



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA - UFBA
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO - EA
PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO E GESTÃO SOCIAL – PDGS
CENTRO INDERDISCIPLINAR DE DESENVOLVIMENTO E GESTÃO SOCIAL -
CIAGS

EMMANUELLE FONSECA MARINHO DE ANIAS DALTRO

CONTRATUALIZAÇÃO E DESEMPENHO HOSPITALAR: UMA ANÁLISE
APLICADA AOS HOSPITAIS FILANTRÓPICOS DO ESTADO DA BAHIA

Salvador

2013

EMMANUELLE FONSECA MARINHO DE ANIAS DALTRO

**CONTRATUALIZAÇÃO E DESEMPENHO HOSPITALAR: UMA ANÁLISE
APLICADA AOS HOSPITAIS FILANTRÓPICOS DO ESTADO DA BAHIA**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Multidisciplinar e Profissional em Desenvolvimento e Gestão Social do Programa de Desenvolvimento e Gestão Social da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Desenvolvimento e Gestão Social.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Elizabeth Matos Ribeiro.

Salvador

2013

Escola de Administração da UFBA

D152 Daltro, Emmanuelle Fonseca Marinho de Anias

Contratualização e desempenho hospitalar: uma análise aplicada aos hospitais filantrópicos do Estado da Bahia / Emmanuelle Fonseca Marinho de Anias Daltro. – 2013.

86 f.

Orientadora: Profa. Dra. Elizabeth Matos Ribeiro.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Escola de Administração, Salvador, 2013.

1. Hospitais filantrópicos – Estudo de casos. 2. Hospitais filantrópicos – Desempenho. 3. Administradores dos serviços de saúde – Avaliação - Bahia. 4. Sistema Único de Saúde (Brasil). I. Universidade Federal da Bahia. Escola de Administração. II. Título.

CDD – 362.11

EMMANUELLE FONSECA MARINHO DE ANIAS DALTRO

**CONTRATUALIZAÇÃO E DESEMPENHO HOSPITALAR: UMA ANÁLISE
APLICADA AOS HOSPITAIS FILANTRÓPICOS DO ESTADO DA BAHIA**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Multidisciplinar e Profissional em Desenvolvimento e Gestão Social do Programa de Desenvolvimento e Gestão Social da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Desenvolvimento e Gestão Social, Universidade Federal da Bahia – UFBA.

Aprovado em 19 de dezembro de 2013.

Prof.^a Dr.^a Elizabeth Matos
Ribeiro _____

Doutora em Ciências Políticas e da Administração (USC)
Universidade Federal da Bahia (UFBA)

Prof.^a Dr.^a Vera Lucia Peixoto Santos
Mendes _____

Doutora em Administração pela Universidade Federal da Bahia (UFBA)
Universidade Federal da Bahia (UFBA)

Prof.^a Dr.^a Maria da Conceição Costa
Rivemales _____

Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia (UFBA)
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB)

Me. Deise Santana de Jesus
Barbosa _____

Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)
Gestora do Sistema Único de Saúde (SUS) no Município de Conceição do Almeida (BA) e Diretora do Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde da Bahia (COSEMS/BA)

Aos meus pais Maridalva e Ednaldo Anias
e aos meus filhos Ednaldo Neto, Tales e
Mateus.

AGRADECIMENTOS

Meus sinceros agradecimentos,

Ao Bom Deus por tudo;

Aos meus pais Ednaldo e Maridalva Anias pela base conferida e pela presença constante e motivadora;

Ao meu companheiro Luciano Daltro pelo apoio incondicional;

Ao meu filho Ednaldo Neto pela motivação transmitida ao observar orgulhosamente meus estudos;

À minha querida orientadora Professora Elizabeth Matos pelo compartilhamento do conhecimento de forma despretensiosa e tranquilizadora durante o processo de elaboração deste trabalho;

À professora Tânia Fischer e a todos os colaboradores do CIAGS pela dedicação em todos os momentos deste curso de Mestrado;

Aos queridos professores da Escola de Administração da UFBA em especial ao Professor Célio Andrade, à Professora Claudiane Waiandt, à Professora Denise Ribeiro, ao Professor Robinson Tenório e ao Professor Sandro Cabral e pelas valiosas contribuições dadas para esta pesquisa;

Aos meus amigos Aline Pires, Bárbara Miranda, Deise Barbosa, Dilma Maria, Ernani Marques, Fabrício Oliveira, Fernanda Aderne, Ismael Andrade, Leandro Dias, Marlúcia Aleluia, Nívia Souza, Paulo Reis e Vagner Borges pela motivação, apoio emocional e técnico que me permitiram concluir a tarefa de dissertar;

Aos membros da banca examinadora;

À Prefeitura Municipal de Santo Antônio de Jesus (BA) pela valorização e estímulo a capacitação desta servidora.

"A descoberta consiste em ver o que todo mundo viu e pensar o que ninguém pensou".

(Jonathan Swift)

RESUMO

Com o objetivo de analisar o desempenho operacional dos hospitais filantrópicos contratualizados com o SUS localizados no interior da Bahia no âmbito do Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde, contribuindo para a ampliação do conhecimento nas áreas de Políticas Públicas e da Gestão Social, realizou-se um estudo exploratório e descritivo de abordagem quantitativa, adotando-se como amostra não aleatória trinta e nove hospitais filantrópicos baianos. Foram utilizadas como fontes de dados a legislação do Sistema Único de Saúde, com ênfase nas normativas do referido programa, o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde, o Sistema de Informação Ambulatoriais e o Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde. Os recursos matemáticos foram utilizados, prioritariamente, para análise evidenciando o desempenho operacional do conjunto dos hospitais a partir do cálculo da distribuição das frequências, médias e desvio-padrão. Dentre outros achados, verificou-se que entre os anos de 2006 e 2011 houve pouca variação na capacidade instalada para a produção de serviços de saúde nas unidades filantrópicas contratualizadas do interior da Bahia e a produtividade tanto ambulatorial quanto hospitalar decaíram levando à suposição de que o Programa de Contratualização dos Filantrópicos não está contribuindo diretamente para o aumento da oferta de serviços no SUS. Além disso, a mobilização da condição de gestão dos hospitais filantrópicos contratualizados do interior da Bahia, entre 2007 e 2011, apontou uma tendência de recentralização da gestão das unidades filantrópicas contratualizadas, sendo que as unidades sob gestão dupla apresentaram melhor desempenho no período analisado.

Palavras-chave: Contratualização. Hospitais Filantrópicos. Desempenho. Gestão do SUS.

ABSTRACT

In order to analyze the operational performance of charitable hospitals contracted with SUS located in Bahia under the Restructuring Program and Contracts of the Philanthropic Hospitals Health System, contributing to the expansion of knowledge in the areas of Public Policy and Social Management, held an exploratory and descriptive study with a quantitative approach, using as non-random sample thirty-nine philanthropic hospitals Bahia. Were used as data sources the law of the Unified Health System, with emphasis on the regulations of the program, the National Register of Health Facilities, Outpatient Information System and the Hospital Information System of the Unified Health System. The mathematical features were used for analysis demonstrating the operational performance of the hospitals from the calculation of the frequency distribution, mean and standard deviation. It was found that between the years 2006 and 2011 there was little variation in the capacity for the production of health services contracted philanthropic units in the interior of Bahia and productivity both as outpatient hospital declined leading to the assumption that the Philanthropic Program Contracts is not directly contributing to increasing the supply of services in the NHS. In addition, the mobilization of the management condition of philanthropic hospitals contracted the interior of Bahia, between 2007 and 2011, showed a trend of re-contracted the management of philanthropic units, and the units under dual management showed better performance in the period.

Keywords: Contracting. Charitable Hospitals. Performance. Management of the SUS

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Linha do Tempo do Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde	32
Figura 2	Localização dos Municípios sede dos Hospitais Filantrópicos Contratualizados com o SUS, Bahia, 2006	45

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Síntese da coleta de dados sobre hospitais contratualizados	41
Quadro 2	Modelo de Análise	42

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição dos Hospitais Contratualizados por Região, Brasil, 2006.....	43
Tabela 2	Distribuição dos Hospitais Contratualizados por Região de Saúde, Bahia, 2006	44
Tabela 3	Mobilização da Gestão dos Hospitais Filantrópicos Contratualizados com o SUS Localizados no Interior da Bahia, 2007 a 2011	54

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIH	Autorização de Internação Hospitalar
BNDES	Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social
CG	Contratos de Gestão
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPJ	Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
FAEC	Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GM	Gabinete do Ministro
IAC	Incentivo de Adesão à Contratualização
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Mistério da Saúde
NPM	Nova Gestão Pública
OS	Organizações Sociais
OSCIP	Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PPP	Parcerias Público Privadas
PO	Plano Operativo
RIPSA	Rede Interagencial de Informações para a Saúde
RS	Rio Grande do Sul
SESAB	Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
SIA	Sistema de Informações Ambulatoriais
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SUS	Sistema Único de Saúde
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	REFERENCIAL TEÓRICO PRÁTICO	19
2.1	POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	19
2.2	CONTRATAÇÃO NO SETOR PÚBLICO DE SAÚDE	22
2.3	CONTRATOS DE GESTÃO	24
2.3.1	Contratualização do Setor Filantrópico no Sistema Único de Saúde	28
2.4	DESEMPENHO NO SETOR PÚBLICO.....	35
3	MÉTODOS	39
3.1	DESCRIÇÃO AMOSTRA.....	39
3.2	PASSOS METODOLÓGICOS.....	39
3.3	PROCESSO DE ANÁLISE	42
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	43
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
	REFERÊNCIAS	59
	ANEXOS	67
	Anexo A - Relação de hospitais filantrópicos integrantes do Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde localizados no Estado da Bahia, por município	68
	Anexo B -. Base de Dados	72

1 INTRODUÇÃO

Os hospitais filantrópicos são importantes prestadores de serviços públicos de saúde, sobretudo na área hospitalar na qual são responsáveis por cerca de um terço dos leitos existentes no país (DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2013). Tratam-se dos entes privados com maior imbricação com a política pública de saúde brasileira fazendo parte desta antes mesmo da criação do Sistema Único de Saúde (SUS). (PAULUS e CORDONI, 2006).

Diversos autores relatam uma relação de interdependência entre o SUS e o setor filantrópico, sendo que este merece atenção especial no que concerne a formulação de políticas na área da saúde dado ao tamanho de seu parque hospitalar, a sua notória participação no volume de internações para o SUS e sua expressiva capilaridade e interiorização no território nacional (LIMA et. al., 2004; PORTELA et. al., 2004).

O setor filantrópico, por sua posição estratégica e articulação política, tem a capacidade de auto organizar-se como categoria. Conforme Portela et. al. (2004), o setor hospitalar filantrópico no Brasil tem sido objeto de programas especiais do Ministério da Saúde (MS), das áreas de governo de arrecadação de tributos e contribuições e de instituições da área econômica, tais como o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES).

Em 2006, o Ministério da Saúde, considerando o contexto da crise que os hospitais filantrópicos atravessavam, determinada por fatores relacionados à política de financiamento, ao perfil assistencial e de gestão dessas unidades hospitalares, bem como ao processo de inserção no sistema locorregional de saúde, criou o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde (SUS) (Programa de Contratualização dos Filantrópicos). Este programa, publicado por meio da Portaria GM/MS nº 1.721/2005, visa reformular a política específica para o setor hospitalar filantrópico e buscar alternativas de apoio gerencial que favoreçam o saneamento financeiro dessas instituições, dentro das prerrogativas e princípios do SUS.

Contudo, embora o Programa de Contratualização dos Filantrópicos tenha elevado o

aporte financeiro das instituições, com a inclusão de incentivos e a adoção de remuneração por qualidade dos serviços prestados, algumas unidades integrantes do programa parecem continuar com baixa capacidade de ofertar serviços frente aos problemas de saúde locais. Tal suposição, feita a partir da observação direta de alguns hospitais do interior da Bahia, mobilizou-nos a estudar o desempenho das instituições hospitalares filantrópicas contratualizadas com o SUS, contribuindo para a construção de uma agenda propositiva para o aperfeiçoamento continuado do Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde.

Originalmente, este estudo apresentava a proposta de levantar as características gerenciais das instituições filantrópicas contratualizadas localizadas no interior da Bahia, com posterior observação de seu impacto no desempenho destas organizações. Entretanto, a coleta de dados primários sobre características gerenciais, por meio da técnica questionário, mostrou-se inviável diante da dificuldade de mobilizar os atores para responderem a pesquisa dentro do prazo proposto.

Importante registrar que, tanto a mobilização política feita junto às instituições que representam ou congregam os hospitais filantrópicos, quanto à mobilização técnica junto a profissionais que atuam na assistência e na gerência de tais instituições, não obtiveram sucesso. De modo que apenas cinco (5) das 39 instituições contatadas responderam ao questionário encaminhado via internet, inviabilizando a utilização dos dados coletados para estabelecimento de variáveis.

Contudo, a dificuldade imposta para coleta de dados primários não afastou o interesse em estudar o desempenho dos hospitais filantrópicos contratualizados, pois é notória a importância do papel social de tais instituições para a sociedade. Então, optou-se por ajustar a metodologia, ampliando a coleta de dados secundários visando evidenciar o comportamento do desempenho operacional de tais unidades no âmbito do Programa de Contratualização dos Hospitais Filantrópicos, deixando a correlação de fatores determinantes deste desempenho para estudos posteriores.

Acreditando ser possível contribuir para o conhecimento nas áreas de Políticas Públicas e da Gestão Social, considerou-se relevante responder à seguinte pergunta de pesquisa: qual o desempenho operacional dos hospitais filantrópicos contratualizados com o SUS, localizados no interior da Bahia a partir da criação do

Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde?

O objetivo geral desta pesquisa é analisar o desempenho operacional dos hospitais filantrópicos contratualizados com o SUS, localizados no interior da Bahia, no período compreendido entre 2006 e 2011, a partir da criação do Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde, atendendo aos seguintes objetivos específicos:

a) identificar e distribuir geograficamente os hospitais filantrópicos contratualizados com o SUS;

b) descrever aspectos da estrutura, da gestão e da produção referente aos hospitais filantrópicos contratualizados com o SUS, localizados no interior da Bahia;

c) verificar se a condição de gestão de tais hospitais afeta o seu desempenho;

d) elaborar recomendações, baseadas nos achados da pesquisa, com vistas a contribuir para a qualificação do Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde.

Este estudo justifica-se pelo seu potencial contributo para elevar a eficiência da gestão pública e da gestão social na medida em que lança um olhar sobre a articulação entre o poder público e às instituições do terceiro setor para provisão de serviços públicos de saúde no âmbito de um programa específico. Segundo Banta (1990), a transformação da pesquisa acadêmica em ferramenta útil e válida para o processo de tomada de decisão constitui-se na “terceira revolução” na assistência à saúde. Portanto, este estudo é de notória relevância social, pois tem potencial para elevar o conhecimento acerca de alguns mecanismos que interferem na capacidade do Estado em dar respostas a demanda por serviços de saúde.

A carência de estudos nacionais, sobretudo locais, que avaliem o desempenho de hospitais filantrópicos contratualizados também é justificativa da realização desta pesquisa, haja vista que estudos organizacionais sofrem a influencia de fatores culturais e os resultados observados em outros cenários podem apresentar reduzida validade externa.

Além desta parte introdutória, este trabalho é composto de mais cinco capítulos. No capítulo II é apresentado o referencial teórico prático no qual se ancora esta

pesquisa, no capítulo III são explicitados os métodos utilizados, no capítulo IV são apresentados e discutidos os resultados e no capítulo V são relacionadas as conclusões, evidenciados os limites da pesquisa e apontadas recomendações para o aprimoramento do Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde.

2 REFERENCIAL TEÓRICO PRÁTICO

Para analisar o desempenho operacional dos hospitais filantrópicos contratualizados com o Sistema Único de Saúde localizados no interior da Bahia, a partir da criação do Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS faz-se necessário reconhecer algumas situações à luz da política pública de saúde brasileira.

Desta forma, foram selecionadas referências teóricas e práticas distribuídas neste capítulo em três partes. A primeira reúne referências sobre a política pública de saúde no Brasil e o Sistema Único de Saúde, enfatizando o papel e a posição do setor privado na prestação de serviços complementares à rede própria; a segunda aborda a contratação no setor público, com ênfase nos contratos de gestão e na contratualização do setor filantrópico no âmbito do SUS e a terceira apresenta considerações sobre desempenho no setor público, abordando, principalmente os critérios para a seleção dos indicadores de desempenho no setor saúde.

2.1 POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Nesta pesquisa considerou-se a política pública como um conjunto de ações e atividades dos governos que irão produzir efeitos específicos ou influenciar a vida dos cidadãos por meio de ação direta ou delegada (LYNN, GOULD 1980; PETERS, 1986 apud SOUZA, 2006, p.12); um “campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, ‘colocar o governo em ação’ e/ou analisar essa ação e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações e/ou entender por que e como as ações tomaram certo rumo em lugar de outro” (SOUZA, 2006, p.13).

Teixeira (2002 apud SANTOS, RIBEIRO, GOMES, 2007, p. 831) salienta que “as definições vinculadas às políticas públicas se relacionam com o regime político em que se vive, com o grau de organização da sociedade civil e com a cultura política vigente”. Adotando-se como verdade a premissa da autora, segue-se um breve histórico da política pública de saúde do Brasil com o fito de delinear o cenário do

estudo em tela.

Antes dos anos oitenta o modelo de proteção social hegemônico no Brasil era o seguro social no qual apenas funcionários públicos, militares e trabalhadores com carteira assinada tinham garantia de acesso à saúde pública no país. Cerca de metade da população brasileira que não recolhia a contribuição para o seguro saúde estava excluída do sistema e, para esta parcela da população, restava o atendimento eventual prestado pelas Misericórdias a título de caridade (MOTA et. al. 2006; PAULUS, 2006).

Na década de 1980, impulsionados pelas concepções internacionais do estado de bem estar social, no bojo da redemocratização do país, os brasileiros empreenderam movimentos de reforma que culminaram, em 1988, na promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil, também chamada de Constituição Cidadã. A carta magna brasileira estabelece uma série de direitos sociais a serem assegurados pelo Estado elevando os indivíduos a condição de cidadãos.

No Título da Ordem Social, o artigo 194 da Constituição Federal apresenta a Seguridade Social como um conjunto de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinado a garantir os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. A Seguridade Social é, portanto, um tripé formado por políticas de saúde universais, previdência em forma de seguro e assistência social voltada ao cidadão em estado de vulnerabilidade. Numa perspectiva integrada e participativa, os componentes da seguridade social são importantes para erradicação da pobreza e inclusão social (BRASIL, 1988).

Conforme a lei brasileira, a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988). O Direito à saúde é a base de uma seguridade universal, capaz de responder a um conjunto de fatores determinantes da saúde. É, pois, elemento fundamental do Estado de Bem Estar Social, uma vez que cabe ao Estado prover as necessidades essenciais mínimas para a sobrevivência de seus cidadãos.

Com base no Artigo 198 da Constituição Federal, em 1990, por meio da Lei 8.080 nasce o Sistema Único de Saúde trazendo um novo modelo de atenção à saúde que

rompeu com o conceito que vinculava direitos sociais à inserção no mercado de trabalho e trouxe a gestão compartilhada, o acesso universal, integral, igualitário e gratuito. Os objetivos do SUS são a universalização das ações e serviços de saúde, a equidade na atenção à saúde e a integralidade das ações em conformidade com os princípios da descentralização, hierarquização, regionalização e participação do cidadão (BRASIL, 1988; 1990).

Dentre os objetivos e princípios do SUS, para fins deste estudo, destaca-se a universalização das ações e serviços de saúde e a descentralização da gestão do SUS, que serão abordados a seguir.

A gestão do Sistema Único de Saúde tem por base o princípio da descentralização com comando único em cada esfera de governo (BRASIL, 1988; 1990). Isto significa dizer que, guardadas as devidas condições de um sistema federalista, a gestão do SUS deve ser o mais local possível, devendo os municípios, numa situação ideal, serem os responsáveis pela totalidade das ações e serviços de saúde ofertados no seu território em harmonia com o estado e a união, naquilo que for específico de cada esfera.

Muito embora seja determinado legalmente que o SUS deve ter gestão descentralizada e comando único em cada esfera de governo, cabendo aos Secretários Municipais de Saúde, Secretários de Estado da Saúde e Ministro da Saúde, respectivamente, ordenar as ações e serviços do SUS no âmbito dos municípios, estados e da união, observa-se que os processos descentralizatórios variam entre as regiões do Brasil (VIANA; MACHADO, 2009; VIANA et. al., 2011).

No que tange à universalização das ações e serviços de saúde, a política de saúde no Brasil, operacionalizada por meio do Sistema Único de Saúde, possibilitou a melhoria do acesso de milhões de brasileiros, visto que antes do SUS, só tinham direito à assistência os empregados que contribuía com a Previdência Social. Contudo, ao longo dos últimos 23 anos, muitos desafios têm se apresentado no sentido de garantir não só a universalidade, mas também a integralidade e a equidade das ações e serviços de saúde. Dentre estes desafios tem-se a insuficiência da rede própria de serviços que perdura desde a criação do SUS.

O artigo 199 da Constituição Federal faculta que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada com ou sem fins lucrativos e permite ao Sistema Único de Saúde,

mediante contrato ou convênio, lançar mão de atores privados, de forma complementar, para garantir o acesso dos usuários aos serviços de saúde. A ressalva “de forma complementar” evidencia que a oferta de serviços de saúde na rede própria deve prevalecer sobre a oferta de serviços de saúde na rede privada contratada ou conveniada.

Entretanto, a crise financeira dos anos 1990 acompanhada do fortalecimento da ideologia neoliberal, com enfoque no estado mínimo, reduziu as expectativas de que os serviços de saúde fossem prestados em sua maioria por instituições públicas e apenas de forma complementar pela iniciativa privada, como reza a Constituição Federal. Diante deste quadro, os brasileiros assistiram a credenciamentos, contratações e outros arranjos estabelecidos pela Administração Pública com a rede privada prestadora de serviços de saúde. Supõe-se que tais arranjos (tanto naquele momento quanto agora) talvez sejam a única forma de assegurar a ampliação do acesso dos milhares de novos usuários que tiveram o direito à saúde garantido pela Constituição Federal de 1988.

Os estabelecimentos privados filantrópicos, que conforme a Lei Orgânica da Saúde representam a segunda opção de prestação de serviços de saúde, sendo a primeira as entidades da administração direta e indireta, despontam como os principais prestadores de serviços públicos de saúde, sobretudo na área hospitalar na qual são responsáveis por cerca de um terço dos leitos existentes no país (BRASIL, 1990; DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2013).

2.2 CONTRATAÇÃO NO SETOR PÚBLICO DE SAÚDE

Conforme já fora afirmado na seção anterior, no Brasil, os serviços públicos de saúde podem ser prestados, de forma complementar, pela iniciativa privada (BRASIL, 1988). Então, pautado na legislação, o Estado vem lançando mão de atores externos para a prestação de serviços públicos por meio de arranjos aderentes aos princípios da Nova Gestão Pública (NPM) que foram introduzidos no Brasil a partir da implementação do Plano Diretor da Reforma do Estado ocorrida na década de 1990, com o objetivo de flexibilizar e dar maior autonomia à gestão daqueles serviços não exclusivos do Estado (MENDES; TEIXEIRA, 2000).

Antes de avançar no tema, ressalta-se que os arranjos públicos privados no âmbito da gestão pública estão longe de ser consenso na sociedade. Para Cabral (2006, p.24), “o debate acerca da participação de atores privados na provisão de serviços públicos tem sido bastante acalorado e controverso, opondo defensores e críticos à participação privada”. No campo da saúde pública, diversos atores questionam a participação privada na oferta de serviços de saúde, utilizando-se de argumentos advindos da Reforma Sanitária, movimento que deu origem ao Sistema Único de Saúde (SUS) (PAIM, 2008; PAIM et al, 2011).

Conforme afirma Carrera:

Na saúde, no Brasil do século XXI, diferentes modalidades institucionais da gestão pública atendem de variadas formas as orientações da gestão pública contemporânea dentre elas autarquias, fundações, entidades beneficentes, empresas públicas, sociedades de economia mista, serviços sociais autônomos, organizações sociais (OS), organizações da sociedade civil de interesse público (OSCIP) e mais recentemente, parceria público-privada (PPP).(CARRERA, 2012, p.13).

Portanto, tem-se que, em âmbito nacional, coexistem diversas formas contratuais para a provisão de serviços públicos de saúde, sendo a decisão de qual forma adotar uma prerrogativa dos gestores que leva em consideração, dentre outros fatores, o cenário institucional e político, constituindo-se assim numa decisão estratégica. A realidade brasileira mostra a tendência crescente no setor público em buscar resultados tal qual é proposto pela administração gerencial, por meio de instrumentos que formalizem a transferência ou o compartilhamento de responsabilidades pela prestação dos serviços públicos pressupondo que esses serviços serão mais eficientes se, mantendo o financiamento do Estado, forem realizados pelo setor público não estatal (BRESSER-PEREIRA, 1996, 1999; BRESSER PEREIRA, PACHECO, 2005).

Em geral, os instrumentos contratuais firmados com agentes não estatais para a provisão de serviços públicos vêm mudando o seu foco e sua forma de construção, que passa de uma visão centrada no processo para uma visão focada nos resultados, incorporando sistemas de incentivo que visam equacionar a relação entre o principal e o agente. Sob a ótica desse trabalho, o principal é o Estado, o qual deve ser regido, dentre outros, pelo princípio da finalidade que se traduz na busca contínua do interesse público. Desta forma, o ponto ótimo de equilíbrio na relação entre o principal e o agente pode ser buscado através da inclusão de incentivos contratuais que integrem um sistema de premiação a partir do

dimensionamento e mensuração dos esforços dos atores envolvidos (CABRAL, 2006).

Experiências com diversas modelagens contratuais no setor público tem demonstrado que a utilização de instrumentos gerenciais com foco nos resultados tem sido positiva, ainda que desafios se configurem a partir da sua implantação, a exemplo do fato de não ser usual na administração pública tradicional o uso de indicadores de resultados, o que exige uma mudança de visão e postura dos agentes públicos envolvidos no processo de contratação, o que não se constitui tarefa fácil (ALCOFORADO, 2005).

Os Contratos de Gestão (CG) ou arranjos pautados na mesma lógica são os mais usuais na relação entre administração pública e as unidades prestadoras de serviços de saúde que tem caráter social e filantrópico, objetos deste estudo. Diante deste fato, segue-se ao aprofundamento teórico conceitual sobre esta forma contratual com vistas ao entendimento do Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde.

2.3 CONTRATOS DE GESTÃO

O Contrato¹ de Gestão (CG) é conceituado como o ajuste celebrado pelo poder público com órgãos ou entidades da administração direta, indireta e entidades privadas qualificadas como organizações sociais, de forma a ampliar a autonomia gerencial, orçamentária e financeira ou para lhes prestar variados auxílios, além de fixar metas de desempenho na consecução de seus objetivos (GASPARINI, 2002).

Para Siqueira (2003), o Contrato de Gestão é um instrumento de planejamento que pode ser utilizado pela Administração Pública para formalizar os compromissos entre as partes contratantes. De forma a complementar esse entendimento, Lock, Bolzan, Lovatto (2005) conceitua-o como um instrumento facilitador para execução de atividades de gerenciamento no setor público, instrumento alternativo de planejamento e controle que tem como característica a autonomia conferida com

¹Alguns autores afirmam que o vocábulo “contrato” só é utilizado pela inexistência de um mais adequado, visto que Contratos de Gestão muitas vezes são firmados entre o poder público e órgãos sem personalidade jurídica própria.

relação à gestão dos recursos. Sendo, para Modesto (2004), ato ou condição que desloca a entidade ou órgão para o campo de incidência de norma legal específica, previamente estabelecida pelo legislador.

Em conformidade com os autores supracitados, a Lei nº 9.637 de 15/05/1998 define o Contrato de Gestão como um instrumento formador de parceria entre o poder público e as organizações sociais para a prestação de serviços não exclusivos do Estado, como forma de garantir maior autonomia às fundações e autarquias qualificando-as como agências executivas (BRASIL, 1998).

Di Pietro (2011) argumentava que discorrer sobre Contratos de Gestão apresentava dificuldades por ser um assunto novo no direito brasileiro, pouco tratado pela doutrina e praticamente inaplicado no âmbito judicial; além disso, segundo a autora, o CG não estava disciplinado de forma genérica no direito positivo ou mesmo em leis esparsas, assumindo assim, diferentes contornos conforme os interesses da Administração Pública, além disso, por ter sido inspirado no direito estrangeiro, adapta-se mal a rigidez do nosso direito positivo.

Os Contratos de Gestão objetivam facilitar o desenvolvimento das atividades de gerenciamento no setor público, de forma racional e com uso transparente dos recursos disponíveis numa tentativa de modernizar a administração pública e conformar uma alternativa a administração burocrática. Por meio do CG, são fixados compromissos bilaterais, cabendo à organização contratada cumprir objetivos fixados em planos nacionais ou em programas pré-definidos e à Administração Pública instituir os controles sobre a entidade, contudo, conferindo-lhe maior grau de autonomia.

O CG teve origem na França no final da década de 1960, com vistas a aumentar a eficiência das empresas públicas e manter a presença do Estado na economia, foi adotado por países de influência francesa e posteriormente na Argentina, México, Índia, Coréia e Grã-Bretanha. No direito francês, que segundo Aguilar (2004) é muito mais flexível que o direito administrativo brasileiro, o CG apareceu sob denominações diversas objetivando o saneamento financeiro do Estado.

No Brasil, as utilizações dos CG iniciaram-se em 1983 com a Proposta da Rede Ferroviária Federal e foi aprimorada em 1991 com o Programa de Gestão das Empresas Estatais que previa contratos de gestão entre poder público e empresas

estatais. Além disso, outros exemplos seminais foram o Convênio de Desempenho entre a Companhia Vale do Rio Doce e o Ministério da Infraestrutura; o Serviço Social Pioneiras Sociais/ Hospital Sarah Kubitschek e a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).

Mas, foi a partir de 1995 com o Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado e em 1998 com a Emenda Constitucional nº 19 de 1998, que se deu uma melhor sistematização dessa ferramenta de gestão. No art.37º, XIX, § 8 da EC 19/98 temos que:

a autonomia [...] dos órgãos e entidades da administração pública direta e indireta poderá ser ampliada mediante contrato, a ser firmado entre seus administradores e o poder público, que tenha por objeto a fixação de metas de desempenho [...], cabendo à lei dispor sobre:

I – o prazo de duração do contrato;

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

III – a remuneração do pessoal. (BRASIL, 1988).

Uma das buscas da reforma administrativa de 1995 foi o avanço da publicização dos serviços não exclusivos do Estado, ou seja, a transferência do setor estatal para o público não-estatal, sendo o CG o mecanismo jurídico encontrado para formalizar a transferência de responsabilidades na prestação do serviço, a partir do pressuposto que esses serviços seriam mais eficientemente realizados se, mantendo o financiamento do Estado, fossem realizados pelo setor público não-estatal (BRASIL, 1995).

Assim em 1999 os Contratos de Gestão passam a ser utilizados como instrumento da supervisão ministerial das agências executivas. Nos anos de 2004 e 2005 reabre-se a discussão sobre os benefícios do CG e sua aplicabilidade em outras áreas do poder executivo e a necessidade de regulamentação prevista pelo § 8, art. 37 da Constituição Federal (BRASIL, 1988).

Pelo direito brasileiro é possível firmar contrato de gestão com empresas estatais, entidades parastatais e Organizações Sociais. Dentre as várias fases seguidas para efetivar-se o CG destacamos a fase de negociação na qual devem ser estabelecidos os termos do instrumento de contrato.

Segundo a Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998, no instrumento de Contrato de Gestão são obrigatórias cláusulas que assegurem o alinhamento da ação da

entidade à política setorial definida pela Administração Pública, a saber:

- a) Obrigações e responsabilidades das partes;
- b) Plano de ação, com descrição das metas, respectivos indicadores e cronograma de execução;
- c) Especificação do programa de trabalho e do elemento de despesa, no qual devem ser enquadrados os recursos orçados para a contratada;
- d) Estimativa dos recursos orçamentários e cronograma de desembolso dos recursos financeiros necessários ao alcance dos compromissos pactuados;
- e) Critérios e prazos a serem observados na elaboração do relatório de gestão e/ou de desempenho da contratada;
- f) Mecanismos de monitoramento e avaliação, contendo critérios, parâmetros e prazos a serem observados pela Comissão de Acompanhamento e Avaliação;
- g) Autoridade e competências da Comissão de Acompanhamento e Avaliação, bem como medidas aplicáveis em caso de descumprimento injustificado das metas e obrigações pactuadas;
- h) Vigência do Instrumento de Contrato;
- i) Condições para a prorrogação, renovação, revisão ou rescisão do instrumento contratual e
- j) Cláusula que estabeleça a obrigatoriedade de publicação no Diário Oficial da União (DOU) do IC e/ou dos resultados alcançados, com fixação de prazos. (BRASIL, 1998).

O instrumento deve definir ainda que a alteração dos valores estabelecidos implicará revisar as metas pactuadas, assim como a revisão das metas implicará alterar o valor global pactuado, tendo como base o custo relativo. Esta singularidade do instrumento de contratualização, que prevê o repactuamento de metas para aplicação do recurso e o diferencia dos instrumentos utilizados nos convênios públicos, nos quais o recurso não aplicado deve ser inteiramente devolvido.

A autoridade responsável pela supervisão dos Contratos de Gestão é a Administração Pública por meio do órgão que assina o CG. Nesse contexto surge a figura da Comissão de Acompanhamento e Avaliação como uma instância de apoio ao processo de supervisão. A Comissão de Acompanhamento e Avaliação cumpre a função de monitorar o cumprimento das obrigações e metas pactuadas e recomenda o realinhamento, quando necessário. É composta por representação da contratante e da contratada visando assegurar a isenção da avaliação.

Por sua natureza, os CG devem adotar indicadores de desempenho quantificáveis e mensuráveis e exigem implantação de mecanismos de acompanhamento, possibilitando à programação de investimentos maior transparência e segurança,

favorecendo a continuidade administrativa. Conferem autonomia gerencial às contratadas pela Administração Pública, no entanto, os privilégios concedidos a entidades por efeito do CG devem observar os limites constitucionais legais.

Para Alcoforado (2005), o Contrato de Gestão na Administração pública constitui-se em uma importante prática por possibilitar um melhor planejamento, avaliação e monitoramento da execução dos serviços prestados, podendo ser firmado entre a esfera pública e terceiros: associações, fundações ou mesmo empresas privadas e consórcios.

Ratificando o quanto exposto acima, o Contrato de Gestão pode ser utilizado entre entes ou órgãos do setor público e entre o setor público e o terceiro setor, desde que as organizações sejam qualificadas como Organizações Sociais (OS) ou como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP). Além das duas utilizações anteriormente apontadas, as Parcerias Público Privadas (PPP) se constituem como a mais recente possibilidade de contratação por meio de CG, sendo o seu diferencial o investimento conjunto das partes os valores e o prazo de vigência. Em comum, os três casos possuem a característica da clara pactuação dos resultados a serem alcançados, por meio de metas e indicadores de desempenho.

Uma vez explicitadas as bases do Contrato de Gestão, passaremos a tratar de um arranjo específico denominado Contratualização, entendido, neste trabalho, como uma modelagem pautada na lógica dos CG com aplicação específica no âmbito do Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde (SUS).

2.3.1 Contratualização do Setor Filantrópico no Sistema Único de Saúde

Para Fernandes (1994), as entidades filantrópicas fazem parte do chamado terceiro setor e compõem o conjunto de iniciativas particulares com um sentido público. Situam-se no campo dos agentes não governamentais com o encargo de substituir o Estado no atendimento da educação, saúde e assistência social (GHILARDI; CERETTA, 2004).

Algumas instituições filantrópicas gozam de qualificação como Organizações Sociais (OS) ou Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) e podem firmar com o poder público um Contrato de Gestão propriamente dito, nos moldes abordados anteriormente. Outras, muito embora não gozem daquela qualificação, podem firmar acordos numa lógica semelhante aos CG no âmbito do Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde (SUS).

O arranjo contratual baseados na lógica do contrato de gestão, operacionalizado por meio de convênios ou contratos firmados entre os hospitais filantrópicos e as secretarias de saúde estaduais ou municipais, a depender da condição de gestão em que se encontre o município, é denominado Contratualização. Nesta pesquisa, para todos os efeitos, Contratualização refere-se a uma modelagem que extrapola a lógica de compra de serviços e incorpora a figura do incentivo e da remuneração por méritos quantitativos e qualitativos apurados por meio de metas físicas e de qualidade.

O Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado em 21/09/2005 por meio da Portaria GM nº 1.721 e trouxe como principal novidade a incorporação do Incentivo de Adesão à Contratualização (IAC) ao teto financeiro de estados e municípios plenos² a ser repassado às unidades contratualizadas conforme o cumprimento das etapas de Adesão e de Contratualização. Para dar celeridade à operacionalização do Programa de Contratualização foi constituído, no mesmo ato, um Grupo de Trabalho com a finalidade de elaborar e apresentar uma proposta de regulamentação desse processo.

Tal regulamentação foi publicada pela Portaria SAS nº 635, de 10/11/2005, na qual se encontravam o regulamento técnico para implantação e operacionalização do Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde e o prazo final para a adesão e para o encaminhamento do convênio para o Ministério da Saúde. Depois de expirado o prazo, as adesões continuariam a serem aceitas, contudo sem fazer jus ao recebimento do IAC (BRASIL, 2005).

² A partir do Pacto pela Saúde, de 2006, entende-se como município pleno aquele cujo gestor assina um termo de compromisso para assumir integralmente as ações e serviços de seu território.

Neste regulamento foi definida também a forma de alocação de recursos, sendo que os referentes aos procedimentos de alta complexidade e os oriundos do Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação (FAEC) permaneceram por produção e os referentes aos procedimentos de Média Complexidade foram divididos em dois componentes sendo um fixo, relacionado com o volume da prestação de serviços, e outro variável, relacionado com o cumprimento de metas de qualidade da atenção e da gestão.

Em janeiro de 2006, o Ministério da Saúde (MS) publicou a Portaria GM nº 172 homologando o processo de adesão ao Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde incorporando os 40% do IAC, no valor de 80 mil reais ao teto dos municípios e estados que aderiram ao programa.

Em 13/03/2006 por meio da Portaria SAS nº 166, o Ministério da Saúde prorrogou o prazo para encaminhamento do contrato. Antes que este último prazo se expirasse, o MS publicou em 18/04/2006 a Portaria SAS nº 284 definindo o fluxo para operacionalização do processo de contratualização na qual se observa pela primeira vez a palavra contrato nas normativas do programa quando antes só faziam alusão à celebração de convênio. A possibilidade de firmar contrato, em alternativa ao convênio, se traduziu numa facilidade para as partes dada a diminuição dos ritos burocráticos necessários para aquele processo.

A Portaria MS/SAS Nº 284/2006 ainda sugere um modelo de instrumento contratual e de Plano Operativo, contudo não deixa clara a necessidade de encaminhamento do instrumento de contrato ou convênio para o MS. Entretanto, o ato normatiza que tais documentos deverão estar disponíveis ao Gestor Nacional do SUS e aos órgãos de controle externo federal quando solicitados. O fluxo do processo de Contratualização ficou assim estabelecido:

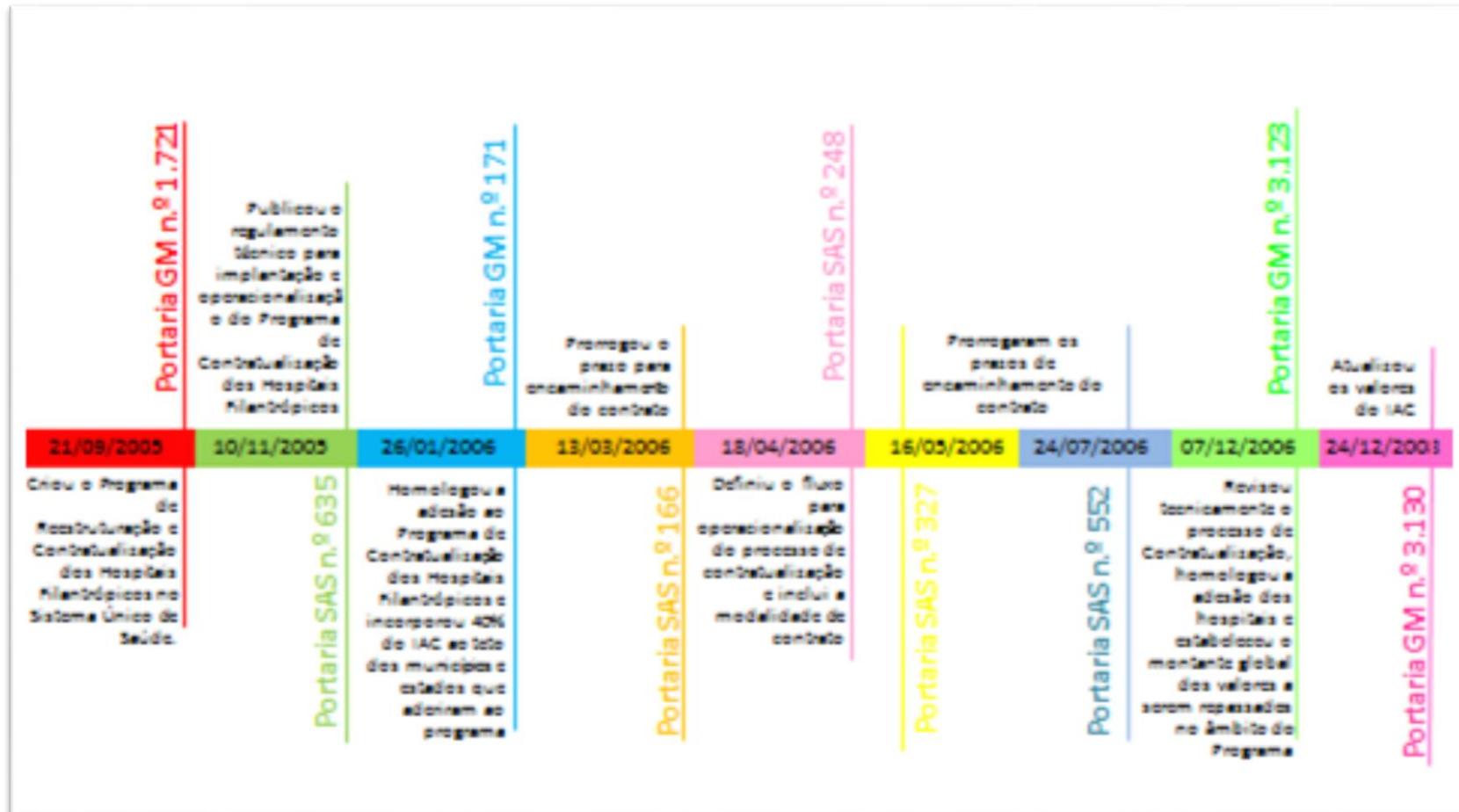
- a) Elaboração conjunta Convênio/Contrato e Plano Operativo (PO) pelas partes;
- b) Aprovação do convênio/ contrato pela CIB;
- c) Formalização do convênio / contrato pela Secretaria de Saúde responsável;
- d) Encaminhamento de ofício formalizando a conclusão do processo de contratualização para a o Ministério da Saúde;
- e) Encaminhamento de cópia do extrato do convênio/ contrato e da resolução da CIB aprovando o PO;

- f) Publicação de portaria do MS incorporando os limites financeiros residuais do IAC (60%) ao teto financeiro de estados e municípios. (BRASIL. Ministério da Saúde, 2006)

Os registros normativos demonstram que o Ministério da Saúde prorrogou, pelo menos por mais duas vezes, o prazo de formalização da contratualização e em meio aos novos prazos, em 07/12/2006, publicou a Portaria GM nº 3.123 que revisa tecnicamente o processo de Contratualização, homologa a adesão dos hospitais e estabelece o montante global dos valores a serem repassados no âmbito do Programa. Define ainda o prazo de um (1) ano após a assinatura dos contratos para que os gestores adequem a forma de apuração das metas e do pagamento aos prestadores filantrópicos com base nos critérios do programa, ratifica o fluxo estabelecido anteriormente e revoga a Portaria GM nº 172 GM de 26/01/2006.

Em 29/05/2007 o MS prorroga pela última vez o prazo de formalizar a finalização da etapa de contratualização para 28/08/2007 e a partir de então os registros normativos alusivos ao programa dão conta apenas de atualizar os valores do IAC, sendo a primeira atualização feita por meio da Portaria GM nº 3.130 de 24/12/2008

Figura 1 – Linha do Tempo do Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde



Fonte: Elaborado pela autora (2013).

A linha do tempo delineada entre 2006 e 2008 permite supor que o processo de Contratualização no âmbito do Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde foi de complexo entendimento para os atores envolvidos, ou ainda que as condições impostas para contratualizaçãodemandaram tempo para sua regularização.

No que tange ao aspecto da formalização, ao instrumento de Contratualização (contrato ou convênio) é incorporado um Plano Operativo (PO), com vigência máxima de um (1) ano que define, dentre outros indicativos, as metas e condições que a unidade hospitalar contratualizada deve atingir para que faça jus ao recebimento dos recursos financeiros.

De forma geral, em consonância com o regulamento técnico do Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde, as metas físicas determinadas nos PO dos hospitais contratualizados foram fixadas com base na média da produção ambulatorial e hospitalar dos doze meses anteriores ao início do processo de contratualização.

A série histórica utilizada para o cálculo da média reflete, na maioria dos casos, a produção ambulatorial e hospitalar registrada nos Sistemas de Informação em Saúde no ano de 2006, pois compreende o período de doze meses anteriores à contratualização. Ressalta-se, por ser uma informação valiosa para esta pesquisa, que a média de atendimentos apurada em 2006 constitui-se na base do teto de produção a ser mantido durante a contratualização dos serviços, sendo, portanto uma referência para aferição do desempenho operacional dos hospitais contratualizados.

A programação orçamentária dos hospitais contratualizados é composta por recursos baseados na produção ambulatorial e na produção hospitalar acrescido de incentivos destacados. As questões financeiras do Programa de Contratualização dos Filantrópicos não serão descritas em por menores dada a sua irrelevância frente aos objetivos deste estudo.

Há limitada evidência na literatura, tanto nacional quanto internacional, sobre a contratualização de hospitais. No Brasil, poucos estudos analisam os programas de contratualização, seja de hospitais filantrópicos ou de ensino. Em busca de

referências aderentes a esta pesquisa foram recuperados alguns artigos publicados no Brasil a partir de 2012, sendo os principais resultados relatados a seguir. Ressalta-se que, dado à carência de estudos sobre a contratualização dos filantrópicos, adotamos, também, os estudos sobre contratualização de hospitais de ensino como referência pela semelhança dos programas no que tange a modelagem do contrato e operacionalização.

No primeiro trabalho observado, Maich (2012) analisa hospitais filantrópicos contratualizados com o SUS apontando que a situação das unidades estudadas, localizadas em Pelotas (RS), “mudou para melhor”, contudo sem demonstrar como se comportou o desempenho operacional de tais unidades (MAICH, 2012, p. 32).

Ditterich, Moysés e Moysés (2012) avaliam o contrato de gestão no setor saúde como um avanço e afirmam que o seu sucesso está condicionado ao envolvimento de todos os atores na pactuação das metas, ao aprimoramento dos mecanismos de controle e à definição adequada de indicadores.

Silva, Kranz e Garcia (2012) estudaram hospitais contratualizados em Porto Alegre (RS), tanto de ensino quanto filantrópicos, e observaram que houve uma queda do número de leitos hospitalares disponibilizados ao SUS em tais unidades e que o desempenho está bem abaixo das metas estipuladas. Os autores relatam que na concepção dos gestores entrevistados houve uma melhoria da capacidade de gestão.

Num estudo sobre hospitais de ensino contratualizados, Lima e Rivera (2012) apontam que a contratualização não alterou a disponibilização dos leitos, entretanto parece ter estimulado a produção ou ao menos um melhor registro. A insuficiência de sistema de informação, bem como a não prestação de contas e falta de foco nos resultados são limites apontados pelos autores (LIMA; RIVERA, 2012). Nesta mesma perspectiva, Luedy, Mendes e Ribeiro Júnior (2012), demonstraram que o Contrato de Gestão não aumentou o número de leitos, mas aumentou o desempenho em um hospital de ensino, reduzindo o tempo de permanência e aumentando a rotatividade dos leitos.

Conforme Lima e Rivera (2012), a maioria dos gestores das unidades contratualizadas referiu que a parte fixa do convênio, referente às metas físicas, eram passadas regularmente sem condicionamento ao cumprimento de metas. Com

base na Teoria da Agência, as autoras supõem que os incentivos existentes parecem não ser suficientes para estimular os resultados preconizados pelo programa e, além disso, o repasse não tem sido atrelado ao desempenho, gerando pouco ou nenhum incentivo ao aumento da produtividade.

No âmbito da Contratualização é importante acompanhar a série histórica sobre procedimentos realizados e indicadores de monitoramento, pois o desempenho organizacional é dependente dos arranjos institucionais e dos constrangimentos utilizados (LIMA; RIVERA, 2012). Para as autoras as secretarias de saúde e hospitais mais estruturados tem maior desempenho no programa de contratualização.

Diante das considerações que demonstram divergências quanto à suficiência dos incentivos aportados para a garantia dos resultados requeridos pelo programa de contratualização dos filantrópicos torna-se importante, conforme a maioria dos estudos, a verificação do desempenho das instituições contratualizadas. Desta forma, seguem-se algumas referências sobre desempenho no setor público e indicadores para monitoramento.

2.4 DESEMPENHO NO SETOR PÚBLICO

Diversos autores afirmam que o desempenho da gestão pública sofre competição e é multidimensional, incluindo a mensuração da performance em produtos qualitativos e quantitativos, eficácia, eficiência, custos, equidade, democracia e impacto. Apesar de haver várias nomeações essas são as principais para a mensuração do desempenho (BOYNE et. al., 2006).

Para Poister (2003), a mensuração da performance elabora informações relevantes para programas ou para a gestão organizacional que podem ser usadas para o fortalecimento da gestão e da tomada de decisão. Segundo o autor, a sistemática de mensuração é um suporte para as várias funções de gestão dentre elas o monitoramento, o planejamento estratégico, a gestão financeira e orçamentária, a gestão dos programas, a gestão de performance, o desenvolvimento de processos, a gestão de contratos, o benchmarking e a comunicação com o público (POISTER, 2003).

Conforme Boyne et. al. (2006), tanto a mensuração de aspectos objetivos quanto a mensuração de aspectos subjetivos são relevantes para se determinar a performance da gestão pública, sendo que a mensuração objetiva geralmente utiliza indicadores que buscam refletir o ótimo de desempenho a ser alcançado à medida que a mensuração subjetiva deve referir a uma dimensão de desempenho relevante para a organização a partir da realização de julgamentos.

2.4.1 Indicadores de desempenho

Para a mensuração de desempenho existem vários tipos de indicadores, dentre eles os indicadores de eficácia; indicadores de eficiência operacional; indicadores de produtividade; indicadores de qualidade do serviço; indicadores de satisfação do cliente e indicadores da eficácia do custo (POISTER, 2003). Não há um modelo padrão para a geração de indicadores. A depender do nível da organização e dos contextos aplicados, a expressão destes pode sofrer variações diversas.

Neste sentido, Poister (2003) afirma que o uso de indicadores pode ser diferente para os mais diversos contextos e organizações. Enquanto que para algumas este uso pode ser complexo e com alto grau de esforço para confecção e mensuração, para outras o uso de indicadores requer um substancial e cuidadoso julgamento lógico. Entretanto, o autor afirma que de modo geral a definição no uso de indicadores pressupõe:

- a) Metas claras e bem definidas;
- b) Desenvolvimento de indicadores de performance balanceados, contudo não redundantes;
- c) Rejeição de indicadores que não são facilmente gerenciados pelos gestores;
- d) Definição de indicadores que tem um alto grau de validade e entendimento dos usuários, sempre que possível;
- e) Validação e redefinição dos propósitos de mensuração, tudo relacionado à métrica;
- f) Uso de mensuração necessária, evitando aquelas que apenas foram propostas por interesses únicos;
- g) Mensurações que busquem se antecipar aos possíveis problemas e que incorporem outros indicadores;
- h) Mensurações que façam justas avaliações das perdas e custos

de oportunidades;

i) Indicadores de qualidade versus os custos destes;

j) Definição das mensurações com claras datas de revisão e análise permitindo maior eficiência nos procedimentos de coleta de dados;

k) Promoção de definições claras dos dados e da coleta de procedimentos de modo a facilitar e uniformizar os relatórios de consolidados. Poister (2003)

Coadunando com o uso geral, no campo da saúde, os indicadores de desempenho foram desenvolvidos para facilitar a quantificação e a avaliação das informações produzidas com a finalidade de disponibilizar dados válidos e confiáveis para análise objetiva da situação sanitária, assim como para a tomada de decisões baseadas em evidências e para a programação de ações de saúde.

Para a Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), “os indicadores são medidas-síntese que contêm informações relevantes sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde”. A construção de um indicador é um processo cuja complexidade pode variar desde a simples contagem direta de casos de determinada doença, até o cálculo de proporções, razões, taxas ou índices mais sofisticados, como a esperança de vida ao nascer (MINISTÉRIO DA SAÚDE. RIPSA, c2013).

A qualidade de um indicador depende das propriedades dos componentes utilizados em sua formulação (frequência de casos, tamanho da população em risco etc.) e da precisão dos sistemas de informação empregados (registro, coleta, transmissão dos dados etc.). O grau de excelência de um indicador deve ser definido por sua validade (capacidade de medir o que se pretende) e confiabilidade (reproduzir os mesmos resultados quando aplicado em condições similares). Em geral, a validade de um indicador é determinada por sua sensibilidade (capacidade de detectar o fenômeno analisado) e especificidade (capacidade de detectar somente o fenômeno analisado). Outros atributos de um indicador são: mensurabilidade (basear-se em dados disponíveis ou fáceis de conseguir), relevância (responder a prioridades de saúde) e custo-efetividade (os resultados justificam o investimento de tempo e recursos). Espera-se que os indicadores possam ser analisados e interpretados com facilidade, e que sejam compreensíveis pelos usuários da informação, especialmente gerentes, gestores e os que atuam no controle social do sistema de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE. RIPSA, c2013).

Para assegurar a confiança dos usuários na informação produzida, é necessário monitorar a qualidade dos indicadores, revisar periodicamente a consistência da série histórica de dados, e disseminar a informação com oportunidade e regularidade.

Para Escrivão Junior,

os indicadores proporcionam as informações mensuráveis para descrever tanto a realidade de saúde, como as modificações devidas à presença do serviço ou programa de saúde, assim como são capazes de quantificar o nível de desempenho das atividades em um processo ou seu output (produto ou serviço) em relação a metas especificadas. Revelam, também, o grau de satisfação dos usuários de serviços de saúde. (ESCRIVÃO JUNIOR 2007, p.656),

Os indicadores de saúde são instrumentos valiosos para a gestão e avaliação da situação de saúde, em todos os níveis, se gerados de forma regular e manejados em um sistema dinâmico. Além de prover matéria prima essencial para a análise de saúde, a disponibilidade de um conjunto básico de indicadores tende a facilitar o monitoramento de objetivos e metas em saúde, estimular o fortalecimento da capacidade analítica das equipes de saúde e promover o desenvolvimento de sistemas de informação de saúde intercomunicados (MINISTÉRIO DA SAÚDE. RIPSAs, c2013).

3 MÉTODOS

Este trabalho é um estudo exploratório e descritivo de abordagem quantitativa que adota, predominantemente, a pesquisa documental como estratégia metodológica. Trata-se de uma pesquisa aplicada na qual os conhecimentos adquiridos poderão ser utilizados para apontar caminhos visando à solução de problemas concretos (RODRIGUES, 2007).

Como um estudo exploratório esta pesquisa busca caracterizar, classificar e definir de forma seminal um problema constituindo, portanto, um estágio inicial de pesquisa científica que abre caminhos para um aprofundamento futuro.

3.1 DESCRIÇÃO DA AMOSTRA

Considerando-se como universo os 746 hospitais filantrópicos integrantes do Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde, tomou-se o subconjunto dos 39 hospitais localizados no interior da Bahia como amostra não aleatória para fins prioritários desta pesquisa. A seleção da amostra levou em consideração a ausência de estudos relacionados a esta população no âmbito do referido programa, o desejo de dar visibilidade a questões que envolvem oferta de serviços “nos interiores” do Brasil e ainda a suposta homogeneidade de condições a que estão impostas às organizações estudadas.

3.2 PASSOS METODOLÓGICOS

O percurso metodológico adotado nesta pesquisa prezou pelo rigor necessário para que o caminho seja percorrido, tanto para permitir aplicação em outras amostras do mesmo universo, quanto para oportunizar a continuidade de observação na mesma amostra com fito à conformação de um estudo em série histórica.

No primeiro momento com vistas a identificar e localizar geograficamente os

hospitais filantrópicos contratualizados com o SUS realizou-se a análise da listagem de hospitais disponível no anexo I da Portaria GM/MS nº 3.123, de 07 de dezembro de 2006. Os hospitais foram identificados e classificados pela sua localização geográfica com posterior apuração da frequência por região do Brasil e por microrregião da Bahia, de acordo com os critérios do IBGE e do Plano Diretor de Regionalização (PDR) da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), respectivamente. Ainda com o propósito de localizar geograficamente os hospitais foi elaborado um mapa com sinalização dos municípios da Bahia que sediam hospitais filantrópicos contratualizados, utilizando-se o aplicativo TerraView.

Complementando a etapa de identificação dos hospitais, realizou-se uma consulta no site do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde CNES (DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2013) a partir do Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ) e/ou da razão social informados na Portaria visando a obtenção da numeração do cadastro dos hospitais no CNES, principal indexador para localização de dados de interesse desta pesquisa nos Sistemas de Informação em Saúde do SUS. Dentre os 39 hospitais integrantes da Portaria, três (3) não foram localizados, sendo por este motivo excluídos do estudo para fins de apuração do desempenho.

No segundo momento com o objetivo de apurar aspectos estruturais, de gestão e da produção dos hospitais filantrópicos contratualizados com o SUS, localizados no interior da Bahia, foram coletados dados secundários dos 36 hospitais selecionados utilizando-se como fonte as bases de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) do SUS e do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do SUS disponíveis para consulta pública por meio da internet (DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2013). As referidas bases foram acessadas no período compreendido entre junho e outubro de 2013.

Durante esta fase de coleta de dados três (3) hospitais foram excluídos do estudo por ausência de registro de produção ambulatorial e/ou hospitalar por mais de um (1) ano, restando então 33 hospitais na base de dados final que é composta de 1.089 observações referentes aos anos de 2006 a 2011, cujo processo de elaboração é discriminado a seguir:

Quadro 1 - Síntese da coleta de dados sobre hospitais contratualizados

Dado	Fonte	Número de observações	Passo a passo para coleta	Comentário
Número de leitos SUS	Site do CNES	165	Acessar http://cnes.datasus.gov.br/ , clicar em consulta, clicar em estabelecimento, selecionar por CNES, inserir CNES, clicar em encontrar, clicar sobre o nome do hospital, clicar em exibir ficha reduzida por competência, selecionar competência 07 de cada ano, no campo leito somar o número total de leitos SUS.	Dado disponível a partir da competência 07/2007.
Número de médicos	Site do CNES	165	Acessar http://cnes.datasus.gov.br/ , clicar em consulta, clicar em estabelecimento, selecionar por CNES, inserir CNES, clicar em encontrar, clicar sobre o nome do hospital, clicar em exibir ficha reduzida por competência, selecionar competência 07 de cada ano, no campo profissionais SUS verificar o número de médicos.	Dado disponível a partir da competência 07/2007. No ano de 2007 o número de médicos foi zero em todas as observações.
Número de pacientes internados	SIH/SUS	198	Foi utilizado o aplicativo <i>Tabwin</i> para a coleta de dados.	
Numero de procedimentos ambulatoriais	SAI/SUS	198	Foi utilizado o aplicativo <i>Tabwin</i> para a coleta de dados.	
Valor médio de Autorização de Internação Hospitalar (AIH)	SIH/SUS	198	Foi utilizado o aplicativo <i>Tabwin</i> para a coleta de dados.	O dado "valor médio de AIH" não está disponível no <i>Tabwin</i> . Para extrair o valor médio foi calculada a razão simples entre o valor hospitalar anual e o número de internações ocorridas no mesmo período
Modalidade de Gestão do Estabelecimento	Site do CNES	165	Acessar http://cnes.datasus.gov.br/ , clicar em consulta, clicar em estabelecimento, selecionar por CNES, inserir CNES, clicar em encontrar, clicar sobre o nome do hospital, clicar em exibir ficha reduzida por competência, selecionar competência 07 de cada ano, verificar o campo gestão.	Dado disponível a partir da competência 07/2007. As categorias de gestão são Estadual, Municipal ou Dupla.

Fonte: Elaborado pela autora (2013).

A partir da base de dados foram gerados dois indicadores de eficiência operacional não financeira, a saber: a) Relação paciente internado/leito e b) Relação paciente internado/médico. Além destes, os dados brutos de número de leitos, número de médicos, número de pacientes internados, número de procedimentos ambulatoriais, valor médio de AIH e Gestão também são considerados variáveis deste estudo.

3.3 PROCESSO DE ANÁLISE

Os recursos matemáticos foram utilizados para análise dos dados buscando evidenciar tanto a espacialização quanto o desempenho operacional do conjunto dos hospitais contratualizados, através da medição numérica das suposições levantadas sobre o problema de pesquisa. Desta forma, a amostra estudada foi caracterizada a partir do cálculo da distribuição das frequências, médias e desvio-padrão com a utilização do aplicativo Excel e do pacote estatístico do software *Stata 11* (STATA CORP LP, c2013).

Destaca-se neste processo a elaboração dos gráficos relacionando os indicadores e os dados brutos com a condição de gestão dos hospitais ao longo da série histórica.

O modelo proposto visa analisar o desempenho operacional do conjunto dos hospitais filantrópicos contratualizados a partir das dimensões geográfica, estrutura, gestão e desempenho que se ancoram na análise das variáveis conforme descrito no Quadro 2 a seguir:

Quadro 2 – Modelo de Análise

Dimensões		Variáveis	O que pretende evidenciar
Gestão (Dimensão transversal) Variável: Condição de gestão dos hospitais contratualizados Visa verificar se a condição de gestão afeta a estrutura e/ou o desempenho dos hospitais, além de aspectos relacionados à descentralização.	Geográfica	<ul style="list-style-type: none"> Município de localização do hospital 	Espacialização das unidades integrantes do programa no território nacional e estadual.
	Estrutura	<ul style="list-style-type: none"> Número de leitos SUS Número de Médicos 	Variação da capacidade instalada para a produção de serviços de saúde.
	Desempenho	<ul style="list-style-type: none"> Número de pacientes internados Número de procedimentos ambulatoriais Relação paciente internado/médico Relação paciente internado/leito SUS Valor Médio de AIH 	Variação do desempenho operacional do conjunto dos hospitais.

Fonte: Elaborado pela autora (2013).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Sob a perspectiva da dimensão geográfica, conforme disposto na Tabela 1, percebe-se que existe uma concentração de instituições filantrópicas contratualizadas na região Sudeste e Sul do Brasil. Considerando que a contratualização aporta recursos nos tetos financeiros de estados e municípios, mesmo se tratando de um programa de adesão voluntária, verifica-se que o Programa de Contratualização dos Filantrópicos reproduz a desigualdade histórica no financiamento e na distribuição de serviços de média e alta complexidade.

Numa alusão a distribuição de recursos, Mendes; Leite e Marques (2011) afirmam que o financiamento federal deve adotar diferentes abordagens metodológicas para estimar uma alocação equitativa dos recursos para a saúde. Os autores destacam a importância de Municípios com baixa disponibilidade de recursos fiscais per capita terem uma complementação maior por parte dos recursos federais, quando comparados aos municípios com alta capacidade de arrecadação fiscal per capita Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição dos Hospitais Contratualizados por Região, Brasil, 2006

Região	Nº	%
Norte	21	2,8
Nordeste	133	17,8
Centro oeste	42	5,6
Sudeste	383	51,3
Sul	167	22,4
TOTAL	746	100

Fonte: Elaborado pela autora a partir de informações da Portaria MS/GM nº 3123 de 07/12/2016, em 10 de novembro de 2013.

Das 133 unidades contratualizadas sediadas no Nordeste, 34,5% estão localizadas na Bahia sendo que 18 das 28 regiões de saúde do Estado foram contempladas com unidades contratualizadas, conforme disposto na Tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição dos Hospitais Contratualizados por Região de Saúde, Bahia, 2006

Microrregiões do Estado da Bahia	Número de Hospitais Contratualizados com o SUS	%
Alagoinhas	2	4,3
Barreiras	-	-
Brumado	-	-
Camaçari	1	2,2
Cruz das Almas	3	6,5
Feira de Santana	2	4,3
Guanambi	-	-
Ibotirama	-	-
Ilhéus	2	4,3
Irecê	-	-
Itaberaba	1	2,2
Itabuna	3	6,5
Itapetinga	3	6,5
Jacobina	2	4,3
Jequié	1	2,2
Juazeiro	2	4,3
Paulo Afonso	-	-
Porto Seguro	-	-
Ribeira do Pombal	2	4,3
Salvador	11	23,9
Santa Maria da Vitória	-	-
Santo Antônio de Jesus	4	8,7
Seabra	-	-
Senhor do Bonfim	1	2,2
Serrinha	3	6,5
Teixeira de Freitas	-	-
Valença	1	2,2
Vitória da Conquista	2	4,3
Total	46	100

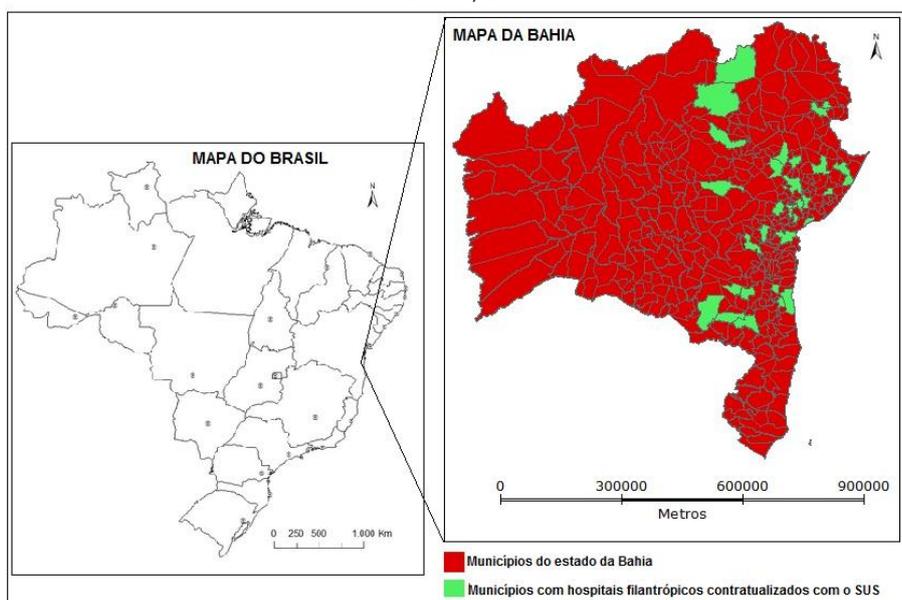
Fonte: Elaborado pela autora a partir de informações da Portaria MS/GM nº 3123 de 07/12/2016, em 10 de novembro de 2013.

Diante da observação da distribuição espacial dos hospitais filantrópicos contratualizados na Bahia, alguns achados são dignos de registro. A Bahia é composta por 417 municípios, sendo que 32 deles sediam uma ou mais unidades contratualizadas no âmbito do Programa de Contratualização dos Filantrópicos. O município que possui mais hospitais filantrópicos contratualizados é Salvador, capital do Estado, com sete (7) unidades, em seguida o município de Santo Amaro e Itabuna com três (3) unidades cada. Jacobina, Serrinha, Ilhéus e Juazeiro possuem, cada um, duas (2) unidades e os demais municípios sede, apenas uma. Supõe-se

que municípios e/ou hospitais mais estruturados tiveram maior sucesso no processo de contratualização.

A disposição espacial dos municípios sede de hospitais filantrópicos contratualizados evidencia vazios, sobretudo nas regiões econômicas do Oeste, Baixo Médio São Francisco, Médio São Francisco, Irecê, Chapada Diamantina e Serra Geral (SEI, 2013), conforme Figura 2.

Figura 2 - Localização dos Municípios sede dos Hospitais Filantrópicos Contratualizados com o SUS, Bahia, 2006

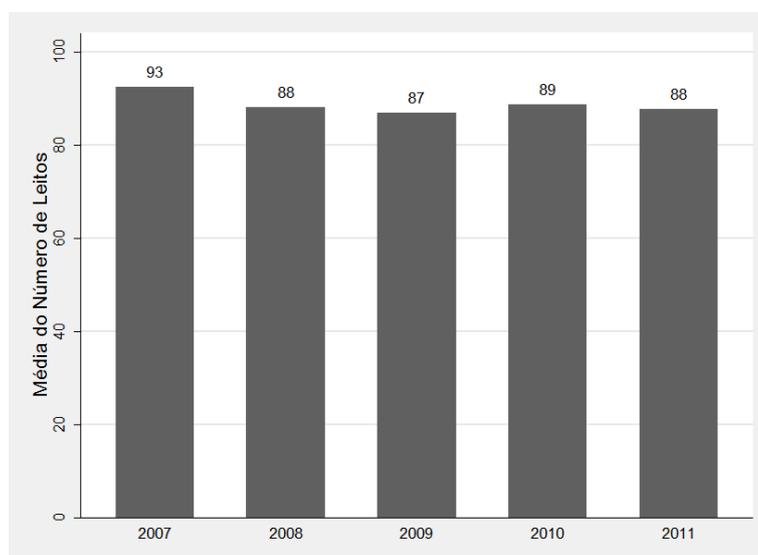


Fontes: Elaborado pela autora a partir de informações da Portaria MS/GM nº 3123 de 07/12/2016, com o uso do aplicativo *TerraView*, em 10 de novembro de 2013 e SEI (2013).

Antes de passar para a análise dos hospitais filantrópicos contratualizados do interior da Bahia nas dimensões estrutura e desempenho, ressalta-se por oportuno que a partir deste ponto as instituições estudadas passam a compor um conjunto, não sendo possível identificar, neste texto, a posição individual de cada uma. Todas as inferências baseiam-se, portanto, numa *proxifeita* a partir do conjunto dos hospitais que compõem a amostra.

Na dimensão estrutura, a análise da média do número de leitos e da média do número de médicos não apresentam tendências relevantes quando não são aplicados filtros. Entretanto, analisando-se este mesmo indicador separando os hospitais filantrópicos contratualizados a partir da variável condição de gestão percebe-se que existem diferenças significativas.

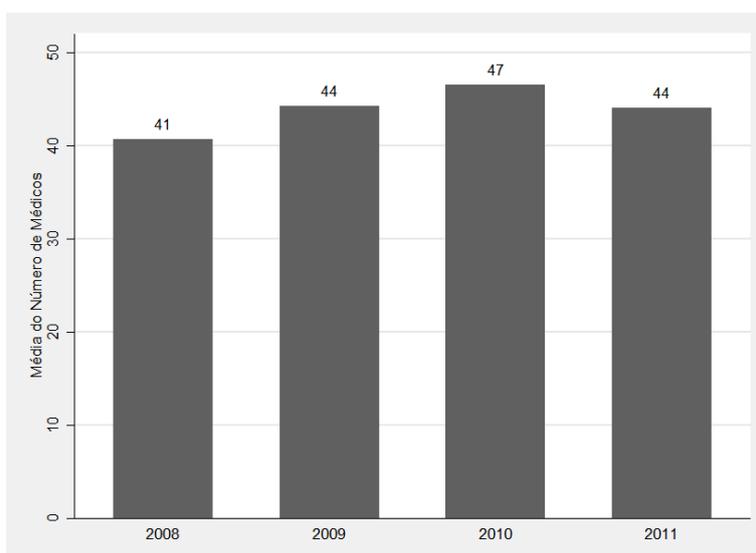
Gráfico 1 - Média do número de Leitos Contratualizados com o SUS no âmbito do Programa de Contratualização dos Filantrópicos, Interior da Bahia, 2007 a 2011



Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados do CNES (2013).

O Gráfico 1 evidencia que, de forma geral, a média do número de leitos sofreu um decréscimo de 5,37% entre 2007 e 2008 e seguiu sem alterações significativas até 2011.

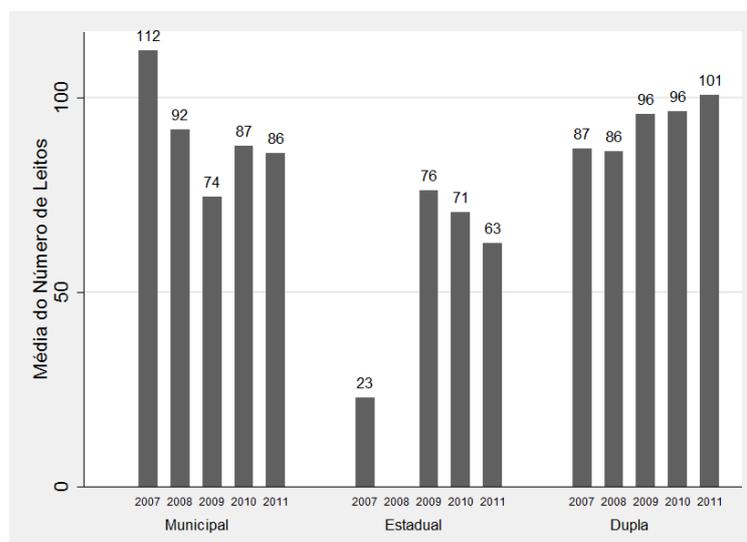
Gráfico 2 - Média do número de Médicos no âmbito do Programa de Contratualização dos Filantrópicos, Interior da Bahia, 2008 a 2011



Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados do CNES (2013).

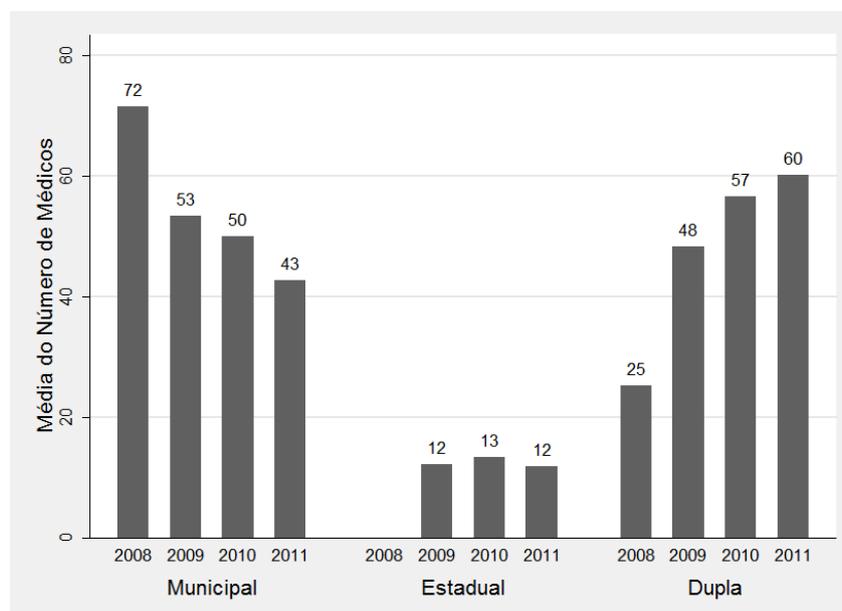
O Gráfico 2 evidencia que entre 2008 e 2010 o número de médicos sofreu variação positiva e teve um decréscimo entre 2010 e 2011.

Gráfico 3 - Média do número de Leitos Contratualizados com o SUS por condição de gestão no âmbito do Programa de Contratualização dos Filantrópicos, Interior da Bahia, 2007 a 2011.



Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados do CNES (2013).

Gráfico 4 - Média do número de Médicos por condição de gestão no âmbito do Programa de Contratualização dos Filantrópicos, Interior da Bahia, 2008 a 2011



Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados do CNES (2013).

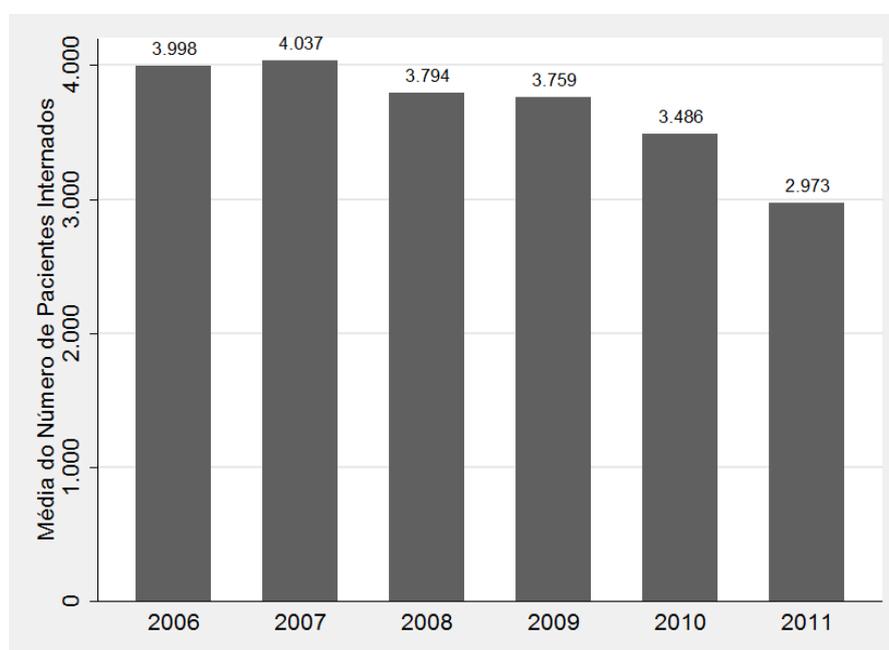
No Gráfico 3 chama atenção que, entre 2007 e 2008 a média do número de leitos variou negativamente nos hospitais contratualizados sob gestão municipal e sob gestão estadual e positivamente nas unidades sob gestão dupla. Variação semelhante é verificada no que tange a média do número de médicos, com exceção, neste caso, dos hospitais sob gestão estadual que não apresentaram variação significativa, conforme aponta o Gráfico 4.

Da análise da dimensão estrutura depreende-se que, de forma geral, houve pouca variação na capacidade instalada para a produção de serviços de saúde nas unidades filantrópicas contratualizadas no interior da Bahia. Incorporando-se a variável condição de gestão fica evidenciada a diminuição da capacidade instalada nas unidades sob gestão municipal e aumento da capacidade instalada nas unidades sob gestão dupla. Este achado pode estar condicionado à mobilidade da condição de gestão ao longo da séria histórica estudada ou a diferença da capacidade de gestão implícita em cada condição.

Na dimensão desempenho adotou-se como indicadores a média de atendimentos ambulatoriais e hospitalares bem como a relação paciente internado/médico e a relação paciente internado/ leito. Os dados foram analisados de forma geral e por condição de gestão.

De forma geral todos os indicadores de desempenho variaram negativamente se considerados o primeiro e último ano analisados.

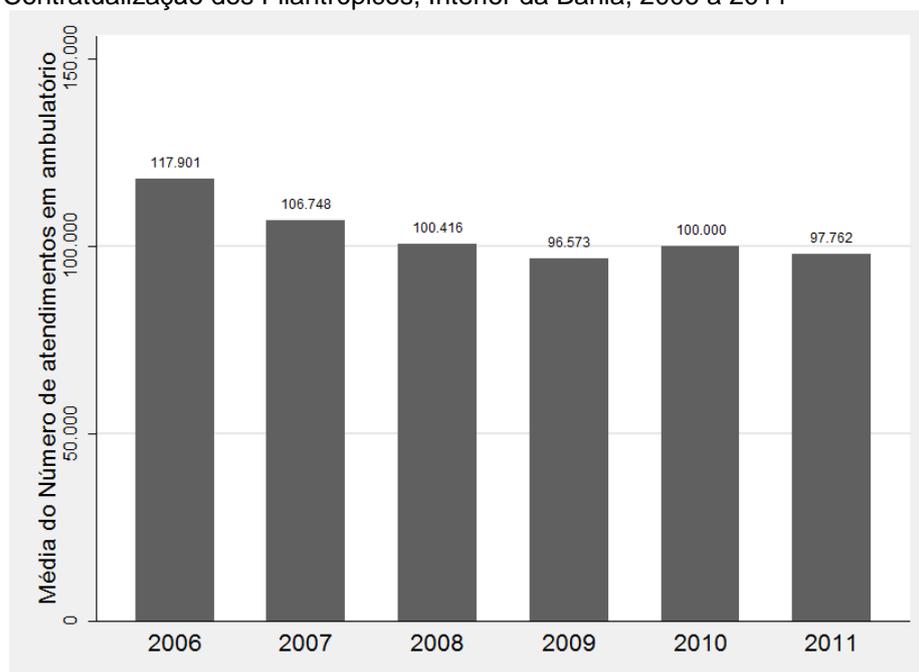
Gráfico 5 - Média do número de pacientes internados no âmbito do Programa de Contratualização dos Filantrópicos, Interior da Bahia, 2006 a 2011



Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados do SIH/SUS (2012).

No Gráfico 5 é possível verificar uma tendência de decréscimo na produção de internamento entre os anos de 2007 e 2011. Nota-se que em nenhum momento esta tendência foi revertida.

Gráfico 6 - Média do número de atendimentos em ambulatório no âmbito do Programa de Contratualização dos Filantrópicos, Interior da Bahia, 2006 a 2011

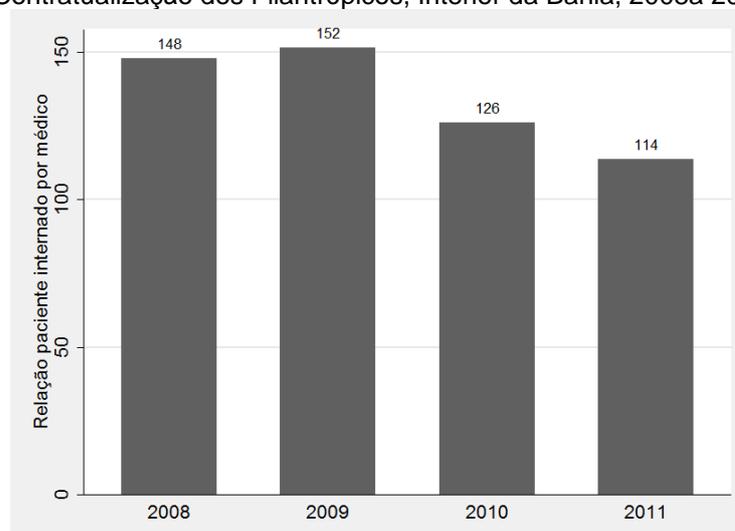


Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados do SIH/SUS (2012).

No Gráfico 6 é possível verificar uma tendência de decréscimo na produção ambulatorial entre os anos de 2006 a 2009. Entre 2009 e 2011 parece que a tendência negativa se reverteu.

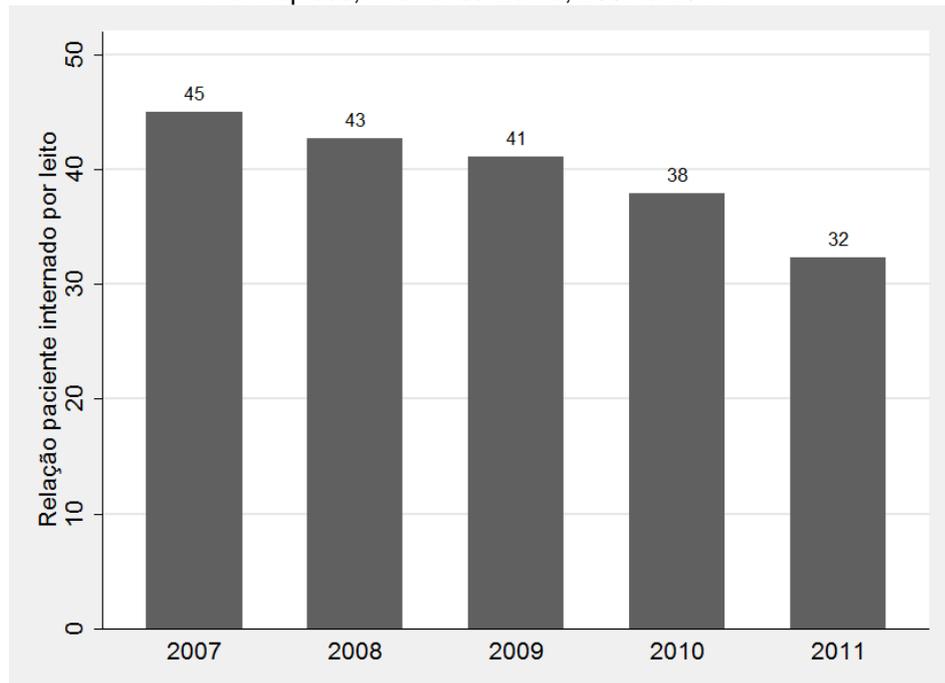
Quando analisado os indicadores de desempenho a relação paciente internado/médico e a relação paciente internado/leito nota-se uma tendência negativa em ambos os casos.

Gráfico 7 - Relação paciente internado por médico no âmbito do Programa de Contratualização dos Filantrópicos, Interior da Bahia, 2008 a 2011



Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados do SIH/SUS e do CNES (2012).

Gráfico 8 - Relação paciente internado por leito no âmbito do Programa de Contratualização dos Filantrópicos, Interior da Bahia, 2007 a 2011

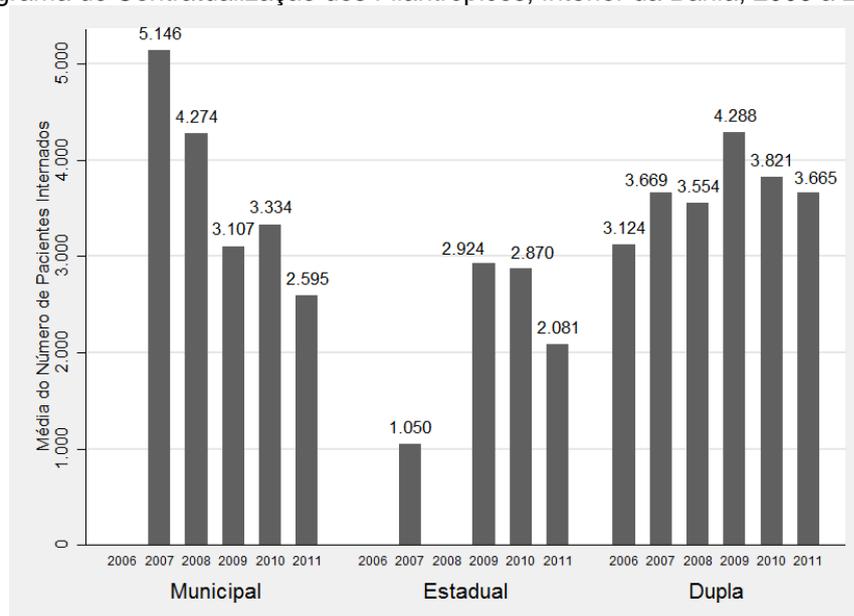


Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados do SIH /SUS e do CNES (2012).

Os Gráficos 7 e 8 demonstram uma queda significativa no desempenho frente a capacidade instalada dos hospitais filantrópicos contratualizados.

Igualmente às análises da dimensão estrutura, aplicou-se as variáveis de dimensão desempenho um filtro com a variável gestão, quando se percebeu as seguintes variações:

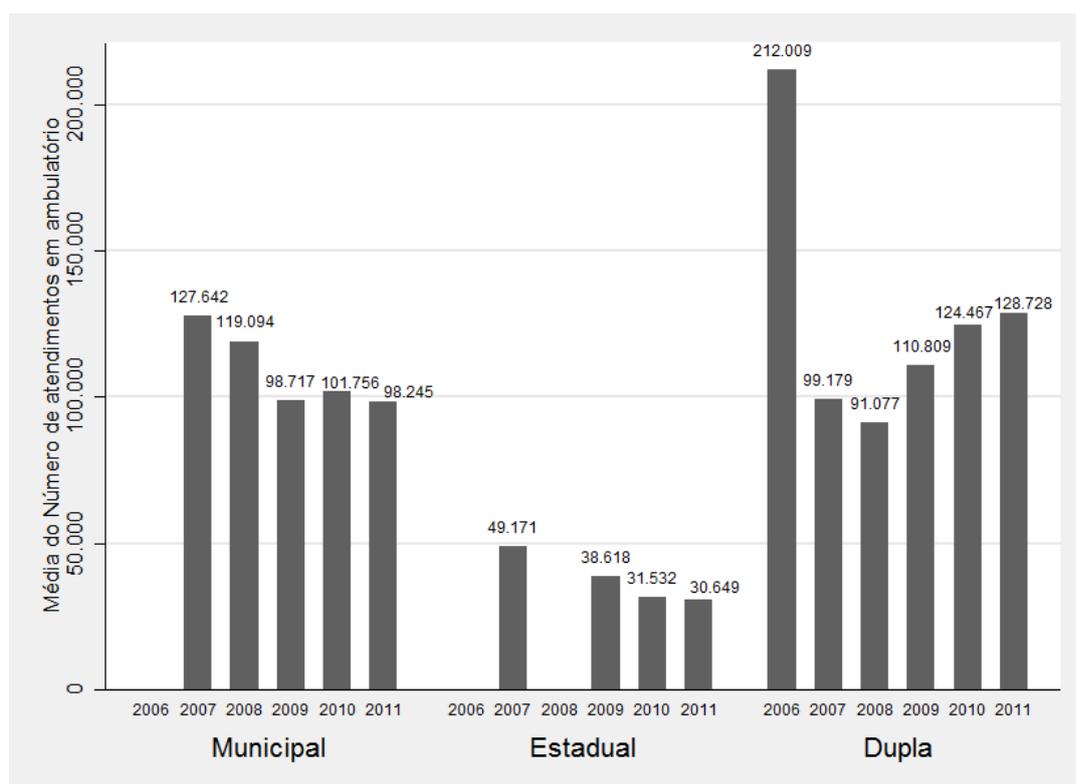
Gráfico 9 - Média do número de pacientes internados por condição de gestão no âmbito do Programa de Contratualização dos Filantrópicos, Interior da Bahia, 2006 a 2011



Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados do SIH/SUS e CNES (2012).

No Gráfico 9 verifica-se que os hospitais sob gestão municipal apresentam uma tendência de queda da produção hospitalar de 49,57%, enquanto que os hospitais sob gestão dupla apresentaram uma tendência positiva na produção hospitalar entre os anos de 2006 e 2011.

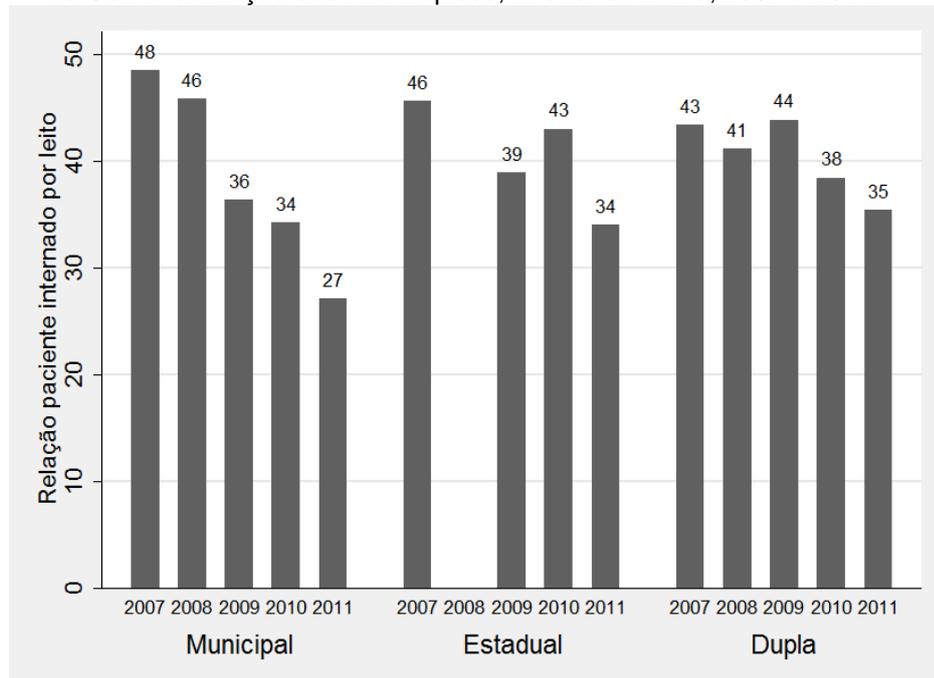
Gráfico 10 - Média do número de atendimentos em ambulatório por condição de gestão no âmbito do Programa de Contratualização dos Filantrópicos, Interior da Bahia, 2006 a 2011.



Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados do SIA/SUS e CNES (2012).

No Gráfico 10 observa-se que entre os anos de 2006 e 2011, o número de atendimentos ambulatoriais têm variado negativamente nos hospitais sob gestão municipal e entre os anos de 2007 a 2011 têm tendência positiva nos hospitais sob gestão estadual.

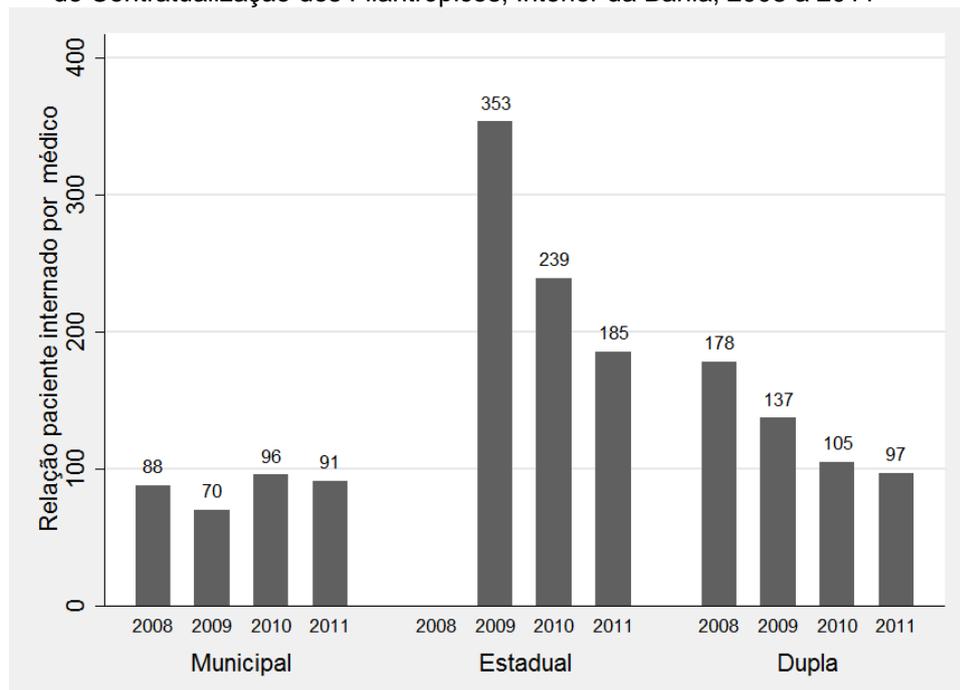
Gráfico 11 - Relação paciente internado por leitos, por condição de gestão, no âmbito do Programa de Contratualização dos Filantrópicos, Interior da Bahia, 2007 a 2011.



Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados do SIH/SUS (2012).

No Gráfico 11 evidencia-se a queda do desempenho operacional dos hospitais filantrópicos contratualizados no interior da Bahia. Sob todas as condições de gestão a tendência da relação foi negativa quando observados os anos inicial e final da série.

Gráfico 12 - Relação paciente internado por médico, por condição de gestão, no âmbito do Programa de Contratualização dos Filantrópicos, Interior da Bahia, 2008 a 2011

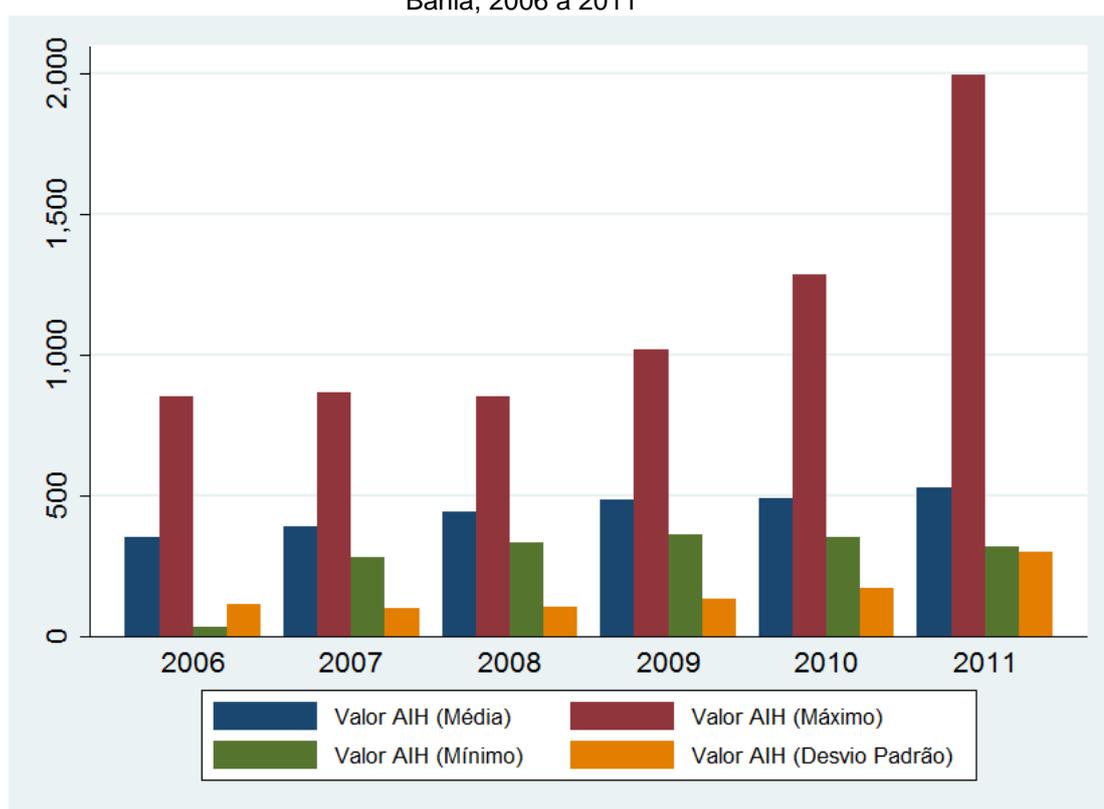


Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados do SIH/SUS (2012) e CNES.

No Gráfico 12 observa-se que a relação paciente internado por médico tem tendência crescente nos hospitais sob gestão municipal, enquanto que nos hospitais sob gestão estadual ou dupla a variação foi negativa.

Finalizando as análises na dimensão desempenho, a variação do valor médio de AIH é um indicador que pode sugerir a complexidade dos internamentos realizados, uma vez que AIH com valor mais elevado é indicativo de realização de procedimentos mais complexos. Esta variável foi selecionada como um contraponto às análises de produção que são apontadas pelos gestores de unidades de saúde como simplistas sob o argumento de não levar em consideração os custos reais para a manutenção dos serviços.

Gráfico 13 - Valor de AIH, no âmbito do Programa de Contratualização dos Filantrópicos, Interior da Bahia, 2006 a 2011



Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados do SIH/SUS (2012) e CNES.

O Gráfico 13 evidencia que o valor médio de AIH tem uma tendência crescente e significativa entre os anos de 2006 e 2011. Nota-se ainda que entre os anos de 2006 e 2011 houve o aumento do desvio padrão dos valores de AIH o que evidencia um desnivelamento desta tendência entre as unidades filantrópicas contratualizadas no interior da Bahia. Uma suposição válida é que algumas unidades contratualizadas

receberam serviços novos e de maior complexidade, como por exemplo, Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) o que modificou para maior os valores médios de AIH, com certo desvio das demais unidades que não receberam tal aporte sem, contudo, elevar a produtividade hospitalar.

Na análise em separado da dimensão gestão, em relação à condição de gestão das unidades contratualizadas, observa-se que no corte temporal estudado houve mobilização na condição de gestão das unidades contratualizadas conforme discriminado na Tabela 3.

Tabela 3 – Mobilização da Gestão dos Hospitais Filantrópicos Contratualizados com o SUS Localizados no Interior da Bahia, 2007 a 2011

Tendência	Mobilização da Gestão	N	%
Sem alteração (54,5%)	Manteve gestão estadual	1	3,0
	Manteve gestão dupla	11	33,3
	Manteve gestão municipal	6	18,2
Descentralização (15,2%)	Passou de gestão estadual para gestão dupla	0	0
	Passou de gestão dupla para gestão municipal	0	0
	Passou de gestão estadual para gestão municipal	5	15,2
Recentralização (30,3%)	Passou de gestão dupla para gestão estadual	6	18,2
	Passou de gestão municipal para gestão dupla	4	12,1
	Passou de gestão municipal para gestão estadual	0	0
TOTAL		33	100,0

Fonte: Elaborado pela autora a partir de informações do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Ministério da Saúde - 2013, em 23 de novembro de 2013.

Os achados correspondentes à observação da mobilização da condição de gestão demonstram uma tendência de recentralização da gestão das unidades contratualizada, dado que supostamente aponta para uma não observância ao princípio constitucional da descentralização.

É oportuno ressaltar que o achado demanda maior esforço para observação e análise dado a possibilidade de eventual erro de cadastro junto ao CNES.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo permite afirmar que existe uma concentração de instituições filantrópicas contratualizadas na região Sudeste e Sul do Brasil reproduzindo a desigualdade histórica no financiamento e na distribuição de serviços de média e alta complexidade.

No cenário baiano, dos 417 municípios existentes, trinta e dois deles sediam uma ou mais unidades contratualizadas no âmbito do Programa de Contratualização dos Filantrópicos. O município que possui mais hospitais filantrópicos contratualizados é Salvador, capital do Estado, com sete (7) unidades, em seguida o município de Santo Amaro e Itabuna com três (3) unidades cada. Jacobina, Serrinha, Ilhéus e Juazeiro possuem, cada um, duas (2) unidades e os demais municípios sede, apenas uma, reforçando a suposição de Lima e Rivera (2012) de que municípios e/ou hospitais mais estruturados têm maior sucesso no processo de contratualização.

A análise da dimensão estrutura revelou que houve pouca variação na capacidade instalada para a produção de serviços de saúde nas unidades filantrópicas contratualizadas do interior da Bahia e, quando incorporada a variável condição de gestão, ficou evidenciada a diminuição da capacidade instalada nas unidades sob gestão municipal e aumento da capacidade instalada nas unidades sob gestão dupla. Este achado pode estar condicionado à mobilidade da condição de gestão ao longo da séria histórica estudada ou a diferença da capacidade de gestão implícita em cada condição.

De forma geral, na dimensão desempenho, a maioria dos indicadores utilizados nesta pesquisa variou negativamente, considerando-se como marcos o primeiro e último ano analisados. Foi verificada uma tendência de decréscimo nos internamentos realizados entre os anos de 2007 e 2011 e em nenhum momento esta tendência foi revertida. Nos hospitais sob gestão municipal a queda da produção hospitalar entre os anos de 2006 e 2011 foi de 49,57%. No mesmo período a produção ambulatorial variou negativamente nos hospitais sob gestão municipal e teve tendência positiva nos hospitais sob gestão estadual.

De forma geral a produtividade do conjunto de hospitais contratualizados no interior

da Bahia decaiu entre 2006 e 2011 levando a suposição de que o Programa de Contratualização dos Filantrópicos não está contribuindo diretamente para o aumento da oferta de serviços no SUS.

A única variação positiva significativa na dimensão desempenho foi relativa ao valor médio de AIH sugerindo o aumento da complexidade dos internamentos realizados nos hospitais filantrópicos contratualizados no interior da Bahia. Uma suposição válida é que algumas unidades contratualizadas receberam serviços novos e de maior complexidade, como por exemplo, UTI o que modificou para maior os valores médios de AIH sem, contudo, elevar a produtividade hospitalar.

A mobilização da condição de gestão dos hospitais filantrópicos contratualizados do interior da Bahia entre 2007 e 2011 apontou uma tendência de recentralização da gestão das unidades, dado que supostamente aponta para uma não observância ao princípio constitucional da descentralização. É oportuno ressaltar que o achado demanda de maior esforço para observação e análise dado a possibilidade de eventual erro de cadastro junto ao CNES.

Afirmando que este trabalho cumpriu os objetivos propostos, são elencados a seguir alguns limites que devem ser levados em conta para que o conhecimento adquirido seja apropriado de forma adequada.

Como qualquer trabalho que toma como matéria prima dados secundários, a pesquisadora aponta que a segurança na produção primária dos dados bem como seu registro e transmissão não podem ser atestados por ela, sendo um importante limite a ser considerado pelo leitor.

Como outro limite significativo tem-se que o processo adotado para análise das variáveis não permite identificar a posição individual de cada hospital filantrópico contratualizado. Conforme já fora afirmado, todas as inferências baseiam-se, portanto numa *proxi* feita a partir do conjunto dos hospitais que compõem a amostra.

A pesquisadora disponibiliza no Anexo B a base de dados estruturada para este estudo possibilitando sua utilização para outras análises.

A pesquisadora pretende divulgar este trabalho por meio de um seminário para gestores de hospitais filantrópicos contratualizados e gestores do Sistema Único de Saúde do interior da Bahia cujo financiamento será objeto de proposição para instituições de fomento.

A pesquisadora buscará junto às instituições de ensino e pesquisa meios de continuar a observação do desempenho das instituições filantrópicas contratualizadas no interior da Bahia.

Cumprindo o papel de um trabalho de Mestrado Profissional, são apresentadas a seguir algumas recomendações passíveis de serem aproveitadas pelas partes integrantes do Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde (SUS).

Ao Ministério da Saúde (MS):

- a) Prestar ou viabilizar a prestação de apoio técnico às instituições elegíveis para adesão ao Programa de Contratualização dos Filantrópicos *ex ante* com vista a sua preparação para o pleito, favorecendo a contemplação de mais instituições;
- b) Rever a forma de incentivo e os parâmetros para repasse do recurso financeiro a fim de estimular a elevação do desempenho dos hospitais filantrópicos contratualizados e, por conseguinte, a oferta de serviços SUS;
- c) Estimular as instituições que recebem recursos do SUS a contribuírem para a realização de pesquisas acadêmicas que possam resultar em elevação do conhecimento sobre os diversos programas no âmbito da saúde pública.

À gestão municipal e estadual:

- a) Cuidar da atualização do CNES e dos registros de produção;
- b) Monitorar de forma efetiva as metas contratualizadas para otimizar a capacidade instalada e os recursos públicos.

À gestão dos hospitais filantrópicos contratualizados:

- a) Atentar para a atualização do cadastro da unidade no CNES e para o adequado registro de produção hospitalar e ambulatorial nos sistemas de informação em saúde oficiais;
- b) Sinalizar ao Ministério da Saúde as dificuldades enfrentadas para a manutenção da capacidade instalada ou da produtividade da instituição

contratualizada;

c) Solicitar apoio técnico às instituições acadêmicas para aprimoramento da capacidade técnica e de gestão a fim de elevar dentre seus colaboradores o conhecimento aplicado sobre os programas de saúde pública.

REFERÊNCIAS

AGUILAR. Ana Patrícia. **Contratos de gestão**. [S.l.]: [s.n.], 2004.

ALCOFORADO, Flávio Carneiro Guedes. Contratualização e eficiência no setor público: as organizações. In: CONGRESO INTERNACIONAL DEL CLAD SOBRE LA REFORMA DEL ESTADO Y DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, 10, 205, Santiago. 2005. **Anais...** Santiago, Chile. Disponível em: <www.bresserpereira.org.br/Documents/MARE/OS/alcoforado_OS.pdf>. Acesso em: 12 out. 2011.

BANTA, H. D. Future health care technology and the hospital. **Health Policy**, [s.l.], v. 14, n. 1, p.61-73, jan.-feb. 1990.

BOYNE, George A. [et. al.]. **Public service performance**: perspectives on measurement and management. Cambridge: Cambridge University Press, 2006.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. MARE. **Plano Diretor da reforma do aparelho do Estado**. Brasília, DF: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1995. Disponível em <<http://www.bresserpereira.org.br/view.asp?cod=121>>. Acesso em: 12 jan. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.721/GM, de 21 de setembro de 2005. Cria o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 set. 2005. Seção 1, n. 183, p. 51-52

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.130, de 24 de dezembro de 2008, estabelece recursos financeiros serem incorporados ao Teto Financeiro de Média e Alta Complexidade dos Estados e dos Municípios. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 dez. 2008. Seção 1, n. 251, p. 134-137.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria MS/GM n. 635, de 10 de novembro de 2005. Publica o Regulamento Técnico para a implantação e a operacionalização do Programa de Reestruturação dos Hospitais Filantrópicos no SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 11 nov. 2005. Seção 1, n. 217, p. 103-104

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria Nº 172/GM, de 26 de janeiro de 2006. Homologa processo de adesão ao Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 17 jan. 2006. Seção 1, n. 20, p. 33-34

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria Nº 166, de 13 de março de 2006. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 14 mar. 2006. Seção 1, n. 50, p. 52.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria MS/SAS Nº 284, de 18 de abril de 2006. Define o fluxo para operacionalização do processo de contratualização no âmbito do Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 abr. 2006. Seção 1, n. 75, p. 53-56.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria Nº 3.123, de 7 de dezembro de 2006. Homologa o Processo de Adesão ao Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 8 dez. 2006. Seção 1, n. 235, p. 100-114.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Casa Civil, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Constituicao.htm> Acesso em: 30 set. 2013.

BRASIL. Presidência da República. Emenda Constitucional Nº 19, de 04 de junho de 1998. Modifica o regime e dispõe sobre princípios e normas da Administração Pública, servidores e agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas e custeio de atividades a cargo do Distrito Federal, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 5 jun. 1998. Seção 1, n. 106-E, p. 1-3.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1, n. 182, p. 18055-18057.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 6 jul. 1994. Seção 1, n. 127, p. 10149-10161.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 maio. 1998. Seção 1, n. 92, p. 8-10.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. Da administração pública burocrática à gerencial. **Revista de Serviço Público**, Brasília, DF, ano 47, n. 1, jan./abr. 1996.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. Reflexões sobre a reforma gerencial brasileira de 1995. **Revista do Serviço Público**, Brasília, DF, ano 50, n. 4, out./dez. 1999.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos; PACHECO, Regina S. A reforma do Estado brasileiro e o desenvolvimento. In: FÓRUM NACIONAL ESPECIAL SOBRE REFORMA DAS INSTITUIÇÕES DO ESTADO BRASILEIRO – EXECUTIVO, LEGISLATIVO E JUDICIÁRIO, 2005, Brasília. **Anais...** Brasília: INAE, 2005.

CABRAL, Sandro. **Além das grades**: uma análise comparada das modalidades de gestão do sistema prisional. 2006. Tese (Doutorado) - Núcleo de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal da Bahia (NPGA-UFBA), Salvador, 2006.

CARRERA, Mariana Baleeiro Martins. **Parceria Público-privada na Saúde no Brasil**: Estudo de caso do Hospital do Subúrbio de Salvador – Bahia. 2012. Dissertação (Mestrado)- Fundação Getúlio Vargas. Escola de Administração de Empresas de São Paulo, São Paulo, 2012.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. **Datasus [Portal institucional]**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, c2013. Disponível em: <www.datasus.gov.br>. Acesso em: 10 out. 2013.

DITTERICH, Rafael Gomes; MOYSÉS, Simone Tetu; MOYSÉS, Samuel Jorge. O uso de contratos de gestão e incentivos profissionais no setor público de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, apr. 2012.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Contratos de gestão**: contratualização do controle administrativo sobre a administração indireta e sobre as organizações sociais. **Revista da Procuradora do Estado de São Paulo**, São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/revistaspge/revista2/artigo9.htm>>. Acesso em: 19 nov.2013.

ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO - ENANPAD, 24, 2000. Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: ANPAD, 2000.

ESCRIVÃO JUNIOR, Álvaro. Uso da informação na gestão de hospitais públicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.3, p.655-666, 2007.

FERNANDES, Rubem César. **Privado porem público**: o terceiro setor na América Latina. 2. ed. Rio de Janeiro: Dumará, 1994.

GASPARINI, Diógenes. **Direito administrativo**, 7 ed. rev. e atual., São Paulo: Saraiva, 2002.

GHILARDI, Wanderlei José; CERETTA Paulo Sérgio. Equívocos legais da filantropia. **Revista Eletrônica de Contabilidade Curso de Ciências Contábeis UFSM**, Santa Maria, RS, v. 1, n.1, set./nov. 2004.

LIMA, Sheyla Maria Lemos; RIVERA, Francisco Javier Uribe. A contratualização nos Hospitais de Ensino no Sistema Único de Saúde brasileiro. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n.9, p. 2507-2521, 2012. ISSN 1413-8123.

LIMA, Sheila Mariana Lemos [et. al.]. Caracterização gerencial dos hospitais filantrópicos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p.1249-1261, set./out. 2004.

LOCK, Fernando do Nascimento; BOLZAN, Gelson; LOVATTO, Mauro Righi. Vantagens, desvantagens e Limitações dos Contratos de Gestão. **Revista Eletrônica de Contabilidade Curso de Ciências Contábeis UFSM**, Santa Maria, RS, v. 1, n. 2. dez. 2004/fev. 2005.

LUEDY, A.; MENDES, V. L. P.; RIBEIRO JÚNIOR, H. Gestão Pública por Resultados: contrato de gestão como indutor de melhorias em um hospital universitário. **Organizações & Sociedade**, Salvador, v. 19, n. 63, p. 641-659, 2012.

LYNN, Laurence E.; GOULD, Stephanie G. **Designing public policy: a casebook on the role of policy analysis**. Santa Monica, Califórnia: Goodyear. 1980. (Goodyear public policy analysis and management series).

MAICH, Maria Cristina do Amarilho. **Hospitais filatropicos em Pelotas: a visão dos administradores em relação à contratualização dos hospitais**. Porto Alegre: UFRGS, 2012.

MENDES, Áquilas; LEITE, Marcel Guedes; MARQUES, Rosa Maria. Discutindo uma metodologia para a alocação equitativa de recursos federais para o Sistema Único de Saúde. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 673-690, jul./set. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n3/13.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2013.

MENDES, Vera Lúcia Peixoto S.; TEIXEIRA, Francisco Lima. O novo gerencialismo e os desafios para a administração pública. In: ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO - ENANPAD, 24, 2000. Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: ANPAD, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Rede Interagencial de Informações para a Saúde - RIPSA [Portal institucional]**. Brasília, DF: MS; BIREME; OPS; OMS, c2013. Disponível em: <<http://www.ripsa.org.br>>. Acesso em: 10 nov. 2013.

MODESTO, Paulo. **Contrato de gestão instrumento de programação do controle administrativo**. [s.l.]: [s.n.], 2004.

MOTA, Ana Elizabete [et. al.] **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006.

PAIM, Jairnilson Silva. A reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 625-644, 2008.

PAIM, Jairnilson Silva [et. al.]. The Brazilian health system: history, advances and challenges. **The Lancet**, London, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011. (Health in

Brazil, 1).

PAULUS, Aylton Júnior; CORDONI, Luiz Júnior. Políticas públicas de saúde no Brasil. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 8, n. 1, p.13-19, dez. 2006.

PETERS, B. Guy. **American public policy: promise and performance**. Chatham, N.J.: Chatham House. 1986

POISTER, Theodore H. **Measuring performance in public and nonprofit organizations**. San Francisco: Wiley, 2003.

PORTELA, Margareth C. [et. al.]. Caracterização assistencial de hospitais filantrópicos no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 6, p. 811-18, 2004.

RODRIGUES, Marta Maria Assumpção. **Políticas redistributivas & direitos civis e sociais no Brasil: o dilema de construir a democracia num ambiente de desigualdade**. [s.l]: [s.n.], 2007.

SANTOS, Reginaldo Souza [et. al.]. Compreendendo a natureza das políticas do Estado capitalista. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 5, p. 819-834, set./out. 2007.

SILVA, Jenifer Pedroso Rebello da; KRANZ, Luis Fernando; GARCIA, Ricardo Letizia. Desempenho dos hospitais contratualizados na cidade de Porto Alegre RS. In: SALÃO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 13., 2012, Porto Alegre. **Anais...** Porto Alegre: UFRGS, 2012.

SIQUEIRA. **Uma ferramenta gerencial para o setor público o contrato de gestão**. [s.l]: [s.n.], 2003. Disponível em: <<http://.milenio.com.br/siqueira/tr028.htm>>. Acesso em:21 nov. 2013.

SOUZA, Celina. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 8, n. 16, p. 20-45, jul/dez, 2006.

STATACORP LP. **Data Analysis and Statistical Software - STATA. [Portal institucional]**. College Station, Texas: Statacorp LP, c2013. Disponível em: <<http://www.stata.com>>. Acesso em: 10 nov. 2013.

TERRAVIEW. **System TerraView 4.1.0**. São José dos Campos, SP: INPE, 2010. Disponível em: <www.dpi.inpe.br/terraview>. Acesso em: 10 out. 2013.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila [et. al.]. Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, supl. 2002.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; MACHADO, Cristiani Vieira. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 807-817, jun. 2009. ISSN 1413-8123

VIANA, Ana Luiza D'Ávila; MACHADO, Cristiani Vieira. **Proteção social em saúde: um balanço dos 20 anos do SUS. Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 645-684, 2008. ISSN 0103-7331.

LEITURAS COMPLEMENTARES

ARAÚJO, D. E. **A Contratualização dos Hospitais de Ensino e seu impacto sobre a oferta de serviços de média e alta complexidade**. 2008. Trabalho de Conclusão de Curso – Universidade Estadual do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

BAHIA, Ligia. O SUS e os desafios da universalização do direito à saúde: tensões e padrões de convivência entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro. In: LIMA, Nísia et al (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. p.407-499.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Orientações para Contratação de Serviços no Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde – SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

DUPAS, Gilberto. Tensões contemporâneas entre público e privado. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 35, n. 124, p. 33-42, jan./abr. 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE [Portal institucional]**. Rio de Janeiro: IBGE, c2013. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 10 out. 2013.

FREY, Klaus. Políticas Públicas: um debate conceitual e reflexões à prática da análise de políticas públicas no Brasil. **Planejamento e Políticas Públicas**, Brasília, DF, n. 21, 2000. ISSN: 01034138. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/89>>. Acesso em: 10 out. 2013.

GONÇALVES, Wagner. **Parecer sobre terceirização e parcerias na saúde pública**. Brasília: MPF, 1998. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/wagterc.htm>> Acesso em: 19 nov.2013.

LIMA, Sheila Mariana Lemos. O contrato de gestão e a conformação de modelos gerenciais para as organizações hospitalares públicas. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 5, set./out. 1996.

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. Democracia, saúde pública e universalidade: o difícil caminhar. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 16, n. 3, dez. 2007

MEIRELLES, Hely Lopes [et. al.]. **Direito Administrativo Brasileiro**. 37. ed. São Paulo: Saraiva, 2011.

PAULA, Ana Paula Paes de. Administração pública brasileira entre o gerencialismo

e a gestão social. **Revista de Administração de Empresas**, v. 45, n. 1., jan./mar. 2005.

SANTOS, Fausto Pereira dos; MERHY, Emerson Elias. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro – uma revisão. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, SP, v. 9, n. 18, p. 25-41, jan./jun. 2006.

SANTOS, Nelson Rodrigues. Política pública de saúde no Brasil: encruzilhada, buscas e escolhas de rumos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 13, sup. 2, 2009-2018, **2008**.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA - SESAB. **Plano Diretor de Regionalização do Estado da Bahia – PDR 2007**. Salvador: SESAB; SUREGS; DIPRO, 2008.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA - SESAB. Plano estadual de saúde: gestão 2007-2010. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v.33, supl. 1, nov. 2009. ISSN 0100-0233. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/pdf/PES%20-%20RBSP_Vol33_Suplemento1_2009.pdf>. Acesso em: 10 out. 2013.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA. **SESAB [Portal institucional]**. Salvador: SESAB, c 2013. Disponível em: <www.saude.ba.gov.br>. Acesso em: 10 out. 2013.

SOUZA, Jader. **Aprendizagem organizacional: desafios e perspectivas ao desenvolvimento de comunidades de prática**. Salvador: Conhecimento Superior, 2007

SEI. [Portal institucional]. Disponível em: <<http://www.sei.ba.gov.br>>. Acesso em: 30 nov. 2013.

VIANA, Ana Luiza D´Ávila; MACHADO, Cristiani Vieira. Proteção social em saúde: um balanço dos 20 anos do SUS. [S.l]: [s.n.], 2008.

ANEXOS

ANEXO A - Relação de hospitais filantrópicos integrantes do Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde localizados no Estado da Bahia, por município.

N	MUNICÍPIO	INSTITUIÇÃO
1	ANTAS	SANTA CASA DE MISSERICORDIA DE ANTAS
2	CACHOEIRA	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CACHOEIRA
3	CAMPO FORMOSO	UNIAO HOSPITALAR SÃO FRANCISCO
4	CASTRO ALVES	ASSOCIACAO DE PROT. MAT. E INFAN. DE CASTRO ALVES
5	CICERO DANTAS	INSTITUTO BARAO DE JEREMOABO
6	CONCEICAO DO COITE	LIGA COITEENSE DE PROTECAO A MATERNIDADE E A INFANCIA
7	ESPLANADA	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ESPLANADA
8	IGUAI	HOSPITAL MANOEL MARTINS DE SOUZA
9	INHAMBUPE	SOCIEDADE DE ASSISTENCIA A COMUNIDADE INHAMBUPENSE
10	ITAMBE	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ITAMBE
11	ITAPETINGA	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ITAPETINGA

N	MUNICÍPIO	INSTITUIÇÃO
12	JACOBINA	HOSPITAL ANTONIO TEIXEIRA SOBRINHO
13	JACOBINA	ASSOCIACAO JACOBINENSE DE ASSITENCIA
14	JAGUAQUARA	ASSOCIACAO BENEFICENTE TAYLOR EGIDIO
15	NAZARÉ	IRMANANDADE DE SANTA CASA DE MISERICORDIA DE NAZARÉ
16	POCOES	SOCIEDADE BENEFICENTE E AMPARO SOCIAL DE POCOES
17	POJUCA	ASSOCIACAO DE PROTECAO A METERNIDADE E INFANCIA DE POJUCA
18	RIACHAO DO JACUIPE	ASSOC JACUIPENSE DE ASSIST PROXIMO DESAMPARADO
19	RUY BARBOSA	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE RUY BARBOSA
20	SALVADOR*	REAL SOCIEDADE ESPANHOLA DE BENEFICENCIA
21	SALVADOR*	REAL SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICIENCIA
22	SALVADOR*	LIGA ALVARO BAHIA CONTRA MORTALIDADE INFANTIL
23	SALVADOR*	FUNDACAO COLOMBO SPINOLA
24	SALVADOR*	LIGA BAHIANA CONTRA O CANCER

N	MUNICÍPIO	INSTITUIÇÃO
25	SALVADOR*	HOSPITAL DA SAGRADA FAMILIA
26	SALVADOR*	MONTE TABOR CENTRO ITALO BRASILEIRO DE PROMOÇÃO AS
27	SANTO AMARO	SANTA CASA DA MISERICORDIA DE SANTO AMARO
28	SANTO AMARO	HOSPITAL MATERNIDADE DE SANTO AMARO
29	SANTO AMARO	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS
30	SAO FELIX	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO FELIX
31	SERRINHA	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SERRINHA
32	SERRINHA	ASSOCIACAO BRASILEIRA DE CARIDADE
33	UBAIRA	ASSOCIACAO DE PROTECAO A MATER E INF DE UBAIRA
34	VALENCA	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE VALENCA
35	VERA CRUZ	ASSOCIACAO DE PROT A MAT E A INF DE VERA CRUZ
36	CRUZ DAS ALMAS	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CRUZ DAS ALMAS
37	FEIRA DE SANTANA	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE FEIRA DE SANTANA

N	MUNICÍPIO	INSTITUIÇÃO
38	ILHÉUS	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHEUS
39	ILHÉUS	ASSOCIACAO SANTA ISABEL DAS SR CARIDADE DE ILHEUS
40	ITABUNA	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ITABUNA
41	ITABUNA	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ITABUNA
42	ITABUNA	FUNDACAO FERNANDO GOMES
43	JUAZEIRO	HOSPITAL PROMATRE DE JUAZEIRO
44	JUAZEIRO	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE JUAZEIRO
45	SANTO ANTONIO DE JESUS	IRMANDADE DA STA CASA DE MISER DE S ANT DE JESUS
46	VITORIA DA CONQUISTA	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE VITORIA DA CONQUISTA

Fonte: Ministério da Saúde, Portaria nº 1.721/GM de 26 de janeiro de 2006.

Nota: (*) Capital

ANEXO B – Base de Dados

N	ANO	INPUT		OUTPUTS		INDICADORES			GESTÃO
		N LEITOS SUS	N MED	NPACINT	NPAC AMB	RELAÇÃO N PACINT/LEITO	RELAÇÃO N PACINT/MÉDICO	VALOR MÉDIO AIH	
1	2006			3516	11368			279,02	
	2007	56	0	3153	11621	56		281,63	DUPLA
	2008	59	9	3320	9878	56	369	331,62	DUPLA
	2009	60	4	2736	8745	46	684	358,60	ESTADUAL
	2010	60	10	3550	6621	59	355	367,90	ESTADUAL
	2011	60	12	2737	7905	46	228	377,85	ESTADUAL
2	2006			2929	225786			362,82	
	2007	80	0	2976	215560	37		383,11	DUPLA
	2008	80	18	1586	149185	20	88	396,71	DUPLA
	2009	84	21	2615	149980	31	125	441,22	DUPLA

	2010	84	21	1665	177473	20	79	453,84	DUPLA
	2011	84	23	1419	162443	17	62	450,68	DUPLA
3	2006			4318	137161			247,48	
	2007	116	0	4502	128514	39		358,75	DUPLA
	2008	101	22	4.858	114.288	48	221	412,57	DUPLA
	2009	104	23	3.929	116.838	38	171	478,63	DUPLA
	2010	104	28	4.085	119.620	39	146	461,74	DUPLA
	2011	104	25	3.877	118.591	37	155	456,85	DUPLA
4	2006			1.060	78.106			298,44	
	2007	23	0	1.050	49.171	46		317,93	ESTADUAL
	2008	27	6	868	26.834	32	145	383,48	DUPLA
	2009	30	9	976	23.743	33	108	394,92	DUPLA
	2010	30	8	843	25.402	28	105	382,31	DUPLA
	2011	30	8	798	22.746	27	100	380,87	ESTADUAL

5	2006			1.552	14.550			297,74	
	2007	44	0	1.510		34		324,55	DUPLA
	2008	43	8	1.490	21.854	35	186	333,80	DUPLA
	2009	43	6	1.538	12.041	36	256	361,26	DUPLA
	2010	43	6	1.559	7.906	36	260	400,98	DUPLA
	2011	43	7	1.838	7.192	43	263	371,88	DUPLA
6	2006			2.724	80.540			304,72	
	2007	83	0	2.504	67.904	30		331,79	DUPLA
	2008	82	15	2.306	84.799	28	154	380,73	DUPLA
	2009	83	21	2.393	47.854	29	114	412,27	DUPLA
	2010	69	19	2.471	45.591	36	130	415,99	DUPLA
	2011	69	16	2.768	53.426	40	173	411,50	DUPLA
7	2006			1.930	39.950			339,30	
	2007	44	0	1.946	24.075	44		356,31	DUPLA

	2008	52	5	1.985	33.914	38	397	396,66	DUPLA
	2009	52	5	1.919	16.666	37	384	401,67	ESTATUAL
	2010	52	6	1.790	14.074	34	298	372,47	ESTATUAL
	2011	52	5	1.571	14.237	30	314	372,59	ESTATUAL
8	2006			1.991	71.400			319,96	
	2007	40	0	1.957	42.520	49		336,22	DUPLA
	2008	40	10	1.833	16.686	46	183	368,38	MUNICIPAL
	2009	40	15	773	2.923	19	52	418,73	MUNICIPAL
	2010	40	13	1.194	71	30	92	412,44	MUNICIPAL
	2011	40	7	937	800	23	134	415,75	MUNICIPAL
9	2006			2.665	25.611			289,73	
	2007	53	0	2.585	23.220	49		317,40	DUPLA
	2008	42	15	2.645	11.165	63	176	358,32	DUPLA
	2009	42	16	2.546	11.388	61	159	380,42	DUPLA

	2010	42	16	2.463	11.390	59	154	368,94	ESTADUAL
	2011	42	14	2.125	9.735	51	152	361,66	ESTADUAL
10	2006			3.584	45.847			364,58	
	2007	117	0	3.162	43.655	27		403,24	DUPLA
	2008	117	34	2.891	38.945	25	85	433,55	DUPLA
	2009	117	36	3.384	40.953	29	94	474,44	DUPLA
	2010	117	36	3.602	42.976	31	100	477,49	DUPLA
	2011	117	35	1.901	40.727	16	54	458,28	DUPLA
11	2006			2.873	31.505			314,82	
	2007	70	0	5.707		82		334,24	DUPLA
	2008	68	28	6.199	43.334	91	221	392,65	DUPLA
	2009	68	17	2.318	47.806	34	136	385,61	DUPLA
	2010	105	21	3.626	54.183	35	173	372,88	MUNICIPAL
	2011	105	22	2.485	66.175	24	113	374,55	MUNICIPAL

12	2006			7.506	91.315			323,89	
	2007	188	0	7.523	67.143	40		348,48	MUNICIPAL
	2008	182	23	7.611	67.548	42	331	398,30	DUPLA
	2009	182	23	8.648	67.219	48	376	434,07	DUPLA
	2010	182	24	7.521	108.487	41	313	435,98	MUNICIPAL
	2011	182	23	6.341	117.945	35	276	419,87	MUNICIPAL
13	2006			4.293	102.568			340,03	
	2007	98	0	4.198	81.222	43		369,07	DUPLA
	2008	98	21	3.017	78.112	31	144	365,90	DUPLA
	2009	98	23	2.198	59.267	22	96	424,25	ESTADUAL
	2010	98	18	2.163	48.957	22	120	399,66	ESTADUAL
	2011	83	14	1.111	55.904	13	79	402,60	ESTADUAL
14	2006			3.717	29.576			32,66	
	2007	66	0	3.703	29.697	56		344,06	DUPLA

	2008	66	9	1.897	21.629	29	211	378,49	DUPLA
	2009	66	15	3.780	20.986	57	252	424,57	DUPLA
	2010	66	16	3.059	24.732	46	191	404,45	DUPLA
	2011	66	16	1.221	19.660	19	76	394,14	DUPLA
15	2006			3.163	42.527			345,14	
	2007	95	0	2.990	26.131	31		369,38	DUPLA
	2008	73	20	1.545	14.512	21	77	424,15	MUNICIPAL
	2009	73	24	1.929	49.055	26	80	449,13	MUNICIPAL
	2010	73	34	2.324	73.422	32	68	442,50	MUNICIPAL
	2011	73	31	2.185	67.001	30	70	445,52	MUNICIPAL
16	2006			5.893	56.087			368,68	
	2007	94	0	5.773	60.105	61		401,93	DUPLA
	2008	100	16	4.757	30.803	48	297	401,31	DUPLA
	2009	100	11	4.826	34.220	48	439	450,21	ESTADUAL

	2010	100	13	4.504	36.712	45	346	443,39	ESTADUAL
	2011	100	14	3.891	33.529	39	278	454,85	ESTADUAL
17	2006			2.054				357,20	
	2007	41	0	1.935	380	47		375,66	DUPLA
	2008	41	12	1.526	300	37	127	435,58	DUPLA
	2009	41	12	1.327	1.232	32	111	490,43	DUPLA
	2010	41	17	1.080	2.491	26	64	492,62	DUPLA
	2011	41	16	730	1.934	18	46	485,91	DUPLA
18	2006			1.346	63.715			299,47	
	2007	76	0	1.591	55.188	21		300,12	DUPLA
	2008	32	10	1.230	39.595	38	123	345,95	DUPLA
	2009	32	10	995	49.746	31	100	378,20	DUPLA
	2010	32	10	548	54.301	17	55	360,77	DUPLA
	2011	32	10	173	58.930	5	17	317,42	DUPLA

19	2006			4.902	360.302			337,96	
	2007	88	0	4.975	320.351	57		364,17	MUNICIPAL
	2008	88	61	4.843	318.753	55	79	553,04	MUNICIPAL
	2009	90	55	5.020	302.662	56	91	645,56	MUNICIPAL
	2010	90	54	4.769	321.597	53	88	689,29	MUNICIPAL
	2011	94	51	4.173	333.158	44	82	681,05	MUNICIPAL
20	2006			2.057	186.888			364,15	
	2007	39	0	2.154	124.962	55		404,56	DUPLA
	2008	50	25	2.091	137.232	42	84	423,39	DUPLA
	2009	44	15	1.802	45.694	41	120	422,28	MUNICIPAL
	2010	44	16	1.240	42.218	28	78	370,78	MUNICIPAL
	2011	44	13	1.326	30.340	30	102	346,25	MUNICIPAL
21	2006			1.130	124.781			313,13	
	2007	51	0	1.188	95.484	23		311,90	DUPLA

	2008	51	17	1.093	162.196	21	64	367,12	DUPLA
	2009	44	14	1.090	57.699	25	78	383,86	MUNICIPAL
	2010	44	14	822	25.344	19	59	381,42	MUNICIPAL
	2011	44	12	959	21.423	22	80	354,91	MUNICIPAL
22	2006			3.039	85.483			320,50	
	2007	75	0	3.097	76.851	41		330,94	DUPLA
	2008	71	20	2.872	81.000	40	144	373,82	DUPLA
	2009	71	18	2.943	74.194	41	164	377,11	ESTADUAL
	2010	71	17	2.749	71.439	39	162	349,86	ESTADUAL
	2011	71	16	2.335	70.489	33	146	362,56	ESTADUAL
23	2006			9.805	548.939			406,40	
	2007	250	0	9.790	527.698	39		429,91	DUPLA
	2008	250	66	9.987	495.039	40	151	474,34	DUPLA
	2009	211	70	10.158	473.674	48	145	528,72	DUPLA

	2010	211	71	9.667	476.315	46	136	514,74	DUPLA
	2011	211	65	8.859	486.272	42	136	503,46	DUPLA
24	2006			1.219	101.565			335,20	
	2007	31	0	1.082	85.928	35		367,31	MUNICIPAL
	2008	31	17	596	79.946	19	35	441,11	MUNICIPAL
	2009	27	14	343	41.127	13	25	432,04	MUNICIPAL
	2010	27	14	540	53.626	20	39	451,15	MUNICIPAL
	2011	27	12	185	28.814	7	15	477,24	MUNICIPAL
25	2006			2.981	100.142			393,17	
	2007	60	0	3.063	94.365	51		401,38	MUNICIPAL
	2008	60	31	2.692	100.555	45	87	446,53	MUNICIPAL
	2009	60	42	3.077	96.344	51	73	488,77	MUNICIPAL
	2010	60	46	1.854	75.016	31	40	496,36	MUNICIPAL
	2011	60	24	1.404	48.866	23	59	517,43	MUNICIPAL

26	2006			7.703	165.148			362,16	
	2007	175	0	7.256	150.465	41		396,31	MUNICIPAL
	2008	177	205	7.200	195.015	41	35	499,98	MUNICIPAL
	2009	177	229	8.330	236.640	47	36	567,44	MUNICIPAL
	2010	182	236	7.199	315.877	40	31	601,24	MUNICIPAL
	2011	159	224	6.192	325.440	39	28	864,27	MUNICIPAL
27	2006			6.036	176.148			408,19	
	2007	177	0	6.592	217.610	37		421,85	MUNICIPAL
	2008	139	77	6.656	242.933	48	86	511,97	MUNICIPAL
	2009	145	81	6.843	277.738	47	84	572,00	DUPLA
	2010	168	88	6.929	267.842	41	79	626,79	DUPLA
	2011	168	74	6.064	295.367	36	82	628,53	DUPLA
28	2006			3.792	284.843			848,95	
	2007	113	0	3.247	206.705	29		865,23	MUNICIPAL

	2008	113	169	3.527	190.942	31	21	851,01	MUNICIPAL
	2009	112	178	4.041	247.743	36	23	1.015,90	DUPLA
	2010	118	185	2.675	254.246	23	14	1.283,63	DUPLA
	2011	118	200	2.653	271.015	22	13	1.995,44	DUPLA
29	2006			7.779	120.990			531,33	
	2007	119	0	6.875	83.556	58		592,47	MUNICIPAL
	2008	119	112	7.815	87.656	66	70	693,23	MUNICIPAL
	2009	119	141	8.911	125.029	75	63	760,08	DUPLA
	2010	119	162	7.646	147.549	64	47	727,67	DUPLA
	2011	117	176	7.354	149.548	63	42	767,96	DUPLA
30	2006			3.986	9.629			376,08	
	2007	51	0	4.104	8.756	80		401,72	MUNICIPAL
	2008	51	21	4.109	7.862	81	196	469,31	MUNICIPAL
	2009	51	24	3.740	5.747	73	156	493,93	DUPLA

	2010	51	24	3.985	4.685	78	166	498,37	DUPLA
	2011	51	21	4.387	1.931	86	209	503,62	DUPLA
31	2006			5.111	35.383			376,20	
	2007	119	0	6.744	41.545	57		398,56	MUNICIPAL
	2008	119	64	6.198	55.172	52	97	579,85	MUNICIPAL
	2009	115	72	5.595	56.312	49	78	706,24	MUNICIPAL
	2010	115	77	5.580	49.472	49	72	693,85	MUNICIPAL
	2011	115	50	2.362	40.730	21	47	1.020,25	MUNICIPAL
32	2006			6.566	159.953			380,74	
	2007	161	0	6.973	190.425	43		397,89	DUPLA
	2008	161	49	6.777	166.438	42	138	433,68	DUPLA
	2009	161	69	5.297	157.435	33	77	454,62	DUPLA
	2010	161	69	3.474	130.181	22	50	497,25	DUPLA
	2011	161	46	3.609	27.162	22	78	491,14	DUPLA

33	2006			8.730	165.031			394,78	
	2007	160	0	7.321	158.366	46		445,56	DUPLA
	2008	124	128	7.177	189.598	58	56	495,74	DUPLA
	2009	128	146	8.030	228.222	63	55	545,12	DUPLA
	2010	128	146	7.849	210.168	61	54	616,83	DUPLA
	2011	128	171	8.123	236.722	63	48	771,12	DUPLA