; STADLER, Adriano. **A Contratualização de Resultados na Procuradoria-Geral do Município de Curitiba**. Mestrado Profissional em Administração Pública – PROFIAP, 2016. Disponível em:

<<http://www.profiap.org.br/profiap/eventos/2016/i-congresso-nacional-de-mestradosprofissionais-em-administracao-publica/anais-do-congresso/40710.pdf>> Acesso em: 14 mar. 2019.

HALICKI, Zélia; PEDROSO, Rosa Maria Alves; STADLER, Adriano. **A Contratualização de Resultados na Procuradoria-Geral do Município de Curitiba**. Mestrado Profissional em Administração Pública – PROFIAP, 2016. Disponível em:

<<http://www.profiap.org.br/profiap/eventos/2016/i-congresso-nacional-de-mestradosprofissionais-em-administracao-publica/anais-do-congresso/40710.pdf>> Acesso em: 14 mar. 2019.

HENRIQUES, Jane. **Gestão por Resultados e Contratualização de Serviços: A experiência de Minas Gerais**. Portal Administradores.com, 2011. Disponível em:

<<http://www.administradores.com.br/artigos/economia-e-financas/gestao-por-resultados-econtratualizacao-de-servicos-a-experiencia-de-minas-gerais/59742/>> Acesso em: 22 out. 2018.

HORTALE, V. A.; DUPRAT, P. O contrato de gestão na reforma do subsistema hospitalar francês: contribuição à discussão sobre a descentralização dos serviços de saúde no Brasil.

**Revista de Administração Pública**, v. 33, n. 2, p. 7-22, 1999. Disponível em:

<<http://www.spell.org.br/documentos/ver/12844/o-contrato-de-gestao-na-reforma-dosubsistema-hospitalar-frances--contribuicao-a-discussao-sobre-a-descentralizacao-doservicos-de-saude-no-brasil>> Acesso em: 21 nov. 2018.

JACOBSEN, Alessandra de Linhares; NUNES, Rogerio da Silva; RIBEIRO, Andrea Cristina Pires de Azevedo Pinto; WEINZIERL, Greici. **Gestão por resultados na administração pública: a implantação no núcleo estadual do ministério da saúde em Alagoas**. Artigo – VII Congresso Nacional de Excelência em Gestão. Alagoas, 2011. Disponível em:

<[http://www.inovarse.org/sites/default/files/T11\\_0419\\_1595.pdf](http://www.inovarse.org/sites/default/files/T11_0419_1595.pdf)>. Acesso em: 15 dez. 2018.

JESUS, Marcos Junio Ferreira de. **Contratualização de resultados, controle e**

**aprendizagem: a experiência do HOSPSUS-Rede Mãe Paranaense**. São Paulo/SP, 2017. 169

f. Disponível em:

<<http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/18677/Tese%20-%20CONTRATUALIZA%C3%87%C3%83O%20DE%20RESULTADOS%2c%20CONTROLE%20E%20APRENDIZAGEM%20a%20experi%C3%Aancia%20do%20HOSPSUS-Rede%20M%C3%A3e%20Paranaense%20pdf.pdf?sequence=3&isAllowed=y>>. Acesso em: 14 mar. 19.

JOAZEIRO, Edna Maria Goulart e SCHERER, Magda Duarte dos Anjos. Trabalho coletivo e transmissão de saberes na saúde: desafios da assistência e da formação. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 279-93, 2012. Disponível em: <<http://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/1129/1042>>. Acesso em 01 dez 2018.

KANUFRE, Rosana Aparecida Martinez; REZENDE, Denis Alcides Rezende. Princípios da gestão orientada para resultados na esfera municipal: o caso da prefeitura de Curitiba **Revista Adm.**, São Paulo, v.47, n.4, p.638-652, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rausp/v47n4/a10v47n4.pdf>>. Acesso em: 21 nov. 2018.

LAPREGA, Milton Roberto. **Hospitais de Ensino no Brasil: História e Situação Atual**. Tese de Livre Docência apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2015. Disponível em: <[https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3693160/mod\\_resource/content/1/Os%20hospitais%20de%20ensino%20no%20Brasil%20hist%C3%B3ria%20e%20situa%C3%A7%C3%A3o%20atual.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3693160/mod_resource/content/1/Os%20hospitais%20de%20ensino%20no%20Brasil%20hist%C3%B3ria%20e%20situa%C3%A7%C3%A3o%20atual.pdf)> Acesso em: 04 dez. 2018.

LEITE, Jacqueline Dagmar Barros Lobo; NASCIMENTO, Eliana Cassiano Verdade; SOUZA, Hellen Fernanda. Contratualização na Saúde: proposta de um Contrato Único para os programas no Estado de Minas Gerais. **Revista de Administração em Saúde**, Vol. 12, Nº 46 – Jan-Mar, 2010. Disponível em: <[file:///C:/Users/hu/Downloads/RAS\\_v12n46\\_p1522.pdf](file:///C:/Users/hu/Downloads/RAS_v12n46_p1522.pdf)>. Acesso em: 21 mar. 19.

LENZA, Pedro. **Direito Constitucional Esquematizado**. 13. ed. São Paulo: Saraiva, 2009.

LIMA, Helton Roseno. Controle externo, administração pública e transparência administrativa. **Revista da AGU**. Ano 07, nº 17, Jul./set. 2008. Disponível em: <<https://seer.agu.gov.br/index.php/AGU/article/view/327>>. Acesso em: 07 jul. 2019.

LIMA, Iran Siqueira. **Contribuição ao estudo da eficácia na aplicação do contrato de gestão nas empresas estatais**. Caderno de Estudo, nº 19, São Paulo, 1998. ISSN 1413-9251. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141392511998000300003&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141392511998000300003&lang=pt)> Acesso em: 25 nov. 2018.

LIMA, Sheyla Maria Lemos; RIVERA, Francisco Javier Uribe. A contratualização nos Hospitais de Ensino no Sistema Único de Saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, p.2507-2521, Rio de Janeiro-RJ, 2012. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n9/a31v17n9.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2019.

LIMA, Sheyla Maria Lemos. O contrato de gestão e a conformação de modelos gerenciais para as organizações hospitalares públicas. **Revista de Administração Pública**, v. 30, n. 5, p. 101-138, 1996. Disponível em: <<http://www.spell.org.br/documentos/ver/13413/o-contratode-gestao-e-a-conformacao-de-modelos-gerenciais-para-as-organizacoes-hospitalarespublicas>> Acesso em: 22 nov. 2018.

LINO, K.M.S.; GONÇALVES, M.F. & FEITOSA, S.L. **Administração hospitalar por competência: o administrador como gestor hospitalar**, 2008.

LUEDY, A.; MENDES, V. L. P.; RIBEIRO JÚNIOR, H. Gestão Pública por Resultados: contrato de gestão como indutor de melhorias em um hospital universitário. **Organizações & Sociedade**, v. 19, n. 63, p. 641-659, 2012. Disponível em: <<http://www.spell.org.br/documentos/ver/9255/gestao-publica-por-resultados--contrato-degestao-como-indutor-de-melhorias-em-um-hospital-universitario>> Acesso em: 18 nov. 2018.

MACHADO, Sérgio Pinto; KUCHENBECKER, Ricardo. Desafios e perspectivas futuras dos hospitais universitários no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232007000400009&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232007000400009&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em 26 abr. 2018.

MADRIGAL, Alexis. Os Conselhos de Políticas Públicas à luz da Constituição Federal de 1988. **Revista Jus Navigandi**, 2015. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/40415/osconselhos-de-politicas-publicas-a-luz-da-constituicao-federal-de-1988>>. Acesso em: 20 jun. 2019.

MAFRA, Francisco. Administração pública burocrática e gerencial. In: **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, VIII, n. 21, maio 2005. Disponível em: <[http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=503](http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=503)>. Acesso em: 02 abr. 2019.

MARILENE, Barros de Melo. **O Sistema Nacional de Auditoria do SUS: estruturação, avanços, desafios e força de trabalho**. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/4379/2/285.pdf>>. Acesso em: 08 mai. 2019.

MARTINS, H. F.; MARINI, C. et al. **Um guia de governança para resultados na administração pública**. Publix Editora, 2010.

MATOS, Juliana Pigozzi. **Eficiência dos Hospitais Universitários nas Regiões Norte e Nordeste: uma análise por envoltória de dados**. Trabalho de conclusão de curso. São Carlos, 2014. Disponível em: <[file:///C:/Users/MARIA/Downloads/Matos\\_Juliana\\_Pigozzi.pdf](file:///C:/Users/MARIA/Downloads/Matos_Juliana_Pigozzi.pdf)> Acesso em: 04 dez. 2018.

MATUS, Carlos. **Guia de Análisis Teórico**. Curso de Governo e Planificação. Caracas: Fundación Altadir, 1994.

MELO, Marilene Barros de. **O Sistema Nacional de Auditoria do SUS: estruturação, avanços, desafios e força de trabalho**. Tese de Doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública - Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/4379/2/285.pdf>>. Acesso em: 10 mai. 2019.

MEIRELLES, Hely Lopes. **Direito Administrativo Brasileiro**. 26. ed. atual. São Paulo: Malheiros, 2001.

MISHRA, B.; VAYSMAN, I. **Cost-system choice and incentives** – tradicional vs. activity based costing. *Journal of Accounting Research*, v. 39, n.3, p. 619-641, Dec., 2001.

MODESTO, Paulo. Contrato de gestão no interior da organização administrativa como contrato de autonomia. **Revista Eletrônica sobre a Reforma do Estado**. Novembro de 2010.

MORAES, Alexandre de. **Direito Constitucional Administrativo**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2005.

NICKSON, A. Transferencia de políticas y reforma en la gestión del sector público en América Latina: el caso del New Public Management. In: Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Caracas, Oct. 2002.

NUNES, Paulo. **Conceito de Gestão e de Gestor**. 2006. Disponível em:

<[https://www.notapositiva.com/old/trab\\_professores/textos\\_apoio/gestao/01conc\\_gestao.htm](https://www.notapositiva.com/old/trab_professores/textos_apoio/gestao/01conc_gestao.htm)>. Acesso em: 02 jul. 2019.

O sistema único de saúde (SUS). **Portal da Educação**, 2019. Disponível em:

<<https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/enfermagem/o-sistema-unico-de-saude-sus/28716>>. Acesso em: 06 abr. 2019.

OLÍMPIO J. NOGUEIRA V. BITTAR. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde.

**Revista de Administração em Saúde – RAS**. Vol. 3, Nº 12 – Jul-Set, 2001. Disponível em:

<<http://sistema4.saude.sp.gov.br/sahe/documento/indicadorQualidadeI.pdf>>. Acesso em: 26 set. 2019.

PACHECO, Regina Silvia. **Contratualização de resultados no setor público: a experiência brasileira e o debate internacional**. IX Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Madrid, España, 2 – 5 Nov. 2004. Disponível em:

<[https://www.academia.edu/8707478/Contratualiza%C3%A7%C3%A3o\\_de\\_Resultados\\_no\\_Setor\\_P%C3%BAblico\\_A\\_Experi%C3%Aancia\\_Brasileira\\_e\\_o\\_Debate\\_Internacional](https://www.academia.edu/8707478/Contratualiza%C3%A7%C3%A3o_de_Resultados_no_Setor_P%C3%BAblico_A_Experi%C3%Aancia_Brasileira_e_o_Debate_Internacional)>.

Acesso em: 23 mar. 2019.

PACHECO, Regina Silvia. **Reformando a administração pública no Brasil: eficiência e accountability democrática.** Texto apresentado no Seminário “A Reforma da Administração Pública: possibilidades e obstáculos”. Fundação Joaquim Nabuco, Recife, 20-21 ago. 1998.

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

PAULITSCH, Aline Fayh. **A aferição do cumprimento de metas contratuais pelos prestadores do SUS como forma de aprimoramento da gestão pública de saúde.** São Paulo - SP, 2017. Disponível em:  
<<https://www.cojusp.com.br/wpcontent/uploads/2017/09/TESE-1.pdf>> Acesso em 01 dez. 2018.

PEIXOTO, Cláudia de Almeida Pereira. **A Importância dos Contratos de Gestão para Melhoria na Saúde Pública.** JurisWay, 2013. Disponível em:  
<[https://www.jurisway.org.br/v2/dhall.asp?id\\_dh=11848](https://www.jurisway.org.br/v2/dhall.asp?id_dh=11848)> Acesso em: 30 out. 2018.

PERDICARIS, Priscilla Reinisch. **Contratualização de resultados e desempenho no setor público: A experiência do Contrato Programa nos hospitais da Administração Direta no Estado de São Paulo.** Tese de Doutorado - Fundação Getulio Vargas, Escola de Administração de Empresas de São Paulo. São Paulo – SP, 2012. Disponível em:  
<[https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/9390/Tese\\_Priscilla%20Perdicaris\\_Final.pdf](https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/9390/Tese_Priscilla%20Perdicaris_Final.pdf)> Acesso em 12 fev. 2019.

PIETRO, Maria Sylvia Zanella Di. **Direito Administrativo.** 17. ed. São Paulo: Atlas, 2004.

PIETRO, Maria Sylvia Zanella Di. **Contratos de Gestão.** Contratualização do controle administrativo sobre a administração indireta e sobre as organizações sociais. Florianópolis, 2000. Disponível em:  
<<http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/revistaspge/revista2/artigo9.htm>> Acesso em: 01 dez. 2018.

ROCHA, Diego Pederneiras Moraes. A transição da Administração burocrática para a administração gerencial. **Conteúdo Jurídico**, Brasília, 2016. Disponível em:  
<<https://conteudojuridico.com.br/consulta/Artigos/47183/a-transicao-da-administracaoburocratica-para-a-administracao-gerencial>>. Acesso em: 19 nov. 2019.

SANO, Hironobu; ABRUCIO, Fernando Luiz. Promessas e resultados da Nova Gestão Pública no Brasil: o caso das organizações sociais de saúde em São Paulo. **Revista de Administração de Empresas**. [online]. 2008, vol.48, n.3, p.64-80. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-75902008000300007&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-75902008000300007&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 30 abr. 2019.

SANTIAGO, J. S. & GOMES, A. M. **A ferramenta de custos na gestão dos hospitais universitários.** In: V Encontro de Iniciação Científica, Natal, 06 e 07 de novembro de 2003. Natal: Faculdade de Natal, 2003.

SANTOS, Jair Lima. **Tribunal de Contas da União & Controle Estatal e Social da Administração Pública**. Curitiba: Juruá, 2003.

SANTOS, Wendel Mombaqué dos. **A importância do SIGTAP para o faturamento hospitalar**. Portal Educação, 2013. Disponível em:

<<https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/enfermagem/a-importancia-do-sigtappara-o-faturamento-hospitalar/47376>> Acesso em: 27 nov. 2018.

SCHMIDT, Célia Regina. **Análise da percepção dos auditores sobre a auditoria interna na gestão do Sistema Único de Saúde de Mato Grosso**. Piracicaba, 2014. Disponível em: <[http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/289861/1/Schmidt\\_CeliaRegina\\_M.pdf](http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/289861/1/Schmidt_CeliaRegina_M.pdf)>. Acesso em: 02 jun. 2019.

SCHWARZ, Letícia. **A experiência de contratualização de resultados no governo federal brasileiro pesquisa com órgãos supervisores de contratos de gestão**. Relatório de pesquisa II - relatório de caracterização e análise de iniciativas selecionadas. Ministerio do Planejamento, Orçamento e Gestão. Brasília - BR, dezembro de 2009.

SENHORAS, Elói Martins. A cultura na organização hospitalar e as políticas culturais de coordenação de comunicação e aprendizagem. **Revista Eletrônica de Comunicação & Inovação em Saúde**, Fio Cruz, Rio de Janeiro, vol. 1, n. 1, p. 45-55, 2007. Disponível em: <<https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/879>>. Acesso em: 29 jul. 19.

SERRA, Alberto. **Modelo Aberto de Gestão para Resultados no Setor Público**. BID/CLAD/SEARH-RN, Natal, 2008. Disponível em: <[https://issuu.com/sabereseap/docs/modelo\\_aberto\\_de\\_gestao\\_para\\_resultados\\_no\\_setor\\_p](https://issuu.com/sabereseap/docs/modelo_aberto_de_gestao_para_resultados_no_setor_p)>. Acesso em 14 jun. 2019.

SERRALVO, Flávia Silveira; SILVA, Rogério Nazário da. **Gestão em saúde e saúde pública**. Revista Interação, ano III, nº 2 – 2º semestre de 2009. Disponível em: <[https://vemprafam.com.br/wp-content/uploads/2016/11/3\\_Gestao-de-saude-e-saudepublica.pdf](https://vemprafam.com.br/wp-content/uploads/2016/11/3_Gestao-de-saude-e-saudepublica.pdf)>. Acesso em: 04 fev. 2019.

SOUZA, A., GUERRA, M., GUERRA, C., GOMIDE, P., PEREIRA, C., & FREITAS, D. Controle de gestão em organizações hospitalares. **REGE Revista De Gestão**, 16(3), 15-29, 2009. Disponível em: <<https://doi.org/10.5700/issn.2177-8736.rege.2009.36675>> Acesso em: 07 nov. 2018.

SOUZA KO. **Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: narrativa de uma transição** [dissertação]. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo; 2014.

TROSA, Sylvie. **Gestão pública por resultados: quando o Estado se compromete**. Rio de Janeiro: Revan; Brasília, DF: Enap, 2001.

ZAMPARETTI, Aloísio de Freitas. **Controle externo da administração pública exercido pelo Tribunal de Contas da União – TCU**. Faculdade de Ciências Sociais de Florianópolis – FCSF; Curso de Graduação em Direito. Florianópolis, 2009. Disponível em: <<file:///C:/Users/MARIA/Downloads/2053576.PDF>>. Acesso em: 08 jul. 2019.