

idp

idn

MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

MONITORAMENTO DE CONTRATO DE GESTÃO EM SAÚDE PÚBLICA: ESTUDO DE CASO NO INSTITUTO HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL

ROOSEVELT VILELA PIRES

Brasília-DF, 2021

ROOSEVELT VILELA PIRES

MONITORAMENTO DE CONTRATO DE GESTÃO EM SAÚDE PÚBLICA: ESTUDO DE CASO NO HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Administração Pública, do Instituto Brasileiro de Ensino, Desenvolvimento e Pesquisa, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Orientador

Prof. Ms. Weder de Oliveira

Brasília-DF 2021

ROOSEVELT VILELA PIRES

MONITORAMENTO DE CONTRATO DE GESTÃO EM SAÚDE PÚBLICA: ESTUDO DE CASO NO HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Administração Pública, do Instituto Brasileiro de Ensino, Desenvolvimento e Pesquisa, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Aprovado em 29 / 07 / 2021

Banca Examinadora

Prof. Ms. Weder de Oliveira - Orientadora

Prof. Dr. Ramiro Nóbrega Sant'Ana – Membro Externo

Prof. Dr. Felipe Lopes da Cruz

P667m Pires, Roosevelt Vilela
Monitoramento de contrato de gestão em saúde pública: estudo de caso
no hospital de base do Distrito Federal / Roosevelt Vilela Pires. – Brasília:
IDP, 2022.

106 p. : il.
Inclui bibliografia.

Trabalho de Conclusão de Curso (Dissertação) – Instituto Brasileiro de
Ensino, Desenvolvimento e Pesquisa – IDP, Curso de Mestrado profissional
em Administração Pública, Brasília, 2021.
Orientador: Prof. Ms. Weder de Oliveira.

1. Gestão hospitalar. 2. Monitoramento em saúde pública. 3. Indicadores
de gestão. I. Título.

CDD 351

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Ministro Moreira Alves
Instituto Brasileiro de Ensino, Desenvolvimento e Pesquisa

DEDICATÓRIA

Este trabalho é dedicado à minha esposa Kamila Santa Cruz Oliveira Vilela e aos meus filhos Mateus Vinícius Santa Cruz Vilela, Gabriela Santa Cruz Vilela e Athon Davi Santa Cruz Vilela e a toda a população do Distrito Federal que sofre com a baixa qualidade dos serviços públicos na área de saúde, pois o objetivo maior com esse trabalho é contribuir para a melhora na prestação de serviços públicos na área de saúde.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus, que torna tudo possível e nos dá força para enfrentar desafios, como a elaboração desta pesquisa acadêmica. Agradeço à minha família, cujo apoio, encorajamento e compreensão foram essenciais ao desenvolvimento deste estudo.

Agradeço aos meus amigos e colegas de Mestrado pelo incentivo e companheirismo, nesta etapa tão importante de minha vida.

Agradeço aos professores e integrantes do IDP, que propiciaram um ambiente aberto a discussões e à evolução acadêmica e profissional.

Agradeço, sobretudo, ao meu orientador, Ministro Weder de Oliveira, pela disponibilidade e pelos comentários construtivos, que foram fundamentais para o desenvolvimento deste trabalho.



“Deixem que o futuro diga a verdade e avalie cada um de acordo com o seu trabalho e realizações. O presente pertence a eles, mas o futuro pelo qual eu sempre trabalhei pertence a mim.”

Nikola Tesla

RESUMO

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

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

ABSTRACT

This study examines the monitoring system of the “Contrato de Gestão N° 001/2018- SES/DF”, held between the Health Department of the Federal District and IGES/DF, especially regarding the management of Hospital de Base. Hence, the characteristics of public health and the evolution of management models in Brazil and in the IGES/DF are analyzed in order to understand the basis for the implementation of the management contract. While analyzing the documents related to the contract, it was found that the monitoring system is not based on a clear and technically defined methodology. In consequence, performance indicators mainly lack the attribute of comparability. The improvement assessment in public health management regarding this hospital is therefore hindered.

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

LISTA DE QUADROS

Quadro 1

Resumo metodológico17

Quadro 2

Comparação entre as características de serviço social autônomo e de organização social32

Quadro 3

Comparação entre as características do modelo tradicional de gestão e o novo modelo de gestão do Hospital de Base do Distrito Federal45

Quadro 4

Indicadores do Contrato de Gestão N° 001/2018-SES/DF69

Quadro 5

Indicadores de eficácia, eficiência e efetividade77

Quadro 6

Arcabouço jurídico do IHBDF e do IGES/DF – atualizado até 04/202195

Quadro 7

Resumo das Cláusulas do Contrato de Gestão N° 001/2018- SES/DF99

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 14

- 1.1 JUSTIFICATIVA E PERGUNTA DE PESQUISA..... 16
- 1.2 OBJETIVOS GERAL E ESPECÍFICOS 16
- 1.3 METODOLOGIA..... 17

2. SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL 20

- 2.1 EVOLUÇÃO DO CONTEXTO NORMATIVO DE GESTÃO 20
- 2.2 A INFLUÊNCIA DA REFORMA ADMINISTRATIVA GERENCIAL NOS SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA..... 22
- 2.3 DIFICULDADES APRESENTADAS NA GESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA E A DESCENTRALIZAÇÃO DE GESTÃO COMO ALTERNATIVA..... 26
- 2.4 SERVIÇOS SOCIAIS AUTÔNOMOS NA ÁREA DE SAÚDE 28

3. CONTRATO DE GESTÃO 36

- 3.1 INDICADORES..... 38

4. O HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL (HBDF) 44

- 4.1 HISTÓRICO 44
- 4.2 MODELOS DE GESTÃO NO INSTITUTO HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL..... 45
- 4.3 PROCESSO LEGISLATIVO E JUSTIFICATIVA PARA DESCENTRALIZAÇÃO DE GESTÃO..... 47

5. ANÁLISE DO CONTRATO DE GESTÃO..... 53

- 5.1 MONITORAMENTO DO CONTRATO..... 53
 - 5.1.1 FISCALIZAÇÃO DO CONTRATO 53
 - 5.1.2 CONTROLE INTERNO 55
 - 5.1.3 PERIODICIDADE DA PRESTAÇÃO DE CONTAS E INSTRUMENTOS DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO..... 55

SUMÁRIO

5.1.4 SANÇÕES PREVISTAS	59
5.1.5 DIFICULDADES PARA ACOMPANHAMENTO DO CONTRATO DE GESTÃO: MUDANÇAS NA METODOLOGIA DE INDICADORES E METAS.....	60
5.2 ANÁLISE DOS INDICADORES.....	69
5.3 DISCUSSÃO.....	76
CONCLUSÃO	82
REFERÊNCIAS.....	87
Anexos	96



1

INTRODUÇÃO

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

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

Com a justificativa de melhorar o atendimento em saúde, recentemente, o Distrito Federal decidiu inovar na gestão do maior hospital público da região: o Hospital de Base. A história do hospital de base começou junto com a criação da nova capital do país, sendo considerado um tradicional centro de atendimento médico de Brasília. Por meio da Lei nº 5.899/2017, foi criado o Instituto hospital de base do distrito federal - IHBDF. Com isso, criou-se uma pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos, de interesse coletivo e utilidade pública, regulada por meio de contrato de

gestão, sob a forma de serviço social autônomo.

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

Pouco mais de um ano depois, com a Lei nº 6.270/2019, trouxe ampliação desse modelo, com a absorção do IHBDF por uma estrutura

gerencial maior, o Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal - IGES/DF, com a finalidade de otimizar a gestão de uma rede hospitalar maior.

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

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

Com a implementação da descentralização de gestão em saúde pública tendo ocorrido em 2018, pode-se considerar o Contrato de Gestão N° 001/2018-SES/DF ainda em período de adaptação, o que propicia oportunidades para evolução e consolidação do modelo, que poderá servir de paradigma dentro do país.

O texto estrutura-se em cinco capítulos, além da Introdução (Capítulo 1) e da Conclusão (Capítulo 6). No Capítulo 2, será abordada a evolução e as dificuldades da gestão da saúde pública nacional, sob influência das reformas administrativas que perpassaram a história brasileira. Em seguida, no Capítulo 3, será feita breve explicação sobre contratos de gestão e o uso de indicadores no acompanhamento de resultados. No Capítulo 4, por sua vez, será descrita a situação do Hospital de Base do Distrito Federal, incluindo seu histórico, os impactos da legislação que descentralizou sua administração e as formas de gestão tradicional e por meio de serviço social autônomo. Já no Capítulo 5, serão analisadas as formas de monitoramento do

Contrato de Gestão N° 001/2018-SES/DF e as dificuldades verificadas no modelo.

1.1 JUSTIFICATIVA E PERGUNTA DE PESQUISA

Tendo em vista a necessidade premente de melhorar a qualidade do serviço público de saúde no Brasil, este projeto propõe-se a responder o seguinte questionamento: a forma de monitoramento do Contrato de Gestão N° 001/2018-SES/DF tem permitido avaliar se está havendo melhoria na gestão do Hospital de Base do Distrito Federal?

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

1.2 OBJETIVOS GERAL E ESPECÍFICOS

O objetivo geral desta pesquisa é analisar se o sistema de monitoramento do contrato de gestão para gerir de forma descentralizada, o Hospital de Base do Distrito Federal, possibilita aferir melhoria na prestação do serviço público.

Com vistas a verificar o objetivo geral, é necessário perpassar os seguintes objetivos específicos:

- i) explicar serviço social autônomo na área de saúde;**
- ii) conceituar contrato de gestão;**
- iii) comparar o modelo de gestão tradicional de gestão hospitalar com a descentralização da gestão, principalmente por meio de serviço social autônomo;**
- iv) apresentar breve histórico da gestão do Hospital de Base do Distrito Federal;**
- v) analisar o contrato de gestão N° 001/2018-SES/DF, entre a Secretaria de Saúde do Distrito Federal e o IGES/DF, buscando compreender a justificativa para a descentralização;**

- vi) analisar o sistema de monitoramento e avaliação do Contrato de Gestão N° 001/2018-SES/DF;**
- vii) examinar os indicadores previstos no Contrato de Gestão N° 001/2018- SES/DF.**

1.3 METODOLOGIA

Dentre os métodos de pesquisa existentes na área de Ciências Sociais, este trabalho consiste em um estudo de caso.

Em Administração Pública, mostra-se interessante utilizar estudo de caso como estratégia de pesquisa, na medida em que é uma forma de demonstrar os fenômenos sociais e investigar as consequências ou modificações na prática. (YIN, 2005)

Para esta pesquisa, é realizado o exame de dados subjetivos, não sendo escopo a avaliação dos resultados estatísticos dos indicadores previstos no contrato de gestão N° 001/2018-SES/DF. De acordo com Zanella (2009), enquanto a pesquisa quantitativa busca verificar a representatividade de dados numéricos, a pesquisa qualitativa baseia-se em fenômenos teórico-empíricos e no ambiente social, de forma descritiva.

Nesta pesquisa, são utilizados dados públicos da gestão de saúde do Hospital de Base do Distrito Federal, a fim de analisar o contrato de gestão que rege a descentralização administrativa deste hospital. Com isso, verificar-se-á se a forma de monitoramento definido possibilitaria aferir melhora na prestação de serviço de saúde pública ou melhor alocação dos recursos públicos.

O Quadro I apresenta quais serão as informações pesquisadas e a abordagem metodológica para obtenção dos dados necessários para a consecução da pesquisa.

Quadro I: Resumo metodológico	
Dados e informações	Fonte
Revisão bibliográfica e normativa	Textos científicos e acadêmicos e normas jurídicas relacionadas ao HBDF e à área de saúde pública.
Motivação para a descentralização da gestão do HBDF	<p>Mensagem nº 031/2017-GAG. Submete o Projeto de Lei que “autoriza o Poder Executivo a instituir o Instituto Hospital de Base do Distrito Federal” para apreciação da Câmara Legislativa do Distrito Federal.</p> <p>Mensagem nº 09/2019-GAG. Submete o Projeto de Lei que “altera a nomenclatura do Instituto Hospital de Base do Distrito Federal – IHBDF para Instituto de Gestão Estratégica da Saúde do Distrito Federal – IGES/DF, e dá outras providências” para apreciação da Câmara Legislativa do Distrito Federal.</p> <p>Publicações da Agência Brasília: https://www.agenciabrasilia.df.gov.br/</p>
Contratos de gestão estabelecidos entre o Poder Público e o HBDF, por meio do IGES/DF	Processo administrativo SEI_00001_00013195_2021_62 Página eletrônicas do IGES/DF: https://igesdf.org.br/
Relatórios de prestação de contas das metas estabelecidas no contrato de gestão	Processo administrativo SEI_00001_00013195_2021_62 Página eletrônicas do IGES/DF: https://igesdf.org.br/

Fonte: Elaboração própria (2021).



?

2

SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Neste capítulo, realiza-se análise sucinta do histórico da saúde pública no Brasil a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988 e do processo de implementação da reforma administrativa gerencial, nos anos 1990, bem como dos desafios relacionados à gestão da saúde pública.

2.1 EVOLUÇÃO DO CONTEXTO NORMATIVO DE GESTÃO

Como ressaltaram Machado e outros (2017, pag. 156,157), a evolução da saúde pública no Brasil foi profundamente influenciada pelas características políticas e sociais do país.

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

Com base no histórico relativo à saúde pública do Brasil, Santos e outros (2020,

p. 3600) identificaram a Constituição Federal de 1988, o Plano de Reforma da Atenção Hospitalar Brasileira de 2003 (PRAHB/2003) e a Política Nacional de Atenção Hospitalar de 2013 (PNHOSP/2013) como principais marcos normativos sobre o tema. Para os autores, esses documentos representam:

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

Com base no artigo de Santos et al (2020, p. 3600), no qual se realizou abrangente revisão bibliográfica acerca da gestão hospitalar no SUS, compreende-se que, no período anterior à existência do SUS, verifica-se a ocorrência de problemas que, embora mitigados, subsistem até o período atual, como, por exemplo, deficiências no planejamento e na gestão sistêmica em saúde, escassez de recursos humanos, inadequação da estrutura física e pouca fidedignidade dos registros de Autorização de Internação Hospitalar.

Essa evolução, entretanto, tornou evidente o desafio de articular e regulamentar a gestão da rede nacional de serviços de saúde, diante da disseminação dos serviços hospitalares no Brasil. A partir de 1988, deu-se início a um processo de descentralização e contratualização do sistema de atenção hospitalar no âmbito estadual, associado à municipalização e a regulação das relações entre os setores público e privado. SANTOS et al. (2020, p. 3598)

Na etapa inicial de implantação do SUS, estabeleceu-se uma rede descentralizada. Em razão dos desafios impostos pela permanente escassez de recursos e pela dificuldade em gerir um sistema de saúde universal em um país de dimensões continentais, em 2003 foi elaborado o Plano da Reforma da Atenção Hospitalar Brasileira. SANTOS et al. (2020, p. 3600-3603).

Com o Plano da Reforma da Atenção Hospitalar Brasileira, buscou-se o fortalecimento da articulação entre os setores públicos e privado, bem como a melhoria do planejamento e da gestão, a exemplo das Redes de Atenção à Saúde (RAS), cujo propósito é aumentar a eficiência na gestão da saúde no âmbito regional, a fim de conformar um sistema reticular integrado de saúde nos diversos territórios que compõem o Brasil. SANTOS et al. (2020, p. 3598).

Entretanto, com base no artigo de Alves e outros (2019), é possível entender que a evolução do SUS não avançou no mesmo compasso do contínuo aumento das demandas por serviços na área de saúde, seja em relação à garantia de acesso, seja no que concerne à gestão do sistema hospitalar.

Nos anos 1990, no contexto da reforma administrativa gerencial, em razão das desigualdades territoriais quanto à oferta de serviços do SUS e da escassez de recursos que caracterizou o período, o modelo das Organizações Sociais (OS) ganhou relevância. A disseminação dessas entidades no setor de saúde visava suprir o déficit de cobertura, bem

como a incapacidade de atender a demanda por atendimentos de baixa complexidade, conforme se depreende em Santos e outros (2020).

A PNHOSP baseou-se na organização da rede hospitalar com base nas RAS regionais. Na Portaria 3.390/2013, do Ministério da Saúde, definiram-se três eixos estruturantes dessa política de atenção hospitalar, com a atribuição de maior relevância à *accountability*:

- i) gestão hospitalar: com ênfase na qualidade dos serviços prestados;**
- ii) financiamento tripartite e instrumentos formais de contratualização, com a sistematização das relações entre a gestão regional e os hospitais públicos e privados; e**
- iii) responsabilidade das esferas de gestão: detalhando as competências das Secretarias Estaduais de Saúde quanto a prioridades e metas.**

2.2 A INFLUÊNCIA DA REFORMA ADMINISTRATIVA GERENCIAL NOS SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA

Em contexto de predomínio da abordagem de reforma gerencial e aumento da eficiência do Estado, concomitante à implementação do ideal da Reforma Sanitária, com o pressuposto constitucional de universalização do direito à saúde como dever do Estado e direito de todos, Bresser Pereira (1998) formulou uma proposta de reforma administrativa do sistema de saúde.

O então Ministro da Administração Federal e da Reforma do Estado considerava a instituição do SUS o início de uma reforma sanitária abrangente, com base nos princípios da universalidade de cobertura, na descentralização da prestação de serviços de saúde para estados e municípios, na priorização das atividades preventivas e no controle social.

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

Ressalta-se que a centralização do sistema no âmbito federal ainda prevalecia, haja vista que a descentralização era realizada não como um objetivo fundamental para a União, mas, sim, como uma concessão àqueles municípios que atendiam aos pré-requisitos do governo central.

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

- i) A descentralização enseja melhor controle de qualidade e de custos dos serviços de saúde;**
- ii) O controle social pela comunidade atendida é mais efetivo;**
- iii) A separação entre oferta e demanda de serviços médico-hospitalares possibilita o surgimento de uma competição administrada;**
- iv) Um sistema de encaminhamento por intermédio de postos de saúde e clínicos gerais reduz internações hospitalares desnecessárias; e**
- v) As auditorias realizadas pelo Ministério da Saúde devem complementar as realizadas em âmbito municipal.**

A proposta de Bresser Pereira visou ao aprofundamento da política de descentralização iniciada com a criação do SUS, bem como instituir uma separação entre oferta e demanda de serviços de saúde que ensejasse economia de recursos, que poderiam ser aproveitados pelos municípios em ações de medicina sanitária.

A reforma gerencial propôs a criação de um sistema de demanda com base nas necessidades dos municípios, que seriam responsáveis pelo credenciamento de hospitais e pela negociação das condições de prestação de serviços de saúde. As Autorizações de Internação Hospitalar, consideradas espécie de dotação orçamentária para custeio de internações e cirurgias, seriam distribuídas às prefeituras, conforme as peculiaridades locais. Dessa forma, postos de saúde e clínicos gerais encaminhariam pacientes a hospitais credenciados. (CONASS, 2015)

A abordagem não atribuiu ênfase ao lado da oferta, muito embora se reconhecessem desafios importantes nesse aspecto. Além da descentralização, outro objetivo fundamental das reformas propostas era que a ênfase nos meios fosse substituída pela priorização

dos resultados, o que seria obtido mediante contratos firmados com outras entidades.

A ideia de Bresser Pereira (PDRA), em relação ao sistema de oferta para o sistema de saúde, consistia na publicização, que é a transferência da execução de atividades não exclusivas do Estado para o setor público não estatal dos serviços em que é possível existir uma lógica competitiva, mediante o estabelecimento de uma parceria entre Estado e sociedade para o controle e o financiamento desses serviços. Essa transferência se daria a entidades privadas sem fins lucrativos sujeitas à regulação estatal, com recebimento de dotações orçamentárias condicionado ao cumprimento de um contrato de gestão.

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

O objetivo do plano diretor da reforma do aparelho do Estado, em relação aos serviços não exclusivos, era transferi-los para o setor público não estatal e implementar um sistema de competição administrada, conforme se verifica no estudo sobre a Reforma Administrativa do Sistema de Saúde elaborado por Bresser-Pereira (1998).

A proposta de Reforma administrativa do sistema de saúde de Bresser visava à constituição de um mecanismo de competição administrada na prestação de serviços de saúde. Pode-se compreender que se buscava criar um sistema de oferta de serviços de saúde que emulasse a competitividade de livre mercado, por meio da interação entre organizações públicas e privadas com e sem fins lucrativos, a exemplo das OS, porém com a submissão do setor à regulação estatal.

A proposta de Bresser Pereira, porém, não foi integralmente implementada. No âmbito da União, o programa de publicização, com a transformação de fundações públicas em OS, não se disseminou.

Como se depreende da análise realizada sobre organizações sociais no livro “Alternativas de gerência de unidades públicas de Saúde”, CONASS (2015, p. 85-87), isso se deu, em parte, em razão da contestação da constitucionalidade do modelo pelo STF. Já, no âmbito dos estados e dos municípios, houve significativa adesão, com a formulação de normas próprias para as OS nesses entes federados, com destaque para as organizações sociais de saúde do estado de São Paulo.

Em razão disso, argumenta-se que as OS, como foram disseminadas, constituem um conjunto de modelos de parcerias público-privadas que, embora sejam distintas entre si, têm características comuns, como:

o fato de se tratarem de títulos públicos outorgados pelos Poderes Executivos dos Entes federativos, por autorização dos seus respectivos Poderes Legislativos, a entidades civis sem fins lucrativos, mediante comprovação de cumprimento de requisitos estatutários, exigidos em lei, com o objetivo de com elas estabelecer parcerias, em geral de médio e longo prazo, para provimento de benefícios sociais à população. (CONASS, 2015, p. 87)

Sauerbronn (2017, p. 150) argumenta que a introdução da competição administrada importou a configuração de uma dimensão pública-privada inerente à saúde pública no Brasil. Argumenta-se que a lógica de competição administrada foi resultado de três fatores:

- i) a constituição do SUS, cujo propósito é a universalização e a democratização dos serviços de saúde;**
- ii) o processo de descentralização do setor ensejado pela Constituição Federal de 1988; e**
- iii) a definição de uma esfera de atuação para novas entidades privadas sem fins lucrativos, mediante o programa de publicização e o consequente surgimento e regulamentação das organizações sociais de saúde.**

Nesse sentido, a implementação do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, em 1995, baseava-se não somente na descentralização dos serviços prestados pelo Estado, mas também na transferência de atividades ao setor público não estatal, mediante novas formas de contratação.

A provisão dos bens públicos de saúde, definidos como serviços não exclusivos no Plano Diretor, em que se proveem serviços essenciais

ao exercício dos direitos humanos fundamentais tanto por entes privados quanto por entidades governamentais, diferencia-se do setor de atividades exclusivas do Estado, que se fundamentam no poder extroverso do Estado, de regular, fiscalizar e criar obrigações. (BRESSER-PEREIRA, 2001)

Luedy e outros (2012, p. 643) argumentam que a contratualização ensejou aumento do desempenho hospitalar e uma gestão mais descentralizada e participativa, bem como elevação da eficiência e da efetividade dos serviços prestados. Consideram que, no setor de saúde, a contratualização visou: redefinir os modelos de assistência e gestão organizacional, rever mecanismos de financiamento, propiciar meios de participação e controle social.

A saúde pública passou por um processo de publicização, mediante a contratualização de resultados e com base na busca por mais eficiência e com a previsão de um controle social direto, mediante participação da sociedade em conselhos de administração. Ganham expressiva relevância, assim, as organizações sociais de saúde, principalmente nos estados e nos municípios, em contexto de busca por melhoria na prestação de serviço de saúde em meio à escassez de recursos públicos, uma vez que são capazes de atuar com maior autonomia e uso de modelos gerenciais mais flexíveis, muito embora recebam recursos governamentais.

2.3 DIFICULDADES APRESENTADAS NA GESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA E A DESCENTRALIZAÇÃO DE GESTÃO COMO ALTERNATIVA

Como é enfatizado em Saldiva & Veras (2018, p. 50) argumentam que a saúde pública, no Brasil, tem importantes desafios relacionados a financiamento, assim com a gestão e regulação desses serviços. Afirmam os autores que o dispêndio com saúde, no Brasil, é da ordem de 8% do PIB. Não se trata de um nível de gastos considerado baixo: países que disponibilizam acesso universal à saúde, como Canadá e Reino Unido, têm dispêndios de aproximadamente 10% do PIB. Ressalta-se, no entanto, que a maior parte dos aportes financeiros em saúde no Brasil ocorre no sistema privado, cujo acesso é restrito a 23% da população brasileira. Argumenta-se, dessa forma, que há escassez de investimentos no setor, a fim de garantir uma cobertura universal dos serviços de saúde.

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

Além disso, Saldiva & Veras (2018) apontam que a disseminação de OS pode implicar piora na qualidade de atendimento e dificultar o acesso a serviços de saúde, haja vista que cada uma dessas entidades tem um sistema próprio de gestão.

Soares e outros (2016, p. 839-847) concluem que o modelo de gestão em saúde por meio de OS constitui espécie de privatização dissimulada do sistema de saúde brasileiro, muito embora reconheçam que a revisão bibliográfica realizada foi inconclusiva quanto à melhoria da gestão de serviços no SUS. Constatou-se que artigos com argumentos gerenciais apontam melhorias de qualidade e eficiência nas OS em relação à gestão hospitalar pela Administração Direta, na medida em que há mais autonomia para o cumprimento das metas de desempenho e qualidade. Nos artigos analisados que se fundamentavam em argumentos políticos e jurídicos, diferentemente, identificou-se uma ênfase no risco de fragmentação do sistema de saúde, falseamento dos relatórios de metas e o entendimento de que a filantropia pode ser um meio de concentração de poder, além de se questionar a constitucionalidade do modelo.

Nascimento (2011, p. 59) analisou o caso específico do Hospital Regional de Santa Maria-DF. O autor constatou que a insuficiência de mecanismos de controle e transparência na gestão do hospital prejudicou a parceria, que não foi renovada após o cumprimento do contrato, no período de dois anos. Ressaltou, entretanto, a existência de casos em que o modelo das OS foi exitoso no estado de São Paulo. Para o autor, a principal causa dos problemas, no caso analisado, não era o modelo das OS, mas, sim, o parceiro escolhido para atuar juntamente ao Estado.

Em relação aos procedimentos licitatórios realizados pela Administração Direta, Castro (2016, p. 15) analisou os processos de

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

Corrêa (2020, p. 42-43), em análise comparativa da eficiência dos modelos de gestão dos hospitais públicos brasileiros para o ano de 2018, verificou que organizações sociais e serviços sociais autônomos foram mais eficientes, seja em relação a pessoas jurídicas com derrogações de Direito Público (como, por exemplo, fundações públicas e empresas públicas), seja em relação à Administração Direta. Adicionalmente, com base em dados estatísticos, constatou-se que mais autonomia administrativa tende a aumentar a eficiência dos hospitais públicos brasileiros.

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

2.4 SERVIÇOS SOCIAIS AUTÔNOMOS NA ÁREA DE SAÚDE

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

No Recurso Extraordinário 789.874, o Ministro do STF Teori Zavascki diferenciou os serviços sociais do Sistema “S” de entidades

congêneres criadas após a Constituição de 1988, como a Associação das Pioneiras Sociais (APS). Argumenta-se que, diferentemente dos SSA vinculados a entidades sindicais, os SSA prestadores de serviços públicos não são propriamente autônomos, porquanto têm a gestão sujeita a restrições impostas pelo poder público, pois são financiadas por recursos orçamentários. Na decisão, definem-se como características básicas dos SSA do Sistema S¹:

- i)dedicam-se a atividades privadas de interesse coletivo cuja execução não é atribuída de maneira privativa ao Estado;**
- ii)atuam em regime de mera colaboração com o poder público;**
- iii)possuem patrimônio e receita próprios, constituídos, majoritariamente, pelo produto das contribuições compulsórias que a própria lei de criação institui em seu favor; e**
- iv)possuem a prerrogativa de autogerir seus recursos, inclusive no que se refere à elaboração de seus orçamentos, ao estabelecimento de prioridades e à definição de seus quadros de cargos e salários, segundo orientação política própria.**

Explicita-se que os SSA prestadores de serviços públicos apresentam características específicas²:

- i)têm sua criação autorizada por lei e implementada pelo Poder Executivo, não por entidades sindicais;**
- ii)não se destinam a prover prestações sociais ou de formação profissional a determinadas categorias de trabalhadores, mas a atuar na prestação de assistência médica qualificada e na promoção de políticas públicas de desenvolvimento setoriais;**

¹ STF - RE: 789874 DF, Relator: Min. TEORI ZAVASCKI, Data de Julgamento: 17/09/2014, Tribunal Pleno, Data de Publicação: ACÓRDÃO ELETRÔNICO DJe-227 DIVULG 18-11-2014 PUBLIC 19-11-2014. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=7273390>. Acesso em: 27 jun. 2021.

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

- iii) são financiadas, majoritariamente, por dotações orçamentárias consignadas no orçamento da própria União (art. 2º, § 3º, da Lei 8.246/91, art. 13 da Lei 10.668/03 e art. 17, I, da Lei 11.080/04);**
- iv) estão obrigadas a gerir seus recursos de acordo com os critérios, metas e objetivos estabelecidos em contrato de gestão cujos termos são definidos pelo próprio Poder Executivo; e**
- v) submetem-se à supervisão do Poder Executivo, quanto à gestão de seus recursos.**

Em CONASS (2015), de forma semelhante, diferencia-se o Serviço Social Autônomo (SSA) tradicional do SSA prestador de serviços sociais. O primeiro refere-se ao Sistema S, composto por entidades paraestatais, que podem ser criadas mediante autorização legal específica, por entes privados, sem fazer parte da Administração Indireta. Não há vinculação direta aos princípios constitucionais da Administração Pública, mas estão sujeitas ao controle da aplicação dos recursos públicos. Financiadas por meio de contribuições parafiscais, conforme o art. 240 da CF, são entidades cujo propósito é o aperfeiçoamento profissional e a melhoria do bem-estar social dos trabalhadores. O patrimônio dessas SSA tradicionais é privado, constituído por doações e legados que, em caso de extinção da entidade, são revertidos às entidades instituidoras.

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

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

prestação de serviços sociais e é financiada por recursos públicos transferidos mediante contrato de gestão.

De acordo com Barbieri (2014, p. 8), os serviços sociais autônomos apresentam características próprias e singulares. Os serviços sociais autônomos prestadores de serviço público diferem daqueles formados tradicionalmente como “Serviço S”. Enquanto estas instituições são estabelecidas para atender categorias e sindicatos, custeadas por contribuições parafiscais, aqueles foram criados após a Constituição Federal de 1988 e atuam na prestação de serviços públicos para atendimento da população em geral, bem como recebem recursos do orçamento público. No caso de institutos de saúde, o serviço social autônomo é constituído fundamentalmente para prestar serviço público específico.

Consoante o Manual de Celebração de Contrato de Gestão, elaborado pelo Governo do Ceará, OS é uma qualificação atribuída pelo Poder Executivo a pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos que desempenhem atividades de interesse público. Os SSA prestadores de serviços sociais podem ser considerados uma alternativa ao modelo das OS, de um lado, não padecem das fragilidades apontadas em relação ao modelo, especialmente ao que se refere à possibilidade de privatização dissimulada do sistema de saúde e à falta de controle da gestão dessas entidades, conforme apontado por Soares e outros (2016). De outro, essas entidades gozam de autonomia na consecução de resultados equivalente à das OS.

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

Di Pietro (1996) entende que as OS são entidades públicas não estatais. São consideradas públicas, porque, sem pertencer ao Estado, realizam serviço público e administram patrimônio público, sujeitas a controle de resultados pelo Poder Público. Assim, não se enquadra como entidade da Administração Indireta. Têm autonomia financeira e administrativa, embora tenham que respeitar condições previstas em

lei específica, como a forma de composição dos Conselhos de Administração. Ao cumprirem os requisitos para qualificarem como OS e firmarem contrato de gestão, podem receber recursos orçamentários.

Além disso, Di Pietro (1996) define as OS como entes paraestatais, que atuam em cooperação com o Estado, dotados de administração e patrimônio próprios, tendo em vista que não se integram à estrutura estatal.

Ao comparar serviço social autônomo com OS, a autora associa a origem do projeto das OS no modelo dos serviços sociais autônomos, porém enfatiza que há, nestes casos, atuação paralela ao Estado, que não abre mão da execução de serviços públicos, ou extingue órgãos ou entidades, mas, sim, fomenta a criação de entidades privadas que venham a exercer serviços de interesse público.

Di Pietro (1996) considera que, no caso das OS, o Estado delega e deixa de exercer serviço público, por meio da substituição de entidade pública por entidade privada. Cria-se, dessa forma, nova forma de delegação de serviço público específica para atividades não exclusivas do Estado. Em análise dos artigos 196 e 199 da Constituição Federal de 1988, argumenta que a saúde é tanto serviço público próprio do Estado quanto atividade livremente aberta à iniciativa privada. De um lado, como serviço público, serviços de saúde podem ser exercidos por particulares mediante delegação do Poder Público, desde que observadas as normas constitucionais, especialmente a gratuidade, universalidade e submissão obrigatória ao SUS. De outro, como atividade livremente aberta à iniciativa privada, o desempenho de serviços de saúde depende apenas de autorização do Poder Público, que fiscaliza o desempenho dessas atividades. A autora argumenta que, no caso dos serviços sociais autônomos, ocorre exercício de atividade privada autorizada pelo Poder Público, ao passo que, no caso das OS, há exercício de serviço público delegado pelo Estado.

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

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

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

Quadro II: Comparação entre as características de serviço social autônomo e de organização social		
Característica	Serviço social autônomo prestador de serviço público (pós CF/1988)	Organização social
Regras	Não há lei geral sobre o tema. Lei específica que autoriza a criação do SSA.	Lei nº 9.637/1998 e normas estaduais e municipais.
Natureza jurídica	Entidade paraestatal instituída pelo Poder Público. Pessoa jurídica de direito privado sem fim lucrativo.	Pessoa jurídica de direito privado sem fim lucrativo que recebe a qualificação do Estado
Forma criação	Por lei ou por autorização em lei. Estatuto jurídico estabelecido mediante decreto.	Por particulares, sob a forma de fundação ou associação

Atividades	Atividades privadas de interesse coletivo que não sejam privativas do Estado.	Relacionadas a ensino, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação do meio ambiente, cultura e saúde.
Relação com o Poder Público	Por meio de cooperação/colaboração. Mais influência sobre a gestão, por receberem recursos orçamentários.	Fomento e parceria. Necessária a participação de dirigentes públicos nos Conselhos de Administração para recebimento de recursos públicos.
Custeio	Majoritariamente por destinação orçamentária direta do ente federativo	Por doação e por repasse de recursos públicos.
Fomento	Cessão de estrutura, recursos, bens e pessoal. Recebimento de recursos orçamentários.	Pode haver cessão de estrutura, recursos, bens e pessoal, mas não é a regra.
Contratação de pessoal	Não há necessidade de concurso público. Regime CLT. Regras de Terceirização são as mesmas aplicáveis às OS, conforme Súmula 331 do TST.	Processo especial de seleção, conforme os princípios gerais de Administração Pública.
Licitação de produtos, serviços e obras	Regulamento próprio, devendo estar em conformidade com os princípios gerais das Leis de Licitações.	Não sujeita às Leis de Licitações.
Contrato	de gestão	Estabelecimento de critérios, metas e objetivos.
Prazo contratual	Intento de duração de longo prazo.	Duração contratual de até 5 anos.
Controle	Controle finalístico e da gestão da entidade.	Controle finalístico.

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



3



3

CONTRATO DE GESTÃO

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

Ditterich e outros (2012, p. 616-617) consideram a contratualização de resultados uma das principais estratégias da nova gestão pública. Para os autores, trata-se de proposta que visa à instituição de metas pactuadas e indicadores que ensejem mais controle pelo Estado e pela sociedade, em um processo permanente de avaliação e ajustes. Nesse sentido, consideram os contratos de gestão um meio de implementação de uma administração por resultados cujo propósito é estimular a descentralização da gestão e ensejar o uso de ferramentas de gerência mais modernas.

Luedy e outros (2012, p. 646-647) definem contrato de gestão como instrumento necessário à gestão pública por resultados, como meio de aumentar a autonomia gerencial, orçamentária e financeira por meio de metas de desempenho cujo propósito é dar efetividade e eficiência a políticas públicas. Assim, é referência para o controle da Administração Pública, ao tornar mais transparentes informações, atividades e responsabilidades dos agentes públicos. Ressalta-se, dessa forma, que o contrato de gestão necessita de sistema tanto de controle quanto de responsabilização dos dirigentes, cuja implementação depende de definição prévia de indicadores de desempenho que sirvam de referência para medir resultados relativos à melhoria da gestão.

Conforme o Manual de Celebração de Contrato de Gestão do Governo do Estado do Ceará (2018), contrato de gestão é um instrumento de implementação de políticas públicas e de gestão realizado mediante ajuste entre o Poder Público e uma organização do terceiro setor qualificada como OS, criado pela Lei Federal 9.637/1998, cujo objeto é a pactuação de resultados, a fim de firmar uma parceria para fomento e execução de atividades de interesse público, para

realizar propósitos comuns às partes. Não há previsão de ganho econômico pela prestação dos serviços fomentados, tampouco o usuário precisa pagar pelo atendimento. Assim, o repasse de recursos públicos contempla apenas o atendimento das metas pactuadas, não o custo da entidade como um todo. Apesar de o manual falar apenas de contrato de gestão para o caso de OS, é possível usar a mesma lógica para SSA.

O documento elaborado pelo governo do estado do Ceará aponta que contrato deve explicitar todos os detalhes relevantes do serviço fomentado, bem como especificar seus objetivos, a forma de atuação, os custos e as metas a serem cumpridas. As cláusulas precisam basear-se pelos princípios constitucionais que orientam a Administração Pública – legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, eficiência – e pela economicidade. Adicionalmente, a Administração Pública deve apresentar justificativa solidamente fundamentada do motivo de realizar a atividade por meio de terceiros, ao invés de desempenhá-la diretamente. Isso porque essa terceirização reduz o controle direto do uso dos recursos públicos alocados, haja vista que a entidade contratada não se sujeita a todas as normas de Direito Público. Dessa forma, há necessidade de transparência no processo de escolha da entidade contratada, bem como de uma definição clara e fundamentada das responsabilidades das partes.

Segundo o Manual de Celebração de Contrato de Gestão (2018, p. 7-8), são considerados objetivos dos contratos de gestão:

fortalecer a supervisão e os controles setoriais sobre os resultados das políticas públicas sob sua responsabilidade;

melhorar o processo de gestão da instituição contratada;

promover o controle social sobre os resultados esperados e dar-lhes publicidade.

Para Araujo (2010, p. 230-231), no contrato de gestão, deve-se não somente estabelecer as metas que se deseja alcançar, mas também oferecer meios para seu atingimento. Considera-se, assim, que o modelo contratual precisa incluir, além desses elementos, mecanismos de controle para acompanhar a gestão, a alocação de recursos e as dificuldades enfrentadas e a implementação das prestações, bem como incentivos para estimular o cumprimento das metas pactuadas. Argumenta-se, além disso, que há necessidade de pactuação de

padrões de qualidade, sistemáticas de avaliação, assim como da duração e das formas de renovação do contrato de gestão.

Argumenta-se, em Pacheco (2006, p. 08), que o contrato de gestão não deve ter seu escopo limitado a um instrumento de controle, haja vista que pode ser relevante mecanismo para a melhora do desempenho da organização contratada. Atribui-se, relevância aos mecanismos de incentivo e punições relacionados ao atingimento das metas contratadas. Além disso, recomenda-se prudência no uso do recurso de incentivos e punições, uma vez que se considera que o propósito da gestão por resultados é, também, implementar uma mudança de cultura que depende de um processo de aprendizagem.

Santos-Filho (2008, p. 180), por sua vez, considera fundamental a instituição de um método de acompanhamento e avaliação que enseje tanto a verificação do atingimento das metas pactuadas quanto a compreensão dos motivos que levaram ao maior ou menor êxito nesse processo. Subsidiar-se, dessa forma, a regulação do contrato, bem como torna-se possível evidenciar eventual necessidade de repactuação de metas.

3.1 INDICADORES

Para melhor acompanhamento de contratos de gestão de saúde pública, pressupõe-se a utilização de avaliação de desempenho por meio de indicadores e metas. Fonseca & Cunha Júnior (2019, p. 2058-2059)

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

Pacheco (2006, p. 07) considera a “contratualização de resultados” o meio pelo qual é possível substituir o controle burocrático, que enfatiza o cumprimento de normas, pelo controle de resultados. Nesse sentido, a aferição de resultados, realizada por intermédio de indicadores, conforme argumenta a autora, tem a finalidade não somente de avaliar o cumprimento das metas contratadas, mas também de impulsionar a implementação de um processo de aprendizado e melhoria. Conforme o Guia Prático de Análise Ex. Ante, elaborado pelo IPEA (2018), a formulação de indicadores precisa ser realizada com base em um processo de discussão e formação de

consenso acerca dos dados a serem coletados e da forma de acompanhamento dessas informações. Recomenda-se, além disso, que sejam testados previamente.

Considerando que a quantificação das diferenças de desempenho entre as diversas formas de gestão da saúde pública é realizada por intermédio de indicadores, Minayo (2009, p. 84) define indicadores como “sinalizadores da realidade” cujo propósito é avaliar um processo ou um resultado, fundamentados em dados quantitativos ou qualitativos.

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

Indicadores são dados que possibilitam desde acompanhar o andamento até medir o cumprimento dos objetivos de uma política. Eles se referem à quantidade, à qualidade, ao cronograma e aos custos observados comparativamente. Uma vez fixados durante a elaboração ex ante, por meio de um modelo lógico, os indicadores definem quais dados devem ser coletados para que se possa realizar o acompanhamento da implementação e a avaliação sobre a obtenção ou não dos resultados esperados. (IPEA, 2018, pág. 101)

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

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

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

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

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

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

- i) mensurabilidade e viabilidade: os dados devem ser disponíveis e úteis;**
- ii) validade: os métodos de mensuração devem demonstrar o que se pretende analisar;**
- iii) oportunidade: traduz a velocidade com que a informação é coletada e divulgada para seu uso adequado;**
- iv) reprodutibilidade: os métodos devem ser claros e objetivos, podendo ser mensurados por pessoas diferentes;**
- v) sustentabilidade: a metodologia mais simples e objetiva possibilita a continuidade de um indicador mesmo com poucos recursos;**
- vi) pertinência e relevância: informações úteis e adequadas;**
- vii) compreensibilidade: quanto mais simples for uma informação, ela tende a ser mais aproveitada pelos tomadores de decisão.**

Jannuzzi (2005, p. 141-142) relacionou algumas propriedades consideradas desejáveis em indicadores que, embora não constem entre aquelas elencadas em OPAS (2018), são bastante importantes para o acompanhamento dos indicadores em um período mais amplo de tempo:

- i) periodicidade: refere-se à necessidade de atualização regular dos indicadores;**
- ii) comparabilidade da série histórica: enseja a análise das mudanças implementadas, bem como de tendências de desempenho.**

Na escolha de indicadores, é recomendável definir o objetivo do indicador, a frequência de medição, quem são os responsáveis por coletar os dados, o valor de referência e as metas para cada período. (IPEA, 2018)

Noce (2017, p. 37) define indicador como medida quantitativa cujo propósito é controlar e avaliar o desempenho do objeto medido com

base em objetivos e metas pré-definidos. O autor ressalta que, ao realizar-se a análise de indicadores, é necessário considerar o contexto em que essas medidas estão inseridas.

Lima e outros (2015) verificaram, em sua pesquisa, que gestores de saúde têm pouco conhecimento sobre a utilidade de indicadores e não utilizam seus resultados no planejamento e na melhoria dos serviços públicos de saúde. Dessa forma, além de medir e divulgar dados, é fundamental demonstrar sua aplicação de forma didática e suas implicações na prática tanto para os agentes de saúde pública quanto para a população em geral.

Um aspecto necessário a ser avaliado em saúde é o econômico. De acordo com Soárez e Novaes (2015, p. 153), o grande crescimento de gastos com saúde contribuiu para o acompanhamento econômico em políticas de saúde. Para os autores, a avaliação econômica deve ser realizada em conjunto com outros indicadores e levar em consideração o custo de oportunidade de uma ação em saúde.

Na área da saúde, eficiência é uma medida de quanto benefício para a saúde é produzido para um dado custo. Dois tipos de eficiência são muitas vezes considerados: eficiência técnica e alocativa. Eficiência técnica mede o grau em que os resultados de saúde em um grupo específico de pacientes são maximizados com um dado conjunto de recursos. Por outro lado, a eficiência alocativa tenta maximizar os resultados da saúde em diferentes populações de pacientes, escolhendo entre os diversos programas existentes. (Soárez e Novaes, 2015, pág. 153)

Uchimura e Bosi (2002, p. 1565) discorrem sobre o conceito de “qualidade” em avaliação de saúde. Para as autoras, a qualidade pode ter uma perspectiva objetiva, que poderia ser mensurada mais facilmente, e outra subjetiva, que depende de aspectos sociais e interações entre os agentes. O aspecto subjetivo se mostra mais complexo e demandaria a participação dos beneficiários de um programa ou ação em saúde pública.

A satisfação dos usuários pode ser considerada um aspecto subjetivo da avaliação em saúde pública. Silva e Formigli (1994, p. 81-83) apontam que a satisfação do usuário tem relação direta com a forma como foi tratado, com a estrutura do local e com a sensação de conforto no ambiente. Nesse sentido, mostra-se importante incluir indicadores

que demonstrem os aspectos sociais e interacionais em uma avaliação mais abrangente na área de saúde.

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



4

4

O HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL (HBDF)

4.1 HISTÓRICO

O Hospital de Base do Distrito Federal foi fundado em 1960, juntamente com Brasília, segundo o documentário “60 anos Hospital de Base”, organizado pelo IGES/DF. Até o advento da Lei nº 5.899/2017, o Hospital de Base integrava a estrutura da Administração Direta, sendo parte da Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

A estrutura do HBDF foi idealizada por Oscar Niemeyer, fazendo parte do ideal de nova capital propugnada por Juscelino Kubitschek, tendo sido chamado inicialmente de Hospital Distrital³. Esse “gigante”, como é descrito no documentário, apresenta 54 mil metros quadrados de área construída, com 12 andares que dividem os mais diferentes tipos de especialidades.

Com mais de 60 anos de existência, o Hospital de Base do Distrito Federal foi concebido como “um projeto futurista de cidade”, consoante Fonseca (2019), e, por esse motivo, precisava mudar para se manter moderno. Com a conquista de excelência no padrão de qualidade, a denominação atual foi formalizada a partir de 1976, passando a se restringir a serviços de alta complexidade em 1978. (Fonseca, 2019)

O HBDF pode ser considerado o hospital com maior quantidade de leitos de alta complexidade da região. Em 2017, era oferecido atendimento em 37 especialidades médicas, com mais de 3 mil servidores e gasto anual de pouco mais de R\$ 600 milhões. (Fonseca, 2019)

A alteração da natureza jurídica e do modelo de gestão foi motivada pela limitação de agilidade na reposição de insumos, nas contratações de pessoal e de serviços e nas manutenções necessárias aos equipamentos. (Fonseca, 2019)

³ <https://www.agenciabrasilia.df.gov.br/2019/09/12/iges-df-comemora-os-59-anos-do-hospital-de-base/>

O HBDF apresentava problemas típicos da Administração Pública centralizadora. Verificavam-se deficiências na celeridade de alocação dos recursos humanos e financeiros, uma vez que existem impedimentos relacionados a procedimentos licitatórios morosos e limitações a contratação de pessoal, conforme apontaram Fonseca & Cunha Júnior (2019, p. 2054).

Verifica-se que há grande expectativa em torno do novo modelo de gestão, na medida em que se justifica aumento na disponibilidade de atendimento em saúde pública, aliado a maior transparência nos investimentos e qualidade nos serviços prestados⁴.

4.2 MODELOS DE GESTÃO NO INSTITUTO HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL

No caso do Hospital de Base, sua gestão ocorria, até 2017, por meio da Administração Direta. Com isso, o hospital estava hierarquicamente subordinado à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, sendo parte de sua estrutura. Consequentemente, a forma de gerenciamento de seus ativos deveria atender a todos os requisitos previstos para o Poder Público, como, por exemplo, previsão de concurso público para contratação de mão de obra e obrigatoriedade de seguir os ritos previstos para licitações de bens e serviços.

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

No Quadro 3, estão listadas as principais características do modelo tradicional de gestão de saúde e do novo modelo de gestão. É possível perceber que se objetivam procedimentos mais céleres, ao mesmo tempo em que buscam incrementar o controle sobre os resultados, por meio de estruturas de fiscalização direta.

⁴<https://www.agenciabrasilia.df.gov.br/2019/01/25/camara-aprova-projeto-que-amplia-modelo-do-instituto-hospital-de-base/>

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

Características	Modelo Tradicional de Gestão	Novo Modelo de Gestão
Forma de contratação de pessoal	Concurso público	Processo Seletivo
Regime de pessoal	Estatutário	Regido pela Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT
Estabilidade de pessoal	Sim	Não
Definição de carreira e salários	Lei	Regras próprias
Relacionamento com o Governo do Distrito Federal	Subordinação	Contratual, por meio de parâmetros definidos entre as partes em Contrato de Gestão
Gestão Interna	Lei e Decreto	Definições gerais por Lei e Decreto e definições gerenciais por normas internas
Contratação de bens e serviços	Lei de Licitações	Regras próprias
Gestão orçamentária e financeira	Instrumentos orçamentários do Poder Público	Contrato de gestão
Formas de Controle	<ul style="list-style-type: none"> • Secretaria de Estado de Saúde (SES/DF); • Controladoria Geral do Distrito Federal (CGDF); • Tribunal de Contas do Distrito Federal (CGDF); • Ministério Público 	<ul style="list-style-type: none"> • Secretaria de Estado de Saúde (SES/DF); • Controladoria Geral do Distrito Federal (CGDF); • Tribunal de Contas do Distrito Federal (CGDF); • Ministério Público do Distrito Federal (MPDFT);

	<p>do Distrito Federal (MPDFT);</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conselho de Saúde do Distrito Federal (CSDF) 	<ul style="list-style-type: none"> • Conselho de Saúde do Distrito Federal (CSDF); <ul style="list-style-type: none"> • IGES/DF; • Conselho de Administração do IGES/DF; • Conselho Fiscal do IGES/DF; • Controladoria Interna do IGES/DF.
--	--	--

Fonte: Contrato de Gestão N° 001/2018-SES/DF e Quadro 1 (p. 2056) de Fonseca & Cunha Júnior(2019) - adaptado.

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

Dessa forma, a motivação para a mudança do modelo de gestão, do tradicional para a descentralização por serviço social autônomo, era de que as dificuldades características da prestação de serviços de saúde pública seriam sanadas com a implementação de um modelo baseado em resultados, com avaliação por meio de indicadores objetivos.⁵

Rodrigues e outros (2020) ponderam que o modelo descentralizado de gestão pode apresentar falhas, na medida em que se pressupõe um sistema de constante fiscalização em contratos de gestão, existência de equipe habilitada de acompanhamento e estabelecimento de metas adequadas para a avaliação, o que pode não ocorrer satisfatoriamente.

4.3 PROCESSO LEGISLATIVO E JUSTIFICATIVA PARA DESCENTRALIZAÇÃO DE GESTÃO

Por meio da Lei nº 5.899/2017, consubstanciou-se a autorização legislativa para a criação do Instituto Hospital de Base do Distrito Federal – IHBDF.

⁵ <https://www.agenciabrasilia.df.gov.br/2017/03/14/novo-modelo-de-gestao-tornara-hospital-de-base-mais-eficiente/>

A Mensagem nº 031/2017-GAG, encaminhada pelo ex-Governador Rodrigo Rollemberg, foi acompanhada de exposição de motivos elaborada pela Secretaria de Estado de Saúde – SES. As principais justificativas para alteração na estrutura jurídica do HBDF relacionavam-se a “conferir autonomia administrativa e orçamentária àquele hospital”. (Distrito Federal, 2017)

Pontuam-se abaixo as demais explicações para a proposta de criação do IHBDF, de acordo com a Mensagem nº 031/2017-GAG:

- i) continuidade de uma instituição integralmente pública, com atendimento gratuito aos usuários pelo SUS;**
- ii) atendimento da deliberação do Conselho de Saúde do Distrito Federal, com o objetivo de aumentar flexibilidade e a autonomia do HBDF, conforme a 387ª reunião extraordinária, ocorrida em 27 de setembro de 2016;**
- iii) solução para o crescente aumento da demanda por investimentos e recursos, tendo em vista que seria necessário implementar ferramentas gerenciais de acompanhamento e modernização de organização, que não atendia à realidade e ao bom funcionamento da instituição;**
- iv) busca por estrutura jurídica que atendesse aos critérios de autonomia, flexibilidade, qualidade, produtividade e eficiência, o que motivou o uso do modelo da Lei Federal nº 8.246/1991, que instituiu o serviço social autônomo Associação das Pioneiras Sociais, administradora da Rede Sarah;**
- v) conformação de serviço social autônomo, atuação do chamado terceiro setor, por meio de contratualização com o Poder Público;**
- vi) contrato de gestão, para repasse de recursos, com metas objetivas determinadas e resultados esperados;**
- vii) mecanismos de controle interno e externo;**
- viii)**
- ix) possibilidade de cessão de servidores para atuar no IHBDF, com ônus para o órgão de origem, mas submetidos às mesmas metas de desempenho que os empregados sob regime da CLT;**
- x) cessão de móveis e imóveis para o instituto e incorporação ao Distrito Federal de todos os bens e direitos adquiridos;**

- xi) criação de Conselho de Administração, com indicação de parte dos membros feita por entidades de saúde, Diretoria Executiva, com restrição de interferência política, e Conselho Fiscal, com indicações do Governador do Distrito Federal;**
- xii) isenção de tributos distritais e federais e indicação da necessidade de Certificado de Entidades Beneficentes de Assistência Social – CEBAS.**

Pelas justificativas expostas, a proposta para a criação da Lei nº 5.899/2017 era de descentralizar os serviços de saúde prestados pelo HBDF, com a finalidade de dar autonomia e dinamizar a forma de atuação, sem, contudo, alterar a essência de serviço público⁶.

A ideia de criação do IHBDF sofreu grande resistência. Sindicatos, ações do Ministério Público, ações judiciais e opinião pública dificultaram o processo de implementação do novo instituto. A pressão política governamental, com promoção de audiências públicas e esclarecimentos sobre o projeto, foi decisiva para destravar processo legislativo. Fonseca & Cunha Júnior (2019, p. 2060)

Embora ainda fosse incipiente o funcionamento do IHBDF, em 2018, com a troca de gestão no Distrito Federal, o Governador Ibaneis Rocha propôs expandir a atuação do modelo de serviço social autônomo na saúde pública distrital. Com isso, implementou-se a Lei nº 6.270/2019, alterando a Lei nº 5.899/2017, para substituir o IHBDF pelo Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal – IGES/DF. Dessa forma, o IGES/DF daria continuidade aos trabalhos do instituto anterior, mas seria responsável pela gestão do Hospital de Base do Distrito Federal, de seis unidades de pronto atendimento – UPAs e do Hospital Regional de Santa Maria.

A Mensagem nº 09/2019-GAG continha a exposição de motivos SEI-GDF nº 4/2019 – SES/GAB, em que se demonstrava a situação de emergência em saúde pública do Distrito Federal, de acordo com Decreto nº 39.619/2019. Este projeto de lei foi elaborado com o objetivo de buscar soluções para o desabastecimento de insumos e medicamentos e de aumentar a oferta de atendimento à população.

⁶.

Em contrapartida, considerava exitosa a gestão de apenas um ano do IHBDF⁷.

Abaixo, estão listadas as principais vantagens apresentadas na Mensagem nº 09/2019-GAG para expansão do modelo de serviço social autônomo:

- i)Autonomia financeira e administrativa, além de adoção de regime diferenciado de aquisições e contratação de serviço e pessoal;**
- ii)Agilidade em contratações e compras, por meio de regulamento próprio;**
- iii)Aumento da taxa de abastecimento e disponibilidade constante de medicamentos e materiais ortopédicos, devido a controle rigoroso na logística de suprimentos;**
- iv)Economia em diversas compras, em comparação com os mesmos itens adquiridos pela SES;**
- v)Implementação de sistema de compras informatizado, cumprindo com requisitos de publicidade;**
- vi)Aumento na capacidade de atendimentos;**
- vii)Aumento no faturamento por meio de Autorização de Internação Hospitalar
– AIH, utilizado para medir os valores repassados pelo SUS;**
- viii)Melhora na Avaliação de Satisfação do Usuário Atendido, com resultado crescente ao longo de 2018.**

Pelas explicações do projeto que culminou com a aprovação da Lei nº 6.270/2019, a configuração de serviço social autônomo seria a solução para os problemas que ocorrem em serviços públicos de saúde, uma vez que a autonomia administrativa traria agilidade e economia em compras e contratações, além de influenciar na qualidade do serviço prestado.

O Governo do Distrito Federal elaborou o Decreto nº 39.674/2019, para regulamentar as atividades e o funcionamento do IGES/DF. O decreto reitera os princípios básicos do IGES/DF:

- i)Prestar assistência médica exclusiva e gratuita aos usuários por meio do Sistema Único de Saúde – SUS;**

⁷ <https://www.agenciabrasilia.df.gov.br/2019/01/25/camara-aprova-projeto-que-amplia-modelo-do-instituto-hospital-de-base/>

- 
- 
- 
- ii) Realizar atividades de ensino e pesquisa na área de saúde, em cooperação com a Secretaria de Estado de Saúde - SES;**
 - iii) Observar os princípios do SUS e as diretrizes da SES.**

Um ponto a ser ressaltado é que a configuração do contrato de gestão foi fundamentada na ideia de acompanhamento dos resultados por meio da definição de indicadores e metas, o que se embasaria em estrutura institucional mais transparente para agilidade na forma de gestão⁸.

⁸ <https://www.agenciabrasilia.df.gov.br/2018/04/29/entenda-como-funcionam-os-modelos-de-gestao-na-saude/>



5

5

ANÁLISE DO CONTRATO DE GESTÃO

Este capítulo será dedicado a analisar o monitoramento do Contrato de Gestão N° 001/2018-SES/DF, e suas alterações, considerando os impactos gerados pelas alterações na metodologia de acompanhamento.

5.1 MONITORAMENTO DO CONTRATO

O Contrato de Gestão N° 001/2018-SES/DF foi elaborado entre a Secretaria de Saúde do Distrito Federal e o Instituto Hospital de Base do Distrito Federal, com base na Lei n° 5.899/2017 e no Decreto n° 38.332/2017. Com vistas a ampliar o escopo do contrato, incluindo o Hospital Regional de Santa Maria (HRSM) e seis Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), foi realizado o 3° Termo Aditivo (2019) ao Contrato, com fundamento na Lei n° 6.270/2019 e no Decreto n° 39.674/2019. Dessa forma, o IHBDF foi substituído pelo Instituto de Gestão Estratégica do Distrito Federal – IGES/DF para acompanhar as demais unidades de saúde e o hospital voltou a ser conhecido apenas como Hospital de Base.

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

5.1.1 FISCALIZAÇÃO DO CONTRATO

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

Para isso, estava prevista a instituição da comissão de acompanhamento do contrato (CAC- IHBDF).

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

Dentro das atribuições do CAC-IHBDF consta avaliação dos resultados alcançados pelo IHBDF em face das metas e indicadores quantitativos e qualitativos, e tem competência para propor renegociação de metas e indicadores, caso necessário. (Contrato de Gestão N° 001/2018-SES/DF)

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

Ao que tudo indica, embora ainda permaneçam menções à comissão (item VI da cláusula sétima, item III da Cláusula Décima Sétima, item III da Cláusula Décima Oitava), diante da alteração total da Cláusula Vigésima Terceira, a comissão de acompanhamento do contrato (CAC) foi extinta.

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

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

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

5.1.2 CONTROLE INTERNO

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

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

5.1.3 PERIODICIDADE DA PRESTAÇÃO DE CONTAS E INSTRUMENTOS DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

A periodicidade da prestação de contas pelo IGES/DF foi modificada pelo 9º termo aditivo (2021). Antes da alteração, o acompanhamento e a avaliação do contrato de gestão eram realizados mediante relatórios quadrimestrais e Anuais da execução do plano de trabalho anual, produzidos pelo IGES/DF.

Após as alterações à “Cláusula Vigésima Segunda – Da Prestação de Contas”, há determinação para que os instrumentos de avaliação e acompanhamento sejam elaborados com a periodicidade mensal e anual. Embora haja a previsão desde fevereiro de 2021, ainda não houve publicações com a nova metodologia.

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

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

- i) Resultados atingidos, com as razões de eventual não cumprimento de metas ou de outros compromissos pactuados;**
- ii) Execução orçamentária do mês encerrado;**
- iii) Demonstrativos contábeis, relatórios gerenciais e de gestão de pessoas;**
- iv) Lista de bens adquiridos com recursos do Contrato de Gestão;**
- v) Trabalhos de Comissões e Comitês descritos no Plano de Trabalho;**
- vi) Cumprimento da produtividade contratada e das metas qualitativas pactuadas, com memória de cálculo por unidade;**
- vii) Alcance dos indicadores e das metas de monitoramento;**
- viii) Alcance do Índice de monitoramento de desempenho (IMD), vinculado ao APURASUS, por unidade.**

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

- i) Resultados atingidos, enfatizando a comparação entre estes e os resultados pactuados, contendo análise sobre as razões de eventual não cumprimento de metas ou de outros compromissos pactuados;**
- ii) Execução orçamentária do exercício encerrado;**
- iii) Atualização do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), sobre a capacidade instalada;**
- iv) Relação atualizada das Comissões e Comitês descritos no Plano de Trabalho;**
- v) Relatório dos resultados anuais de indicadores;**
- vi) Análise da variação efetiva dos custos operacionais.**

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

- i) Metas com tendência de cumprimento ou superação;**
- ii) Metas com tendência de não cumprimento, com avaliação do impacto pelo não cumprimento;**
- iii) Obrigações não cumpridas por qualquer das partes e consequentes impactos.**

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

- i) Plano estratégico quadrienal;**
- ii) Planos de trabalho anuais;**
- iii) Orçamentos-programas anuais.**

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

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

Os Planos de trabalho podem ser revistos e adaptados durante sua execução, mediante acordo entre as partes do contrato, bem como

podem contemplar proposta de manutenção ou revisão de indicadores e metas anuais, a serem ajustados por intermédio de termo aditivo.

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

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

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

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

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

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

- Dos Orçamentos-Programas Anuais”)

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

5.1.4 SANÇÕES PREVISTAS

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

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

No caso de desvio funcional de servidor cedido, o item XIII da “Cláusula Décima

- Da Administração de Pessoal Cedido” prevê que o IGES/DF deve devolvê-lo à SES/DF e elaborar relatório circunstanciado dos fatos, para realização pela contratante de sindicância ou processo administrativo disciplinar.

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

De acordo com o Anexo I do 9º Termo Aditivo (2021), em relação ao cumprimento de metas quantitativas e qualitativas pactuadas, há

previsão de desconto no valor do repasse para custeio do IGES/DF em caso de não atingimento de uma pontuação mínima, conforme patamares definidos nos itens “II.IV – Quadro de desconto das metas de produção (metas quantitativas)” e “III.III – Quadro de desconto das metas de desempenho”. Quanto às metas de monitoramento, não existe essa previsão.

5.1.5 DIFICULDADES PARA ACOMPANHAMENTO DO CONTRATO DE GESTÃO: MUDANÇAS NA METODOLOGIA DE INDICADORES E METAS

Conforme apresentado nesta pesquisa, o Contrato de Gestão N° 001/2018- SES/DF, apesar de estar implementado há poucos anos, passou por mudanças significativas durante este período.

O 3° Termo Aditivo (2019), que buscou fortalecer o contrato original ao aumentar o escopo do IHBDF para o IGES/DF, previa avaliação por meio de indicadores de:

- i) Produção ou produtividade: associados a eficiência de processos - item “III – Indicadores e metas de desempenho”, do Anexo I, do 3° Termo Aditivo (2019);**
- ii) Desempenho, efetividade ou qualidade: relacionados à qualidade do atendimento ao paciente, à qualidade de gestão e aos efeitos sobre servidores e usuários - item “IV – Metas do Plano de Ação e Melhoria”, do Anexo I, do 3° Termo Aditivo (2019);**
- iii) Ação e melhoria: definição de metas a serem cumpridas - item “V – Cronograma anual de transferência de recursos financeiros”, do Anexo I do 3° Termo Aditivo (2019).**

Previram-se reuniões no mínimo, quadrimestrais da CAC-IHBDF, que reunia contratante e contratado para acompanhamento do contrato e avaliar os resultados alcançados pelo IGES/DF e renegociar, se necessário, metas e indicadores.

Em relação às metas de produção, disponibilizadas pelo DATASUS a utilização de informações padronizadas tende a facilitar a comparabilidade. Se uma das justificativas de se alterar a forma de gestão do HBDF era para melhorar os resultados do hospital, a possibilidade de comparar os números em períodos diferentes pode ser considerada uma ferramenta adequada.

As metas de desempenho buscavam qualidade do atendimento hospitalar. De acordo com o relatório de acompanhamento e avaliação do contrato de gestão do 3º Quadrimestre de 2020 (IGES/DF, 2021), para acompanhar os indicadores de desempenho, houve padronização de algumas atividades, por meio de ferramenta tecnológica de gestão.

Essa mudança de cultura organizacional possibilitaria a incorporação de rotina de monitoramento e avaliação do desempenho diário do hospital.

Os indicadores de ação e melhoria, por sua vez, referem-se ao planejamento de mudanças estruturais, como, por exemplo, obras e reformas, e à implementação de algumas práticas de governança, que pode ser exemplificada pela elaboração de documentos de gestão interna. Não eram, de fato, indicadores, mas sim um conjunto de ações a serem cumpridas.

Verificando os relatórios quadrimestrais ou anuais de acompanhamento disponíveis na página virtual do IGES/DF, as metas previstas nos indicadores de ação e melhoria não eram, frequentemente, cumpridas ou os prazos não eram atendidos.

Cada um desses itens representava uma parte da nota atribuída ao contrato de gestão: as metas de produção equivalem a 65% da nota; as metas de desempenho, 25%; e as metas do plano de ação e melhoria, 15%. É importante ressaltar que, como já apontado nos relatórios elaborados pela CAC-IHBDF, há erro material nessas proporções relativas ao cumprimento das metas, visto que a soma desses percentuais ultrapassa 100%.

Às metas de produção e de desempenho, atribui-se nota de 0 a 10, conforme o percentual obtido do resultado pactuado – a nota 0 refere-se a resultado abaixo de 60% da meta, a nota 10, caso o resultado esteja acima de 90%. Já as metas do plano de ação e melhoria receberiam nota 1, em caso de cumprimento, ou zero, caso não fossem alcançadas.

Determinou-se que, caso uma meta não pudesse ser avaliada e sua apuração dependesse de órgãos ou entidades públicas, ou de fontes oficiais, a meta seria desconsiderada da avaliação.

Além disso, caso uma meta não fosse atingida considerava-se não atingida; à meta cuja nota atribuída fosse inferior a 7, a contratada

deveria apresentar justificativa e elaborar plano de ação, a ser avaliado e acompanhado no quadrimestre seguinte.

A pontuação global do contrato de gestão, antes atribuída pela extinta CAC- IHBDF, era calculada com base na média ponderada das notas relativas aos grupos de metas: caso fosse menor que 7, considerava-se o contrato não cumprido; caso fosse entre 7 e 7,9, considerava-se o contrato cumprido parcialmente; e, se a nota fosse maior, considerava-se o contrato plenamente cumprido. Contudo, somente se consideraria o contrato cumprido plenamente se nenhuma meta, isoladamente, recebesse nota inferior a 7.

Havia, portanto, um patamar mínimo de desempenho para que o contrato fosse considerado plenamente cumprido, o que implicaria pagamento proporcional da parcela variável do orçamento no limite de até 5%, que poderia ser usada para pagamento de remuneração variável aos empregados do HBDF, vedado esse pagamento a servidores cedidos.

Os indicadores relativos a metas de produção eram mensurados com base em quantitativos extraídos das bases de dados SIA/DATASUS/MS, SIH/DATASUS/MS ou de estatística realizada pelo Sistema de Informação e Gestão Hospitalar Trakcare, conforme quadros dos itens “II.II.I Internações Hospitalares”, “II.II.II Atendimentos Cirúrgicos”, “II.II.III Atendimento Ambulatorial” e “II.II.IV Atendimento a Urgência e Emergência Hospitalares”, do Anexo I, do 3º Termo Aditivo. Os indicadores relativos às metas do plano de ação e melhoria, por sua vez, referiam-se ao cumprimento dos prazos delimitados no quadro do Item “IV – Metas do Plano de Ação e Melhoria”, do Anexo I, do 3º Termo Aditivo.

Os indicadores relativos a metas de desempenho foram divididos em dois tipos: de efetividade/qualidade, e de produtividade. Os indicadores de efetividade e qualidade relacionam-se à qualidade de assistência e segurança proporcionada aos pacientes, bem como da gestão da unidade.

Já os indicadores de produtividade destinam-se a verificar a capacidade de resposta e a eficiência dos processos da unidade. Não há referência, contudo, acerca de quais indicadores de metas de desempenho pertencem a qual categoria. Além disso, é difícil compreender a diferença entre as Metas de Produção e as Metas de

Desempenho de Produtividade, tendo em vista que isso não é explicado no 3º Termo Aditivo, nem no Contrato de Gestão original.

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

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

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

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

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

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

Em relação ao sistema de mensuração dos indicadores quantitativas e qualitativas, adotou-se um sistema de atribuição de pontos por percentual de cumprimento mensal da meta, com redução dos valores dos indicadores caso não se cumpram metas específicas, conforme os quadros do Item “II.III – Avaliação das metas de produção”

e do Item “III.II – Quadro de pontuação das metas de desempenho”, do Anexo I, do 9º Termo Aditivo (2021). Atribuem-se, assim, pontos aos indicadores com base em patamares de cumprimento das metas.

As metas de monitoramento, por sua vez, referem-se a metas relacionadas a ensino, pesquisa e residência. As primeiras metas referem-se à ocupação de, pelo menos, 75% de vagas definidas nos itens “1.1 – Especialidades e vagas de residência” e “1.2 – Especialidades e vagas para a residência médica”, item “IV – Metas de Monitoramento”, do Anexo I, do 9º Termo Aditivo (2021).

Há referência a meta de monitoramento para o indicador “Densidade de incidência de infecção por cateter venoso central (CVC)”, que também consta como meta qualitativa no Item “II.III – Avaliação das metas de produção” e do Item “III.II – Quadro de pontuação das metas de desempenho”, Anexo I, do 9º Termo Aditivo (2021). Não há, propriamente, uma meta de monitoramento para este indicador, apenas determinação de que deve ser monitorado mensalmente e informado no relatório mensal – o que deve ser feito também para todos as metas qualitativas.

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

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

Apesar de pouco intuitivo, o sistema de avaliação baseado em descontos de repasses de custeio conforme os pontos auferidos pelo cumprimento de metas mensais representa uma evolução em relação

ao previsto no 3º Termo Aditivo (2019), que se referia apenas à possibilidade de pagamento proporcional da parcela variável do orçamento no limite de até 5%, o que representava uma bonificação.

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

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

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

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

Verifica-se que os relatórios da CAC-IHBDF constituíam um contraponto aos relatórios elaborados pelo IGES/DF. Nos relatórios do Instituto, são apresentadas, além dos indicadores e das metas pactuados, informações sobre a gestão hospitalar, justificativas para o não cumprimento de algumas metas e recomendações de mudanças.

Nos relatórios da CAC-IHBDF, eram realizadas análises dos relatórios e o acompanhamento da execução do contrato, contendo críticas, sugestões e apontavam-se deficiências, bem como recomendavam-se melhorias para o Contrato de Gestão. Os dois

relatórios, dessa forma, são complementares e ensejam um entendimento mais completo da situação.

Constatou-se a necessidade de dedicação exclusiva dos membros designados, especialmente após a adição de sete unidades à gestão do IGES/DF. Ressaltou-se, ainda, que não fora designado presidente para a CAC-IHBDF. Além disso, faz-se referência à necessidade de reestruturação da comissão, que precisa contar com “membros adequadamente preparados e qualificados” (Relatório SEI-GDF n.º 1/2020

- SES/GAB/CAC-IGESDF - Relatório Quadrimestral do Contrato de Gestão N.º 001/2018-SES/DF entre a SES e o IHBDF: referência - segundo quadrimestre de 2019, p. 16). Demandava-se o fortalecimento da Comissão, que, entretanto, foi extinta no 9º Termo Aditivo (2021).

Criticou-se a atribuição de prioridade dos repasses ao IGES/DF, por meio do

§6º do Artigo 9º do Decreto n.º 39.674/2019. Essa abordagem pode causar desequilíbrio financeiro e orçamentário na Administração Direta da SES/DF, ao se realizar repasse ao IGES/DF em detrimento de outras unidades de saúde ainda sob administração direta da SES/DF.

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

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

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

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

parâmetros para aplicação de valores intermediários, na faixa de valores entre 0 e 5%.

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

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

O perfil de cirurgias realizadas não é totalmente compatível com o que se espera de um hospital de referência em alta complexidade. Percebe-se que a cirurgia mais realizada, facoemulsificação, a qual pode ser realizada ambulatorialmente, responde por quase 20% entre os 10 tipos de cirurgia mais realizados. (Relatório SEI-GDF n.º 1/2020 - SES/GAB/CAC-IGESDF - Relatório Quadrimestral do Contrato de Gestão N.º 001/2018-SES/DF da Secretaria de Estado de Saúde e o Instituto Hospital de Base - Referência - Segundo Quadrimestre de 2019 – Maio, Junho, Julho e Agosto, p. 24)

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

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

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

possível avaliar o grau de consecução das metas de desempenho, somente sendo possível verificar se foram ou não cumpridas.

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

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

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

As mudanças relativas aos agrupamentos de metas e indicadores, bem como a eliminação de indicadores relevantes – como o relacionado à satisfação dos usuários – e a inclusão de outros, dificultam a comparabilidade das séries históricas e a compreensibilidade do sistema, o que é agravado por inconsistências de nomenclatura.

Além disso, a extinção da CAC-IHBDF pode dar origem a uma desestruturação do sistema de acompanhamento e avaliação do contrato de gestão, visto que não há mais um órgão específico responsável por essa tarefa, que se tornou muito mais laboriosa após a inclusão de sete unidades ao IGES/DF. Nesse sentido, o Ministério Público do Distrito Federal e Territórios - MPDFT, em junho de 2021, pela Recomendação nº 13/2021 – PROSUS, referente ao Inquérito Civil Público nº 08190.054213/20-18, considerando o déficit financeiro e o descumprimento parcial das metas pactuadas, bem como a atuação deficiente da SES/DF no acompanhamento e na avaliação do Contrato de Gestão Nº 001/2018-SES/DF, fez recomendações ao Secretário e Saúde do Distrito Federal muito semelhantes às aquelas realizadas pela extinta CAC-IHBDF:

i)A recriação e o fortalecimento da comissão de acompanhamento de contrato, a fim de monitorar e avaliar

a execução do Contrato de Gestão N° 001/2018-SES/DF e seus aditivos;

ii) Que a nova CAC do IGES/DF seja composta por servidores adequadamente qualificados e alocados, preferencialmente, em regime de dedicação exclusiva para essas atribuições;

iii) Que a nova CAC tenha como funções:

- a. Avaliar a confiabilidade das informações, bem como de suas fontes, apresentadas pelo IGES/DF para demonstrar o cumprimento das metas pactuadas;
- b. Analisar o cumprimento das metas pactuadas, cujo percentual de cumprimento seja verificado por meio de indicadores de desempenho objetivamente definidos no contrato de gestão;
- c. Verificar a suficiência e adequação dos indicadores para mensurar o cumprimento das metas quanto a aspectos de eficiência, economicidade e qualidade do serviço;
- d. Analisar se o desempenho do IGES/DF atende às necessidades da população;

iv) Que seja realizada a redefinição dos indicadores e das metas quantitativas e qualitativas, segregados por especialidades médicas e níveis de assistência, de modo que ensejem a mensuração e a avaliação do cumprimento de metas que expressem, objetivamente, os resultados que se deseja alcançar, sem ambiguidades ou obscuridades.

5.2 ANÁLISE DOS INDICADORES

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

Quadro IV: Indicadores do Contrato de Gestão N° 001/2018-SES/DF

Item	Indicador	3º Termo Aditivo (2019)	9º Termo Aditivo (2021)
1	Internações hospitalares: Internações cirúrgicas (Grupo 04 – Procedimento cirúrgico)	Meta de Produção	Meta Quantitativa
2	Internações hospitalares: Internações clínicas (Grupo 03 – Procedimento clínico)	Meta de Produção	Meta Quantitativa
3	Atendimentos	ambulatoriais:	Consulta
4	Atendimentos ambulatoriais: Consulta de profissionais de nível superior na atenção especializada (exceto médico)	Meta de Produção	Meta Quantitativa
5	Atendimentos	ambulatoriais:	Procedimentos
6	Atendimentos hospitalares de urgência e emergência: Atendimento de urgência na atenção especializada	Meta de Produção	Meta Quantitativa
7	Atendimentos hospitalares de urgência e emergência: Acolhimento de classificação de risco	-	Meta Quantitativa
8	Transplantes (SIH) - Transplante de órgão e tecido	-	Meta Quantitativa
9	Atendimentos cirúrgicos: Cirurgias totais	Meta de Produção	-
10	Atendimentos cirúrgicos: Cirurgias programadas	Meta de Produção	Meta Qualitativa
11	Atendimentos cirúrgicos: Cirurgias não programadas	Meta de Produção	-
12	Taxa de ocupação operacional de leitos	-	Meta Qualitativa
13	Taxa de ocupação de leitos de UTI	-	Meta Qualitativa
14	TOH – Taxa de ocupação hospitalar (%)	Meta de Desempenho	-
15	Tempo de permanência para leitos de clínica médica	-	Meta Qualitativa
16	Tempo de permanência para leitos cirúrgicos	-	Meta Qualitativa
17	MPH – Média de permanência hospitalar (dias)	Meta de Desempenho	-
18	IIS - Índice de intervalo de substituição (dias)	Meta de Desempenho	-

19	IRLH – Índice de renovação de leitos hospitalares (pacientes por leito por mês)	Meta de Desempenho	-
20	Percentual de suspensão de cirurgias programadas	Sem meta	-
21	Taxa de readmissão em UTI em até 48 horas (readmissão precoce em UTI)	Sem meta	-
22	Taxa de readmissão hospitalar	Sem meta	-
23	Taxa de infecção de sítio cirúrgico em cirurgias limpas	Sem meta	Meta Qualitativa
24	Taxa de mortalidade hospitalar (Institucional)	Sem meta	Meta Qualitativa
25	Taxa de infecção hospitalar	Sem meta	-
26	Densidade de incidência de infecção por cateter venoso central (CVC)	-	Meta Qualitativa / Meta de Monitoramento
27	Percentual de ocorrência de glosas no SIH	Meta de Desempenho	-
28	Taxa de faturamento hospitalar (%)	Meta de Desempenho	-
29	Tempo de faturamento hospitalar (%)	Meta de Desempenho	-
30	Taxa de absenteísmo (%)	Meta de Desempenho	-
31	Índice de satisfação do usuário atendido (pacientes e acompanhantes)	Sem meta	-
32	Taxa de abastecimento de medicamentos	Sem meta	-
33	Taxa de abastecimento de materiais médicos e hospitalares e OPME (órteses, próteses e materiais especiais)	Sem meta	-
34	Taxa de manutenção de equipamentos	Sem meta	-
35	Ensino, pesquisa e residência: Número de vagas ofertadas em programa de residência uni e multiprofissionais	Meta de Produção	Meta de Monitoramento
36	Ensino, pesquisa e residência: Número de vagas ofertadas em programa de residência médica	Meta de Produção	Meta de Monitoramento

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

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

- i) Mensurabilidade e viabilidade;**
- ii) Validade;**
- iii) Oportunidade;**
- iv) Reprodutibilidade;**
- v) Sustentabilidade;**
- vi) Pertinência e relevância;**
- vii) Compreensibilidade;**
- viii) Periodicidade;**
- ix) Comparabilidade da série histórica.**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Contraditoriamente, o IGES/DF divulgou, em 2021, que a instituição registra melhoria na qualidade de seu serviço, baseado em comentários em redes sociais⁹.

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

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

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

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

Diversos indicadores são mensurados a partir de dados coletados do DATASUS, como os indicadores 1 a 9. Se, de um lado, o uso dessa base de dados fortalece a comparabilidade histórica, haja vista que torna possível refazer mensurações relativas a períodos pretéritos, de

⁹ <https://www.agenciabrasilia.df.gov.br/2021/02/19/iges-pacientes-elogiam-atendimento-nas-unidades/>.

outro, essa abordagem pode importar prejuízos quanto à oportunidade e à periodicidade dos indicadores. Isso se dá em razão de, frequentemente, ocorrer atraso de cerca de um mês para a obtenção de dados por meio desse sistema.

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

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

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

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

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

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

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

subsequentes não tratam especificamente do assunto, isso indica que houve manutenção dessa abordagem.

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

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

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

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

5.3 DISCUSSÃO

O contrato de gestão pode ser considerado em processo de implementação, na medida em que se iniciou em 2018, apresentou mudança significativa em 2019 e, em 2020 e 2021, precisou adaptar-se à situação atípica de uma pandemia causada pelo vírus COVID-19. Exceto o 3º e o 9º Termo Aditivo, os demais termos aditivos, publicados até abril de 2021, referem-se basicamente a questões orçamentárias e não afetaram a forma de gestão do contrato.

O uso de indicadores tem a finalidade de monitorar e avaliar se os objetivos de uma política pública estão sendo cumpridos Kayano & Caldas (2002, p. 04).

No caso do Contrato de Gestão N° 001/2018-SES/DF (2018), percebe-se que a Cláusula Quinta listou os objetivos estratégicos que o HBDF deve seguir:

Na execução de suas atividades, o IHBDF observará os seguintes objetivos estratégicos:

- I. - prestar serviços de assistência à saúde qualificada e gratuita exclusivamente aos usuários do SUS;
- II. - desenvolver atividades de ensino e pesquisa no campo de saúde, em cooperação com a SES-DF e a FEPECS, bem como com terceiros interessados, públicos ou privados, nacionais ou internacionais, cujo objeto social, objeto de estudo ou de pesquisas sejam correlatos ou de interesse do IHBDF;
- III. - promover educação em saúde, receber estudantes de cursos de formação técnica, graduação e pós-graduação em áreas relacionadas a suas atividades, promover programas de residência médica, profissional e multiprofissional e outras atividades de ensino, capacitação e formação em saúde;
- IV. - desenvolver atividades de gestão no campo da saúde, inclusive apoio institucional à gestão e revisão de processos nas unidades e capacitação de pessoal, ambos, da SES-DF;
- V. - implementar atividades conexas às especificadas nos incisos I a IV desta Cláusula, inclusive apoio à SES-DF em estudos de incorporação tecnológica de medicamentos, materiais e equipamentos médico-hospitalares, bem como protocolos e procedimentos de assistência à saúde.

(GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2018)

Com vistas a acompanhar o desenvolvimento do contrato, seria recomendável definir indicadores que contemplassem a evolução dos cinco objetivos estratégicos previstos. Nesse sentido, avaliar-se-ia, de forma objetiva, a implementação dos eixos principais em que o Contrato de Gestão N° 001/2018-SES/DF foi fundamentado.

Diferentemente do que se espera em avaliação de política pública, os indicadores previstos no Contrato de Gestão N° 001/2018-SES/DF se atêm mais à eficácia dos processos do que à eficiência ou à efetividade das ações implementadas. Além disso, com esses indicadores, não se verifica o cumprimento da totalidade dos objetivos estratégicos.

No Quadro V, verifica-se que enquanto indicadores de eficiência demonstram relação entre custo-benefício e indicadores de efetividade buscam comparar alterações em condições sociais, indicadores de eficácia se atêm a meios utilizados e execução de metas.

Quadro V: Indicadores de eficácia, eficiência e efetividade

Objetivos da Política Pública	Objetivos da Avaliação	Tipos de Pesquisa	Critérios de Aferição	Propósito
Atingir metas	Avaliar processo	Execução das metas propostas	Eficácia	Relação entre metas propostas e met realizadas
		Meios utilizados		Relação entre meios utilizados e fins propostos
		Custo-benefício	Eficiência	Relação custo-benefício
Mudar as condições sociais	Avaliar impacto	Mudanças quantitativas nas condições sociais	Efetividade	Relação causal
		Mudanças subjetivas quanto ao bem-estar		Intervenção controlada
		Mudanças qualitativas nas condições sociais		Grupo de controle

Fonte: KAYANO e CALDAS (2002) - adaptado.

De acordo com as conclusões de Andrade (2018), a decisão de se transferir a gestão do HBDF para um serviço social autônomo não foi baseada em estudos e evidências. O autor ressalta que esta forma de gestão não parece superar os problemas de ineficiência e de oferta de serviços, pois, ao analisar a produção hospitalar projetada, deparou-se com pequeno avanço em relação aos últimos anos, mas não grande impacto ao comparar com o modelo tradicional de gestão.

As mudanças implementadas na forma de acompanhamento do Contrato de Gestão prejudicam a comparabilidade da série histórica e excluem indicadores que têm pertinência e relevância para a avaliação geral da instituição. Para adequada comparabilidade, com vistas a compreender se o contrato de fato trouxe melhorias em relação ao modelo de gestão anterior, seria interessante manter os indicadores que fossem excluídos, por um período, concomitantemente com os novos indicadores.

As alterações em relação às metas trouxeram ganhos e prejuízos ao sistema de acompanhamento e avaliação. De um lado, com a implementação de metas associadas aos indicadores 23 e 24, por meio

do 9º Termo Aditivo (2021), é possível compreender que houve intensificação do controle dos riscos relacionados a esses indicadores.

De outro lado, entretanto, pode-se afirmar que a inclusão do indicador do item 26 “Densidade de incidência de infecção por cateter venoso central”, associada à eliminação do indicador de item 25 “Taxa de infecção hospitalar”, importa fragilização do aspecto de compreensibilidade, na medida em que seu entendimento depende de um conhecimento especializado na área de saúde.

Outro ponto é a forma de acompanhamento dos dados relacionados aos gastos realizados. As políticas públicas de saúde envolvem parcela significativa dos recursos públicos do país. De acordo com relatório da Secretaria do Tesouro Nacional (2018), os gastos do Governo Federal no período de 2008 a 2017 representaram 8,3% da Receita Corrente da União. Por esse motivo, a avaliação dos custos investidos em uma ação voltada à saúde pública deveria ser constante, principalmente como motivador para a descentralização administrativa dos recursos de saúde.

Uma mudança relevante na sistemática dos indicadores decorrente do 9º Termo Aditivo (2021) foi a reorganização dos grupos de metas. No 3º Termo Aditivo (2019), previam-se 3 grupos de metas – produção, desempenho e plano de ação e melhoria – que foram reordenadas em metas quantitativas, qualitativas e de monitoramento. Essa modificação pode implicar enfraquecimento da característica de compreensibilidade, tendo em vista que a permuta de indicadores entre os grupos previstos no 9º Termo Aditivo (2021) e as mudanças de nomenclatura não possibilitam um entendimento imediato acerca do conteúdo a que se referem os grupos de indicadores.

Além disso, essas alterações dificultam a comparabilidade das séries históricas dos indicadores: a título de exemplo, o indicador 26, adicionado por meio do 9º Termo Aditivo (2021), e tanto meta qualitativa quanto meta de monitoramento.

Nem no 3º Termo Aditivo (2019) nem no 9º Termo Aditivo (2021) há referência clara a métodos de mensuração: no primeiro, há referência a fórmulas, sem maior grau de detalhamento; no segundo, simplesmente, não se faz referência a fórmulas de indicadores.

Trata-se de inconsistência relevante, uma vez que, sem a definição de uma metodologia clara e objetiva para mensuração dos

indicadores, o Contrato de Gestão, fundamentado no cumprimento de metas, perde eficácia como mecanismo de controle e promoção da eficiência na gestão hospitalar.

Cabe ressaltar que, em nenhum documento relativo ao Contrato de Gestão N° 001/2018-SES/DF avaliado nesta pesquisa, foi identificada análise da relação entre os custos e os benefícios da exclusão de indicadores, tampouco foram avaliadas eventuais dificuldades relacionadas à padronização metodológica, nem foram comparadas a pertinência e a relevância dessas medidas.

Por fim, torna-se relevante a adoção de indicadores que sejam facilmente compreendidos tanto pela sociedade quanto por agentes públicos responsáveis por implementar melhorias estruturais. A construção desses instrumentos de gestão deve considerar diversos aspectos e, por esse motivo, deve ser realizada de forma criteriosa e com o apoio técnico necessário, para que revelem resultados adequados.



6



6

CONCLUSÃO

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

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

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

Adicionalmente, fez-se um breve histórico do Hospital de Base do Distrito Federal, demonstraram-se as características de formas de gestão do hospital e revelou-se a criação de um instituto revestido juridicamente como serviço social autônomo.

Buscou-se analisar os aspectos do contrato de gestão N° 001/2018-SES/DF, demonstrando as alterações ocorridas por meio dos 3° Termo Aditivo (2019) e 9° Termo Aditivo (2021), este último tendo impactado a forma de acompanhamento que ocorrerá a partir de 2021.

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

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

de gestão em saúde e desenvolver tecnologias para utilização em produtos e serviços.

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

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

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

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

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

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

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

Como sugestão de trabalhos futuros, em complementação a esta pesquisa, seria importante aprimorar o monitoramento da execução do Contrato de Gestão N° 001/2018-SES/DF, com vistas a compreender os

motivos por que o formato atual de acompanhamento não é capaz de diagnosticar as falhas existentes.

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

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

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

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

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

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

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

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

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



REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE – ANS. **Módulos e indicadores: Período avaliativo 2013/2014**. 2021. Disponível em:

<http://www.ans.gov.br/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude/qualiss-programa-de-qualificacao-de-prestadores-de-servicos-de-saude/monitoramento-da-qualidade-dos-prestadores-de-servicos-de-saude/módulos-e-indicadores>. Acesso em: 15 mai. 2021.

ANDRADE, Bruno Henrique Souza de. **Novo modelo e velhos problemas: análise da eficiência do gasto em recursos humanos na criação do serviço social autônomo Instituto Hospital de Base do Distrito Federal**. 2018. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/34646>. Acesso em: 27 jun. 2021.

ARAÚJO, Maria Arlete Duarte. **Responsabilização pelo controle de resultados no Sistema Único de Saúde no Brasil**. Revista Panamericana de Salud Pública, v. 27, p. 230-236, 2010. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpsp/v27n3/a11v27n3.pdf. Acesso em: 27 jun. 2021.

BARBIERI, Carla Bertucci. **Regime jurídico aplicável aos serviços sociais autônomos: impactos sobre a atividade de controle exercida pelo tribunal de contas da união**. Disponível em: https://repositorio.idp.edu.br/bitstream/123456789/1346/1/Artigo_%20Carla%20Bertucci%20Barbieri.pdf. Acesso em: 09 jan. 2021.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm. Acesso em: 10 out. 2020.

Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. **Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS)**. 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html. Acesso em: 10 out. 2020.

BRESSER-PEREIRA, L. C. **Do Estado patrimonial ao Estado gerencial**. In: PINHEIRO, P. S.; WILHEIM, J.; SACHS, I. (Org.). Brasil: um século de transformações. São Paulo: Companhia das Letras, 2001.

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

CASTRO, Dayanni Nogueira. **Processo de compra de equipamentos médico- hospitalares: estudo de caso no Departamento de Logística em Saúde**. 2016. Disponível em: https://bdm.unb.br/bitstream/10483/14346/6/2016_DayanniNogueiraCastro_tcc.pdf. Acesso em: 09 jan. 2021.

CEARÁ. **Manual de Celebração de Contrato de Gestão**. Secretaria do Planejamento e Gestão – SEPLAG. Fortaleza, março de 2018. Disponível em: https://www.seplag.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/14/2020/06/Manual_Celebra%C3%A7%C3%A3o_Contratos_de_Gest%C3%A3o_atualizadoNov2019.pdf. Acesso em: 02 jul. 2021.

CONSELHO NACIONAL DE SERCRETÁRIOS DE SAÚDE - CONASS. **Alternativas de Gerência de Unidades Públicas de Saúde**. 2015. Disponível em: <http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/Alternativas-de-Gerencia-de-Unidades-Publicas-de-Saude.pdf>. Acesso em: 10 out. 2020.

CORRÊA, Daniel Seabra Resende Castro. **Comparação da eficiência dos modelos de gestão dos hospitais públicos brasileiros utilizando Análise Envoltória de Dados**. 2020. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/129487/2/423937.pdf>. Acesso em: 31 out. 2020.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. Contratos de gestão. **Contratualização do controle administrativo sobre a administração indireta e sobre as organizações sociais**. Revista da Procuradoria Geral do Estado de São Paulo, São Paulo, n. 45/46, p. 1-13, 1996. Disponível em: https://aedmoodle.ufpa.br/pluginfile.php/172714/mod_resource/content

[t/1/CONTRATOS%20DE%20GEST%C3%83O%20Maria%20Sylvia%20Pietro.pdf](#). Acesso em: 02 jul. 2021.

DISTRITO FEDERAL. **Contrato de Gestão n. 001/2018 – SES/DF. Contrato de Gestão entre a Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal e o Instituto Hospital de Base do Distrito Federal e suas alterações.** Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2018. Disponível em: <https://igesdf.org.br/institucional/sobre-o-igesdf/>. Acesso em: 10 out. 2020.

_____. Decreto nº 39.619, de 07 de janeiro de 2019. **Declara a situação de emergência no âmbito da Saúde Pública do Distrito Federal e dá outras providências.** Disponível em: http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/f84fd70871ca46d9945d96cca511c03b/Decreto_39619_07_01_2019.html. Acesso em: 27 jun. 2021.

_____. Decreto nº 39.674, de 19 de fevereiro de 2019. **Regulamenta o Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal - IGES/DF, e dá outras providências.** Disponível em: http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/d116c5bde0074d38bcd95958b8ee57d1/Decreto_39674_19_02_2019.html. Acesso em: 10 out. 2020.

_____. Decreto nº 40.395, de 16 de janeiro de 2020. **Homologa o Estatuto do Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal.** Disponível em: http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/776199057bb546e88ae424ebd6c3f418/exec_de_c_40395_2020.html. Acesso em: 10 out. 2020.

_____. Lei nº 5.899, de 03 de julho de 2017. **Autoriza o Poder Executivo a instituir o Instituto Hospital de Base do Distrito Federal - IHBDF e dá outras providências.** Disponível em: http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/d40f1f59cc5a40dcb9cf424bebcd315d/Lei_5899_03_07_2017.html. Acesso em: 10 out. 2020.

_____. Lei nº 6.270, de 30 de janeiro de 2019. **Altera a nomenclatura do Instituto Hospital de Base do Distrito Federal - IHBDF, instituído pela Lei nº 5.899, de 3 de julho de 2017, para Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal - IGES/DF e dá outras providências.** Disponível em: http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/309ebad7cfa346c3991cde576e6a57cf/Lei_6270.html. Acesso em: 10 out. 2020.

_____. Mensagem nº 031/2017-GAG. **Submete o Projeto de Lei que “autoriza o Poder Executivo a instituir o Instituto Hospital de Base do Distrito Federal” para apreciação da Câmara Legislativa do Distrito Federal.** Disponível em:

<https://legislacao.cl.df.gov.br/Legislacao/consultaProposicao-111486!2017!visualizar.action>. Acesso em: 06 fev. 2021.

_____. Mensagem nº 09/2019-GAG. **Submete o Projeto de Lei que “altera a nomenclatura do Instituto Hospital de Base do Distrito Federal – IHBDF para Instituto de Gestão Estratégica da Saúde do Distrito Federal – IGES/DF, e dá outras providências” para apreciação da Câmara Legislativa do Distrito Federal.** Disponível em:

<https://legislacao.cl.df.gov.br/Legislacao/consultaProposicao-1112019!visualizar.action>. Acesso em: 06 fev. 2021.

DITTERICH, Rafael Gomes; MOYSÉS, Simone Tetu; MOYSÉS, Samuel Jorge. **O uso de contratos de gestão e incentivos profissionais no setor público de saúde.** Cadernos de Saúde Pública, v. 28, n. 4, p. 615-625, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Nh9VyYxsYqW47xsrj5cWqjd/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 27 jun. 2021.

FONSECA, Humberto Lucena Pereira da; CUNHA JUNIOR, Luiz Arnaldo Pereira da. **A criação do serviço social autônomo do Instituto Hospital de Base como novo modelo de gestão hospitalar do Distrito Federal, Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 24, p. 2053-2064, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v24n6/1413-8123-csc-24-06-2053.pdf>. Acesso em: 09 jan. 2021.

FONSECA, Lucena Pereira da Fonseca (Org.). **A Reforma da Saúde no Distrito Federal: Gestão resolutiva e evidências de efetividade.** Governo do Distrito Federal, 2019. Disponível em: http://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/reforma_sau_de_distrito_federal_gestao_r_esolutiva_evidencias_efetividade.pdf. Acesso em: 09 jan. 2021.

IGES/DF. **Documentário: 60 anos Hospital de Base** Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=RgfBWbrRWqI>. Acesso em: 09 jan. 2021.

IGES/DF. **Relatórios IGES-DF.** Disponível em: <https://igesdf.org.br/transparencia/relatorios-igesdf/?transparencia=ativo>. Acesso em: 09 jan. 2021.

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

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Avaliação de Políticas Públicas: Guia Prático de Análise Ex Post - Volume 2**. Brasília, 2018. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/181218_avaliacao_d_e_politicas_publicas_vol2_guia_expost.pdf. Acesso em: 18 abr. 2021.

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

KAYANO, Jorge; DE LIMA CALDAS, Eduardo. **Indicadores para o diálogo**. Instituto Pólis, 2002. Disponível em: <https://polis.org.br/wp-content/uploads/2020/03/Indicadores-para-o-Dialogo.pdf>. Acesso em 10 jul. 2021.

LIMA, Keler Wertz Schender de; ANTUNES, José Leopoldo Ferreira; SILVA, Zilda Pereira da. **Percepção dos gestores sobre o uso de indicadores nos serviços de saúde. Saúde e Sociedade**, v. 24, p. 61-71, 2015. Disponível em <https://www.scielo.org/article/sausoc/2015.v24n1/61-71/pt/>. Acesso em: 1 maio. 2021.

LUEDY, Almerinda; MENDES, Vera Lúcia Peixoto S.; RIBEIRO JÚNIOR, Hugo. **Gestão pública por resultados: contrato de gestão como indutor de melhorias em um hospital universitário**. Organizações & Sociedade, v. 19, p. 641-659, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/osoc/a/8V3bLFwbhfjykJWGTksZyVm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 jul. 2021.

MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias de; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. **Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal**. Cadernos de Saúde Pública, v. 33, p. e00129616, 2017. Disponível em:

<https://www.scielo.org/pdf/csp/2017.v33suppl2/e00129616/pt.> Acesso em: 21 nov. 2020.

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

MINISTÉRIO PÚBLICO DO DISTRITO FEDERAL E TERRITÓRIOS. **Recomendação nº 13/2021 – PROSUS**. Inquérito Civil Público nº 08190.054213/20-18. 2021. Disponível: https://www.mpdft.mp.br/portal/images/noticias/junho_2021/16543.PDF. Acesso em 05 jul. 2021.

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

NOCE, Carlo Alessandro Melo. **Análise da aplicação dos indicadores hospitalares de eficiência da ANS nos hospitais universitários federais brasileiros via Business Intelligence**. 2017. Disponível em: https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/25254/1/2017_CarloAlessandroMeloNoce.pdf. Acesso em: 11 abr. 2021.

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

PACHECO, Regina Silvia. **Brasil: avanços da contratualização de resultados no setor público**. In: Congreso internacional del clad sobre la reforma del estado y de la administración pública. 2006. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Regina-Silvia-Pacheco/publication/267198557_Brasil_avancos_da_contratualizacao_de_resultados_no_setor_publico/links/552d7b870cf29b22c9c4f59e/Brazil-avancos-da-contratualizacao-de-resultados-no-setor-publico.pdf. Acesso em: 27 jun. 2021.

RODRIGUES, Antonio Felipe Oliveira; SALLUM, Silvio Bhering; RAUPP, Fabiano Maury. **Eficiência dos hospitais estaduais de Santa Catarina: um comparativo entre modelos de gestão.** *Advances in Scientific & Applied Accounting*, v. 13, n. 1, 2020. Disponível em: <https://asaa.anpcont.org.br/index.php/asaa/article/view/628/pdf>. Acesso em 24 out. 2020.

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

SANTOS, Thadeu Borges Souza et al. **Gestão hospitalar no Sistema Único de Saúde: problemáticas de estudos em política, planejamento e gestão em saúde.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, p. 3597-3609, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2020.v25n9/3597-3609/pt>. Acesso em: 01 nov. 2020.

SANTOS-FILHO, Serafim Barbosa. **Articulando planejamento e contratos de gestão na organização de serviços substitutivos de saúde mental: experiência do SUS em Belo Horizonte.** *Saúde em debate*, v. 32, n. 78-79-80, p. 172-181, 2008. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4063/406341773019.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2021.

SAUERBRONN, Fernanda Filgueiras. **Governança Pública em Saúde Pós-Reforma Gerencial no Brasil: Reconciliando Perspectivas para uma Análise Multinível.** *Administração Pública e Gestão Social*, v. 9, n. 3, 2017. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Fernanda_Sauerbronn/publication/318083591_Governanca_Publica_em_Saude_Pos-Reforma_Gerencial_no_Brasil_Reconciliando_Perspectivas_para_uma_Analise_Multinivel/links/5979ff6ba6fdcc61bb05b3b2/Governanca-Publica-em-Saude-Pos-Reforma-Gerencial-no-Brasil-Reconciliando-Perspectivas-para-uma-Analise-Multinivel.pdf. Acesso em: 21 nov. 2020.

SECRETARIA DO TESOURO NACIONAL. **Aspectos Fiscais da Saúde no Brasil.** Brasil, 2018. Disponível em: https://sisweb.tesouro.gov.br/apex/f?p=2501:9::::9:P9_ID_PUBLICACAO:28265. Acesso em: 02 mai. 2021.

SILVA, Edna Lúcia da; MENEZES, Estera Muszkat. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 4. ed. rev. atual. – Florianópolis: UFSC, 2005.

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

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

SOÁREZ, Patrícia Coelho de; NOVAES, Hillegonda Maria Dutilh. **Avaliação Econômica em Saúde**. In: AKERMAN, Marco; FURTADO, Juarez Pereira (orgs). Práticas de avaliação em saúde no Brasil: diálogos. Porto Alegre: Rede Unida, 2015. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5076556/mod_resource/content/1/Furtado%20J%2C%20Silva%20LMV.%20Entre%20os%20campos%20Ocient%3%ADfco%20e%20burocr%3%A1tico%20%3%A0%20trajet%3%B3ria%20da%20avalia%3%A7%3%A3o%20-%20Copia%20%281%29.pdf. Acesso em: 25 abr. 2021.

UCHIMURA, Kátia Yumi; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. **Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde**. Cadernos de Saúde Pública, v. 18, p. 1561-1569, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2002.v18n6/1561-1569/pt/>. Acesso em: 25 abr. 2021.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Traduzido por Daniel Grassi. 3ª edição, 212 p. Porto Alegre: Bookman, 2005.



APÊNDICES

APÊNDICES

Anexo I

Quadro VI: Arcabouço jurídico do IHBDF e do IGES/DF – atualizado até 04/2021		
Item	Instrumento jurídico	Assunto
1	Lei nº 5.899, de 03 de julho de 2017.	Autoriza o Poder Executivo a instituir o Instituto Hospital de Base do Distrito Federal - IHBDF e dá outras providências.
2	Lei nº 6.270, de 30 de janeiro de 2019.	Altera a nomenclatura do Instituto Hospital de Base do Distrito Federal - IHBDF, instituído pela Lei nº 5.899, de 3 de julho de 2017, para Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal - IGES/DF e dá outras providências.
3	Decreto nº 39.674, de 19 de fevereiro de 2019.	Regulamenta o Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal - IGES/DF, e dá outras providências.
4	Decreto nº 40.395, de 16 de janeiro de 2020.	Homologa o Estatuto do Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal.
5	Contrato de Gestão nº 001/2018 - SES/DF.	Contrato de gestão entre a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e o Instituto Hospital de Base do Distrito Federal.
6	Primeiro Termo Aditivo ao Contrato de Gestão nº 001/2018 - SES/DF	Suplementação de créditos orçamentários destinados ao fomento do contrato de gestão, no valor de R\$ 2.709.042,00, proveniente de emendas parlamentares.
7	Segundo Termo Aditivo ao Contrato de Gestão nº 001/2018 - SES/DF.	Suplementação de créditos orçamentários destinados ao fomento do contrato de gestão, advinda de emendas parlamentares destinadas ao contratado IHBDF, no valor de R\$1.000.000,00.
8	Terceiro Termo Aditivo ao Contrato de Gestão nº 001/2018 - SES/DF.	Adequa o Contrato de Gestão nº 001/2018 - SES/DF à Lei nº 6.270, de 30 de janeiro de 2019, e ao Decreto nº 39.674/2019.
9	Quarto Termo Aditivo ao Contrato de Gestão nº 001/2018-SES/DF.	Repassa recursos utilizados pela Contratada no enfrentamento à pandemia causada pelo novo coronavírus no âmbito do Distrito Federal, no valor de R\$ 12.555.849,03.
10	Quinto Termo Aditivo ao Contrato nº 001/2018- SES/DF.	Repassa recursos utilizados pela Contratada no enfrentamento à pandemia causada pelo novo coronavírus no âmbito do Distrito Federal, no valor de R\$ 136.876.977,46.
11	Sexto Termo Aditivo ao Contrato de Gestão nº 001/2018-SES/DF.	Prorrogação do prazo previsto no Parágrafo Primeiro da Cláusula Décima Terceira do Terceiro Termo Aditivo do Contrato de Gestão N°001-2018-SES/DF por mais 10 (dez) meses, contados a partir da assinatura deste Termo Aditivo.

12	Sétimo Termo Aditivo ao Contrato de Gestão nº 001/2018-SES/DF.	Repassa recursos utilizados pela Contratada no enfrentamento à pandemia causada pelo novo coronavírus no âmbito do Distrito Federal, no valor de R\$ 8.083.728,26.
13	Oitavo Termo Aditivo ao Contrato de Gestão nº 001/2018-SES/DF.	Suplementação de créditos orçamentários destinados ao fomento do contrato de gestão, no valor de R\$ 32.388.825,60.
14	Nono Termo Aditivo ao Contrato de Gestão nº 001/2018-SES/DF.	Promove alteração de cláusulas do contrato.
15	Décimo Termo Aditivo ao Contrato de Gestão nº 001/2018-SES/DF.	Repassa recursos utilizados pela Contratada no enfrentamento à pandemia causada pelo novo coronavírus no âmbito do Distrito Federal, no valor de R\$ 9.203.537,02.
16	Décimo Primeiro Termo Aditivo ao Contrato de Gestão nº 001/2018-SES/DF.	Suplementação de créditos orçamentários destinados ao fomento do contrato de gestão, no valor de R\$ 8.993.664,00.
17	Décimo Segundo Termo Aditivo ao Contrato de Gestão nº 001/2018-SES/DF.	Altera a redação de itens das Cláusulas Décima e Décima Segunda do contrato de gestão.
18	Resolução 01/2017 do Conselho de Administração.	Aprova Regimento Interno.
19	Resolução 02/2017 do Conselho de Administração.	Aprova Regulamento de Compras e Contratações.
20	Resolução 03/2017 do Conselho de Administração.	Aprova Regulamento Próprio do Processo de Seleção para Admissão de Pessoal.
21	Resolução 02/2018 do Conselho de Administração.	Alteração Art. 22 do Regulamento Próprio do Processo de Seleção para Admissão de Pessoal.
22	Resolução 03/2018 do Conselho de Administração.	Alteração Art. 20 e 35 do Regulamento Próprio de Compras e Contratações.
23	Resolução 04/2018 do Conselho de Administração.	Fixa a remuneração dos membros da DIREX.
24	Resolução 01/2019 do Conselho de Administração.	Alteração de Regulamento Próprio de Compras e Contratações.
25	Resolução 02/2019 do Conselho de Administração.	Altera o Regulamento Próprio do Processo de Seleção para Admissão de Pessoal.

26	Resolução 03/2019 do Conselho de Administração.	Aprova o Regimento Interno.
27	Resolução 04/2019 do Conselho de Administração.	Aprova alteração do Regimento Interno. (Versão Atual)
28	Resolução 05/2019 do Conselho de Administração.	Alteração do Estatuto. (Versão Atual)
29	Resolução 06/2019 do Conselho de Administração.	Altera o Regulamento Próprio do Processo de Seleção para Admissão de Pessoal. (Versão Atual)
30	Resolução 07/2019 do Conselho de Administração.	Altera o Regulamento Próprio de Compras e Contratações. (Versão Atual)
31	Resolução 01/2020 do Conselho de Administração.	Aprova o Plano de Cargos e Salários. (Versão Atual)
32	Resolução 02/2020 do Conselho de Administração.	Aprova o Programa de Gestão de Desempenho. (Versão Atual)
33	Resolução 03/2020 do Conselho de Administração.	Cria a Controladoria Interna do IGES/DF. (Versão Atual)
34	Resolução 04/2020 do Conselho de Administração.	Cria o cargo de Secretário Geral do Conselho de Administração do IGES/DF. (Versão Atual)
35	Resolução da Diretoria Executiva 01/2020.	Dispõe sobre o procedimento de compras emergenciais a ser adotado pela Superintendência Adjunta de Insumos e Logística do IGES/DF.
36	Resolução da Diretoria Executiva 02/2020.	Dispõe sobre procedimentos para concessão e aplicação de suprimentos de fundos no âmbito do Instituto de Gestão Estratégica do Distrito Federal-IGES/DF e dá outras providências.
37	Resolução da Diretoria Executiva 03/2020.	Fixa os níveis de remuneração dos cargos de livre nomeação/função de confiança, cargos assistenciais e cargos administrativos do IGES/DF -Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal.
38	Resolução da Diretoria Executiva 05/2020.	Regulamenta o trabalho na modalidade de sobreaviso no âmbito do Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal.
39	Resolução da Diretoria Executiva 06/2020.	Dispõe sobre a implantação da nova Estrutura Organizacional, aprovada em Reunião do Conselho de Administração, na data de 12 de dezembro de 2019.

40	Resolução da Diretoria Executiva 08/2020.	Dispõe sobre a adoção de medidas temporárias de prevenção ao contágio pelo Novo Coronavírus (COVID-19) no âmbito do Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal.
41	Resolução da Diretoria Executiva 09/2020.	Dispõe sobre ações de Telemedicina, no âmbito do Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal.
42	Resolução da Diretoria Executiva 10/2020.	Disciplina as hipóteses de cabimento e os procedimentos para a substituição não eventual de profissionais em cargos de gestão de livre nomeação das áreas assistenciais e administrativas do Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal.
43	Resolução da Diretoria Executiva 12/2020.	Dispõe sobre o registro de ponto dos colaboradores no âmbito do Instituto de Gestão Estratégica do Distrito Federal –IGES/DF.
44	Resolução da Diretoria Executiva 13/2020.	Dispõe sobre as regras da política de afastamentos de curta duração de até 60 dias para estudos, congressos, seminários, reuniões científicas, de colaboradores celetistas ou estatutários cedidos ao IGES/DF, mediante dispensa de ponto.
45	Resolução da Diretoria Executiva 17/2020.	Estabelece a formação de Grupo de Trabalho para a qualificação do Hospital Regional de Santa Maria (HRSM) no âmbito do Instituto de Gestão Estratégica em Saúde do Distrito Federal (IGESDF).
46	Resolução da Diretoria Executiva 21/2020.	Dispõe sobre as alterações na composição do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Gestão Estratégica de saúde do Distrito Federal.
47	Resolução da Diretoria Executiva 23/2020.	Dispõe sobre os procedimentos a serem adotados pelas Superintendências Operacionais do Hospital de Base e do Hospital Regional de Santa Maria do IGESDF para a realização de compra urgente e excepcional.
48	Resolução da Diretoria Executiva 24/2021.	Estabelece a suspensão da celebração de acordos de cooperação técnica nacionais e internacionais onerosos, por tempo indeterminado, no âmbito do Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal (IGESDF).
49	Resolução da Diretoria Executiva 25/2021.	Criação de Grupo de Trabalho para estudar a viabilidade de rescisão e revisão contratual “supressão” a partir de 20% dos valores e quantitativos dos objetos contratuais vigentes no âmbito do Instituto de Gestão Estratégica de Saúde – IGESDF.

50	Resolução da Diretoria Executiva 26/2021.	Criação de Grupo de Trabalho para estudo jurídico e econômico para revisão do Fluxo de Compras de insumos, âmbito do Instituto de Gestão Estratégica de Saúde – IGESDF para fins de padronizar os procedimentos.
51	Resolução da Diretoria Executiva 27/2021.	Criação de Grupo de Trabalho para estudo e revisão dos Atos Normativos – Estatuto, Regimento Interno e Organograma Administrativo do Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal-IGESDF.

Fonte: Elaboração própria (2021) .

Anexo II

Quadro VII: Resumo das Cláusulas do Contrato de Gestão N° 001/2018-SES/DF		
Cláusula	Assunto	Resumo dos principais pontos
Primeira	Dos fundamentos do contrato de gestão	Legislação que embasa a existência do contrato de gestão.
Segunda	Das definições	Abreviaturas das estruturas do Instituto e dos órgãos públicos interessados.
Terceira	Do objeto	O contrato tem como objeto definir objetivos, indicadores, metas e responsabilidade do Instituto, responsabilidades da Secretaria de Saúde do DF e do Governo do Distrito Federal, além de estipular os procedimentos de acompanhamento de sua execução.
Quarta	Dos princípios	O contrato ressalta os princípios do SUS, mantendo atendimento exclusivamente gratuito à população, com recursos provenientes do Poder Público.
Quinta	Dos objetivos estratégicos	Os objetivos estratégicos são, em resumo, a manutenção de atendimento gratuito e o investimento em pesquisa, tecnologia e ensino na área de saúde.
Sexta	Das obrigações do contratado	Realizar os atendimentos assistenciais listados, seguindo as normas e os padrões da SES/DF. Elaborar proposta de Plano de Trabalho e de Orçamento anual e entregar até 30 de junho de cada ano para a SES/DF Apresentar até 31 de março de cada ano o Relatório Anual de Acompanhamento e Avaliação do contrato.

		<p>Cumprir as metas estabelecidas entre as partes.</p> <p>Definir remuneração, contratar pessoal e realizar as aquisições necessárias.</p> <p>Prestar todas as informações solicitadas tempestivamente e manter os sistemas com dados atualizados.</p>
Sétima	Das obrigações da contratante	<p>Acompanhar o cumprimento das metas pactuadas conjuntamente.</p> <p>Aprovar o Plano de Trabalho anual e acompanhar a sua execução.</p> <p>Prover o apoio necessário ao contratado.</p> <p>Transferir recursos financeiros, ceder servidores e disponibilizar a administração do patrimônio das unidades previstas no contrato.</p>
Oitava	Dos fomentos para o IGES/DF	Cessão de servidores públicos, transferência de recursos financeiros públicos e uso de patrimônio público já existente para as unidades de saúde.
Nona	Do pessoal cedido	Cessão de servidores que trabalhavam ou haviam trabalhado nas unidades de saúde que seriam vinculadas ao IGES/DF.
Décima	Da administração de pessoal cedido	Os servidores cedidos manterão o vínculo com a Administração Pública e os benefícios existentes, podendo receber outras vantagens do IGES/DF que não serão incorporadas à remuneração da origem.
Décima Primeira	Dos recursos financeiros	Os valores repassados devem constar em orçamento público e podem ser provenientes do Governo do Distrito Federal ou por meio de outras fontes de fomento.
Décima Segunda	Da aplicação e administração dos recursos financeiros	<p>De acordo com os limites definidos anualmente, o contratado poderá aplicar os recursos com gastos relativos a projetos e programas para consecução dos objetivos estratégicos e para pagamento de custos administrativos e de pessoal. Antes do repasse, serão descontados os valores referentes aos servidores cedidos. Os gastos com pessoal não poderão ser superiores a 70% dos recursos destinados pelo contrato.</p> <p>O contratante deve empenhar o valor devido quadrimestralmente, até o quinto dia útil do quadrimestre. Há obrigação de</p>

		realizar o repasse financeiro até o quinto dia útil de cada mês.
Décima Terceira	Do patrimônio público administrado	Os bens móveis e imóveis alugados nas unidades de saúde serão administrados pelo IGES/DF, por meio de Termo de Permissão de Uso Todos os bens adquiridos pelo IGES/DF devem ser transferidos para a SES/DF.
Décima Quarta	Da administração do patrimônio	O patrimônio continua pertencendo ao Governo do Distrito Federal. Qualquer alteração do patrimônio não depende de aprovação do contratante, mas a lista de bens adquiridos deve ser encaminhada mensalmente para a SES/DF.
Décima Quinta	Do controle e acompanhamento	Estrutura própria do Instituto para planejamento e execução dos trabalhos internos. Conselho Fiscal para acompanhamento orçamentário, contábil e patrimonial. Esses procedimentos também serão verificados por auditoria externa independente contratada pelo Instituto. Conselho de Saúde do Distrito Federal realizará o controle social, para garantir o bom atendimento ao público. Tribunal de Contas do Distrito Federal realizará o controle externo, por meio de fiscalização dos atos de gestão.
Décima Sexta	Do planejamento, execução, acompanhamento, revisão e controle	Planejamento, execução, acompanhamento, revisão e controle previstos no Planejamento Estratégico elaborado a cada 4 anos, e no Plano de Trabalho e no Orçamento anuais.
Décima Sétima	Do plano estratégico	Os planos estratégicos serão elaborados a cada 4 anos, exceto para o período de 2018-2019, com o objetivo de desenvolver os parâmetros para prestação de assistência médica e para pesquisa e ensino. O plano estratégico será considerado o Anexo II deste instrumento.
Décima Oitava	Dos planos de trabalho anuais	Diretrizes do Plano Estratégico. Os planos de trabalho anuais tratarão sobre objetivos prioritários, programas e atividades, com indicadores e metas. O plano de trabalho incluirá “Metas de produção”, “Indicadores e metas de desempenho” e “Metas do plano de ação”,

		que serão considerados como Anexos III, IV e V deste contrato.
Décima Nona	Dos orçamentos-programas anuais	<p>O orçamento anual deve ser compatível com o plano de trabalho anual e com o cronograma de desembolso.</p> <p>O orçamento deve ser enviado à contratante até o dia 30 de junho, que terá até o dia 20 de novembro do ano anterior à execução para realizar a análise.</p> <p>O orçamento deve prever o “Cronograma anual de transferência de recursos financeiros”, que será considerado anexo VI deste contrato.</p>
Vigésima	Da gestão do pessoal próprio	<p>Para gestão de pessoal contratado, serão obedecidos os critérios abaixo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - contratação regida pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT); - remuneração fixada pela Diretoria Executiva e ratificada pelo Conselho de Administração; - procedimento de seleção de pessoal ser público, objetivo e impessoal, de acordo com regulamento próprio e com princípios de publicidade, impessoalidade, moralidade, economicidade e eficiência; contratos de trabalho com previsão de atividades de educação em saúde e com parte da remuneração vinculada a metas individuais e coletivas.
Vigésima Primeira	Das aquisições, alienações e contratações	Processo licitatório deve ser público, objetivo e impessoal e ocorrer por meio de regulamento próprio.
Vigésima Segunda	<p>Dos relatórios de acompanhamento e avaliação</p> <p>Da prestação de contas</p>	<p>Contrato original:</p> <p>Relatório quadrimestral de acompanhamento e avaliação: comparação dos resultados obtidos com os pactuados, análise e justificativas dos resultados, execução orçamentária, saldos bancários e número de empregados.</p> <p>Relatório anual de acompanhamento e avaliação: comparação dos resultados obtidos com os pactuados, análise e justificativas dos resultados, execução orçamentária, saldos bancários, inventário patrimonial e variação mensal no número de empregados.</p>

		<p>9º Termo Aditivo ao Contrato: divisão por unidade de saúde, da seguinte forma:</p> <p>Relatório mensal de prestação de contas: apresentação de resultados e motivos para não cumprimento de metas. Serão avaliados os indicadores de produção e de metas qualitativas, além de outras obrigações contratuais.</p> <p>Relatório anual de prestação de contas: comparação de metas pactuadas com resultados alcançados e justificativa de eventual não cumprimento de metas e demais avaliações descritas no contrato.</p>
Vigésima Terceira	Do acompanhamento e avaliação a cargo da contratante	Por meio do 9º Termo Aditivo ao Contrato, definiu-se que as unidades orgânicas competentes da SES/DF seriam responsáveis pelo acompanhamento do contrato.
Vigésima Quarta	Das responsabilidades e penalidades	A contratante poderá solicitar a substituição de conselheiros ou membros da Diretoria que descumprirem condições e cláusulas do contrato. Os responsáveis por descumprimentos no contrato poderão ser investigados administrativamente, sem exclusão das consequências judiciais necessárias.
Vigésima Quinta	Da vigência	O contrato terá vigência de 20 anos e pode ser renovado se comprovar cumprimento dos indicadores e metas estabelecidos.
Vigésima Sexta	Das revisões e modificações	O contrato poderá ser revisto por iniciativa das partes. Cada alteração ocorrerá por meio de termo aditivo.
Vigésima Sétima	Da renovação	O contrato poderá ser renovado, levando em consideração os resultados alcançados no instrumento vigente.
Vigésima Oitava	Da transição e do apoio à implantação do IGES/DF	Previsão de período transitório de apoio direto da SES/DF para implementar a gestão do contrato.
Vigésima Nona	Da publicação	O extrato do contrato e de seus termos aditivos será publicado no Diário Oficial do Distrito Federal. O contrato integral, os termos aditivos e os relatórios devem estar disponíveis no sítio eletrônico do IGES/DF.
Trigésima	Dos anexos	<p>Contrato original:</p> <p>Anexo I: Serviços fomentados Anexo II: Plano estratégico Anexo III: Metas de produção</p>

		<p>Anexo IV: Indicadores e metas de desempenho Anexo V: Metas do plano de ação e melhorias</p> <p>Anexo VI: Cronograma anual de transferência de recursos financeiros</p> <p>Anexo VII: Acompanhamento e avaliação</p> <p>9º Termo Aditivo ao Contrato: divisão por unidade de saúde, da seguinte forma:</p> <p>ITEM I: Serviços Fomentados ITEM II: Metas Quantitativas ITEM III: Metas Qualitativas</p> <p>ITEM IV: Metas de Monitoramento</p> <p>ITEM V: Farmácia Ambulatorial</p>
Trigésima Primeira	Do foro	Foro de Brasília (DF).

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



idn

Bo
pro
cit
ref
Nos
são

idp

A ESCOLHA QUE
TRANSFORMA
O SEU CONHECIMENTO