



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

JEREMIAS BEQUER BRIZOLA

**GESTÃO HOSPITALAR: ANÁLISE DE DESEMPENHO
DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO E DE ENSINO
ANTES E APÓS A CONTRATUALIZAÇÃO COM O
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Londrina - PR
2010

JEREMIAS BEQUER BRIZOLA

**GESTÃO HOSPITALAR: ANÁLISE DE DESEMPENHO
DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO E DE ENSINO
ANTES E APÓS A CONTRATUALIZAÇÃO COM O
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina, como requisito à obtenção de Título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador:

Prof. Dr. Luiz Cordoni Junior

Co-orientadora:

Prof^a. Dr^a. Célia Regina Rodrigues Gil

**Londrina - PR
2010**

Catálogo elaborado pela Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central da Universidade Estadual de Londrina.

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

B862g Brizola, Jeremias Bequer.

Gestão hospitalar : análise de desempenho de um hospital universitário e de ensino antes e após a contratualização com o Sistema Único de Saúde / Jeremias Bequer Brizola. – Londrina, 2010.
84 f. : il.

Orientador: Luiz Cordoni Júnior.

Co-orientador: Célia Regina Rodrigues Gil.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2010.

Inclui bibliografia.

1. Sistema Único de Saúde (Brasil) – Política de saúde – Teses. 2. Hospitais de ensino – Contrato público – Teses. 3. Hospitais universitários – Contrato público – Teses. 4. Administração hospitalar – Teses. 5. Saúde pública – Avaliação – Teses. I. Cordoni Júnior, Luiz. II. Gil, Célia Regina Rodrigues. III. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. IV. Título.

CDU 614.2(81)

JEREMIAS BEQUER BRIZOLA

**GESTÃO HOSPITALAR: ANÁLISE DE DESEMPENHO
DE UM HOSPITAL DE ENSINO ANTES E APÓS A
CONTRATUALIZAÇÃO COM O SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE**

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Eronildo Felisberto
Instituto Materno Infantil Professor Fernando
Figueira, Recife - PE

Prof^a. Dr^a. Maria do Carmo Lourenço Haddad
Universidade Estadual de Londrina - PR

Prof. Dr. Luiz Cordoni Junior
Universidade Estadual de Londrina - PR

Prof^a. Dr^a. Célia Regina Rodrigues Gil
Universidade Estadual de Londrina - PR

DEDICATÓRIA

A Deus, à minha esposa Cléa Marise, aos meus filhos Letícia, João Pedro, Isadora, e aos meus pais Joel e Emília.

AGRADECIMENTOS

Ao orientador e amigo Prof. Dr. Luiz Cordoni Junior, pela serenidade, clareza e segurança nas orientações durante a revisão do projeto e o desenvolvimento do estudo.

À co-orientadora e amiga Prof^a. Dr^a. Célia Regina Rodrigues Gil pela orientação, solidariedade, cumplicidade e estímulo durante o desenvolvimento e conclusão desta dissertação.

À amiga Prof^a. Dr^a. Rita de Cássia Domansky pelo carinho e contribuições especiais constantes.

Às amigas Prof^a. Dr^a. Iara Aparecida de Oliveira Secco e Prof^a. Dr^a. Maria Helena Dantas Guariente pelo incentivo e apoio na escolha do tema.

Aos amigos e colegas de trabalho Aylton, Silvio Mendes, Marcos, Zuleika, Silvio Lima, Telma, Eduardo Pio, Dagmar, Solange, Neuza e Francisco Pereira pelas diversas contribuições.

Aos amigos Professores do Curso de Mestrado em Saúde Coletiva pelos enriquecedores aportes teóricos compartilhados.

Ao Prof. Dr. José Carlos Dalmas pela contribuição na forma do tratamento dos dados.

À Prof^a. Dr^a. Maria do Carmo Lourenço Haddad e ao Prof. Dr. Eronildo Felisberto pelas valiosas críticas e sugestões.

À Residente Mariana Angela Rossaneis pela inestimável contribuição de diversas maneiras em momentos cruciais do trabalho.

Aos amigos da Divisão de Convênios do HUL: Adriane, Cacilda, Celia, Dário, Eduardo, Jorge, Marcia, Lourdes, Mitsico, Rosalina, Rosane, Suzana e Vera.

Aos amigos e colegas das divisões de Finanças e Orçamento, Arquivo Médico e Estatística, Recursos Humanos, Manutenção Predial e Equipamentos/Patrimônio, do Escritório de Qualidade, da Secretaria de Residência do HUL, do Centro de Ciências da Saúde e da Pró-Reitoria de Planejamento da Universidade Estadual de Londrina.

Aos colegas do Mestrado: Ana Carolina, Carolina Alcântara, Carolina Lobato, Elisângela, Fernanda, Juliana, Lígia, Maira, Mara, Marcela, Maria Evanir, Mariza, Paulo, Sérgio e Vivian, pela amizade, companheirismo, estímulo, críticas e sugestões sempre oportunas, criadas e desenvolvidas durante todo o curso.

Aos amigos do Núcleo de Estudo de Saúde Coletiva e do Departamento de Saúde Coletiva da UEL, Sandra, Elaine, Sérgio e Fernando pelo competente atendimento e orientação quanto aos procedimentos administrativos.

Aos diretores e demais profissionais do Hospital Universitário e do Centro de Ciências da Saúde pela autorização destes órgãos como campo de estudo, oportunizando a realização do mesmo.

À Universidade Estadual de Londrina pela oportunidade de realização do curso.

E finalmente e não menos importante, aos meus irmãos Marlene, Denice, Odi, Josias e Noemi.

BRIZOLA, Jeremias Bequer. **Gestão hospitalar: análise de desempenho de um hospital universitário e de ensino antes e após a contratualização com o Sistema Único de Saúde.** 85 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina. Londrina - PR, 2010.

RESUMO

A forma predominante de remuneração utilizada pelo Sistema Único de Saúde ainda é o pagamento por produção com base em tabelas. Desde 2004 a Reforma do Sistema Atenção Hospitalar Brasileira e a política de hospitais de ensino prevê a contratualização destes hospitais com os gestores loco-regionais em nova lógica de financiamento, visando melhorar a eficiência e efetividade dos mesmos, com foco em resultados. O estudo avalia a performance de um hospital universitário e de ensino antes e após a contratualização. Trata-se de uma pesquisa avaliativa, descritiva e exploratória, de abordagem quantitativa. Foram definidas as dimensões de estrutura e resultado e oito categorias analíticas: instalações e equipamentos, recursos humanos, receita, produção, produtividade, custos, qualidade e ensino/pesquisa, e respectivos indicadores com base nos propostos por Bittar, nas diretrizes para a contratualização, nos critérios para avaliação institucional, na padronização de censo hospitalar e nos parâmetros assistenciais estabelecidos pelo Ministério da Saúde. O protótipo do instrumento foi apreciado por seis gerentes e assessores envolvidos com o processo no Hospital em estudo. Foi realizada análise comparativa do desempenho nos três anos antes (2002-2004) e três anos após (2006-2008) a contratualização. Os resultados mostram algumas mudanças: na dimensão estrutura, houve melhora nas categorias instalações e equipamentos e receita, e piora na categoria recursos humanos; na dimensão resultado, houve melhora nas categorias produção e ensino e pesquisa, e piora nas categorias custo e qualidade; e não houve alteração de desempenho na categoria produtividade. Os principais resultados atribuíveis à contratualização foram: aumento dos equipamentos cadastráveis no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde, aumento dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares de alta complexidade, ampliação da oferta de consultas especializadas na central de regulação e aumento da receita.

Palavras-chave: Avaliação em saúde; Avaliação de desempenho; Gestão em saúde; Administração hospitalar; Contratualização; Hospital de ensino; Eficiência.

BRIZOLA, Jeremias Bequer. **Hospital Management: an analysis on the performance of a university and teaching hospital before and after the Single Health System contractual arrangement.** 84 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina. Londrina - PR, 2010.

ABSTRACT

The predominant payment system used by the Brazilian Health System (acronym SUS in Portuguese) is still the payment on production based on the procedure tables. Since 2004, the Reformation of the Brazilian Hospital Assistance System and the policy of teaching hospitals contemplates the contractual arrangement between these hospitals and the local and regional health managers in a new financing logic, with a view to improve their efficiency and effectiveness, focusing on the results. This study evaluates the performance of a university and teaching hospital before and after the contractual arrangement. It is an evaluative, descriptive and exploratory research, with a quantitative approach. The dimensions were defined about structure and results, and eight analytical categories: facilities/equipments, human resources, revenue, production, productivity, costs, quality and teaching/research, and the respective indicators based on the proposed ones suggested by Bittar, in the guidelines for the contractual arrangement, in the criteria for the institutional evaluation, in the standardization of the hospital census as well as in the assistance parameters set by Department of Health. The prototype of the instrument was analyzed by six managers and managerial assistants who were involved in the process in the hospital being studied. A comparative analysis concerning the hospital performance was carried out during three years (2002-2004) before the the contractual arrangements and three years (2006-2008) after it. The results show some changes: in the structure dimension, the facilities/equipments and the revenue categories improved but the human resources category got worse; in the results dimension, the production and the teaching/research categories improved but the costs and the quality categories got worse; no alteration concerning the productivity category performance has occurred. The main attributable results in relation to the contractual arrangements were: an increase of the equipments registered in the National Register of Health Establishments, an increase of the outpatient and hospital high-complexity procedures, the enlargement of the specialized consultations offer in the regulation center and the revenue rise.

Key Words: Health evaluation, performance evaluation, health management, hospital management, contractual arrangements, teaching hospital, efficiency.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Desempenho dos indicadores de estrutura relacionados a instalações e equipamentos nos Triênios 1 e 2 no Hospital Universitário. Londrina – PR, 2009.....	30
Figura 2 – Desempenho dos indicadores de estrutura relacionados a recursos humanos nos Triênios 1 e 2 no Hospital Universitário. Londrina – PR, 2009.....	32
Figura 3 – Desempenho dos indicadores de estrutura relacionados à receita nos Triênios 1 e 2 no Hospital Universitário. Londrina – PR, 2009.....	34
Figura 4 – Desempenho dos indicadores de resultado relacionados à produção de serviços nos Triênios 1 e 2. Londrina – PR, 2009...	38
Figura 5 – Desempenho dos indicadores de resultado referentes à produtividade nos Triênios 1 e 2 no Hospital Universitário. Londrina – PR, 2009.....	42
Figura 6 – Desempenho dos indicadores de resultado relacionados a custos nos Triênios 1 e 2 no Hospital Universitário. Londrina – PR, 2009.....	44
Figura 7 – Desempenho dos indicadores de resultado referentes à qualidade nos Triênios 1 e 2 no Hospital Universitário. Londrina – PR, 2009.....	46
Figura 8 – Desempenho dos indicadores de resultado relacionados a ensino e pesquisa nos Triênios 1 e 2 no Hospital Universitário. Londrina – PR, 2009.....	48

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos indicadores de estrutura relacionados a instalações e equipamentos nos Triênios 1 e 2 no Hospital Universitário. Londrina – PR, 2009.....	27
Tabela 2 – Distribuição dos indicadores de estrutura relacionados a recursos humanos nos Triênios 1 e 2 no Hospital Universitário. Londrina – PR, 2009.....	30
Tabela 3 – Distribuição dos indicadores de estrutura relacionados à receita nos Triênios 1 e 2 no Hospital Universitário. Londrina – PR, 2009.....	32
Tabela 4 – Distribuição dos indicadores de resultado relacionados à produção de serviços nos Triênios 1 e 2. Londrina – PR, 2009.	35
Tabela 5 – Distribuição dos indicadores de resultado referentes à produtividade nos Triênios 1 e 2 no Hospital Universitário. Londrina – PR, 2009.....	39
Tabela 6 – Distribuição dos indicadores de resultado relacionados a custos nos Triênios 1 e 2 no Hospital Universitário. Londrina – PR, 2009.....	42
Tabela 7 – Distribuição dos indicadores de resultado referentes à qualidade nos Triênios 1 e 2 no Hospital Universitário. Londrina – PR, 2009.....	45
Tabela 8 – Distribuição dos indicadores de resultado relacionados a ensino e pesquisa nos Triênios 1 e 2 no Hospital Universitário. Londrina – PR, 2009.....	47

LISTA DE SIGLAS

AC	Alta Complexidade
ABRAHUE	Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
APAC	Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade
ANAPH	Associação Nacional de Hospitais Privados
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BPA	Boletim de Produção de Serviços Ambulatoriais
BPI	Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CQH	Programa Compromisso com a Qualidade Hospitalar
CTQ	Centro de Tratamento de Queimados
DRH	Divisão de Recursos Humanos
FIDEPS	Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa em Saúde
HE	Hospital de Ensino
HU	Hospital Universitário
HUE	Hospital Universitário e de Ensino
HUL	Hospital Universitário de Londrina
IAC	Incentivo à Contratualização
IAPI	Incentivo ao Atendimento à População Indígena
IES	Instituições de Ensino Superior do Estado
IML	Instituto Médico Legal
IVEH	Incentivo à Vigilância Epidemiológica Hospitalar
MAC	Média e Alta Complexidade

MC	Média Complexidade
MCO	Movimentação de Crédito Orçamentário
ME	Ministério da Educação
OSCIP	Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
MS	Ministério da Saúde
POA	Plano Operativo Anual
PROGRAD	Sistema de Pró-Reitoria de Graduação
REFORSUS	Programa Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde
SAME	Serviço de Arquivo Médico e Estatística
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SUS	Sistema Único de Saúde
TCU	Tribunal de Contas da União
T1	Triênio 1
T2	Triênio 2
UCI	Unidade de Cuidados Intermediários
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 OBJETIVOS.....	22
2.1 Objetivo Geral.....	22
2.2 Objetivos Específicos.....	22
3 MATERIAL E MÉTODO.....	23
3.1 Tipo de Estudo.....	23
3.2 Local do Estudo.....	23
3.3 Trajetória Metodológica.....	24
3.3.1 Etapas do estudo.....	24
3.3.2 Período e Coleta de Dados.....	25
3.3.3 Análise dos Dados.....	26
3.3.4 Aspectos Éticos da Pesquisa.....	26
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	27
4.1 Indicadores de Estrutura.....	27
4.2 Indicadores de Resultado.....	35
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	53
REFERÊNCIAS.....	56
APÊNDICES.....	66
APÊNDICE A - Indicadores de desempenho hospitalar inicialmente selecionados no Hospital Universitário de Londrina.....	67
APÊNDICE B - Planilha encaminhada para análise e seleção dos indicadores de desempenho hospitalar mais sensíveis à contratualização no hospital em estudo.....	71

APÊNDICE C - Matriz de análise com descrição e valoração dos indicadores de desempenho hospitalar selecionados.....	73
APÊNDICE D - Instrumento e locais de coleta de dados.....	76
APÊNDICE E - Distribuição dos indicadores selecionados nos anos Triênios 1 (2002-2004) e 2 (2006-2008) no Hospital Universitário de Londrina. Londrina - PR, 2009.....	79
ANEXOS.....	81
ANEXO A - Parecer Nº 243/08 do Comitê de Ética da Universidade Estadual de Londrina.....	82
ANEXO B - Ofício 209/08 da Diretoria Superintendente autorizando acesso aos dados do Hospital Universitário de Londrina.....	83
ANEXO C - Ofício 027/09 do Centro de Ciências da Saúde autorizando acesso aos dados do CCS/UEL.....	84

1 INTRODUÇÃO

As políticas de saúde no Brasil passam a ser estruturadas no final do século XIX e início do século XX com as ações de saneamento e combate às endemias, período conhecido como sanitarismo campanhista, ainda presente na década de 1940 (MÉDICE, 1994). Em 1923 por meio da Lei Elói Chaves são criadas as Caixas de Aposentadorias e Pensão e na década de 1930 são criados os Institutos de Aposentadoria e Pensão (BRASIL, 1923).

Tais fatos assinalam o início do crescimento da assistência médica, desenvolvida principalmente nas instituições previdenciárias como forma de amenizar as tensões sociais e controlar a força de trabalho. As ações de caráter coletivo permanecem a cargo do Ministério da Saúde criado em 1953 e as de caráter individual continuam crescendo sob a égide das instituições previdenciárias (PAULUS JUNIOR; CORDONI JUNIOR, 2006).

Em 1974 é instituído o Ministério da Previdência e Assistência Social. Principalmente a partir da década 1970, predomina a assistência médica individual com estímulo à privatização dos serviços e o desenvolvimento das atividades hospitalares (MENDES, 1993). De 1970 para 1980 a proporção da população brasileira que esteve internada sobe de 2,9% para 9,7% (PAULUS JUNIOR; CORDONI JUNIOR, 2006). Consolida-se assim o modelo caracterizado pela ênfase à assistência médica individual e hospitalocêntrico. Em 1976 é criado o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES) que marca o início de um movimento intelectual e político (Movimento da Reforma Sanitária Brasileira – MRSB) de crítica ao modelo vigente, propondo um novo modelo com ênfase na assistência primária de saúde (MARTIN; CARVALHO; CORDONI JÚNIOR, 2001). Tal proposta induziu à realização da 8ª. Conferência Nacional de Saúde em 1986, cujas recomendações foram absorvidas pela Constituição Federal de 1988 e subsequentes leis orgânicas de saúde do Brasil, que criaram o Sistema Único de Saúde (SUS) (PAULUS JUNIOR; CORDONI JUNIOR, 2006).

Segundo Paulus Junior e Cordoni Junior (2006, p. 17):

A Constituição de 1988 deu nova forma à saúde no Brasil, estabelecendo-a como direito universal. [...] dever constitucional de todas as esferas de governo sendo que antes era apenas da União e relativa ao trabalhador segurado. O conceito de saúde foi ampliado e vinculado às políticas sociais e econômicas. A assistência é

concebida de forma integral (preventiva e curativa). Definiu-se a gestão participativa como importante inovação, assim como comando e fundos financeiros únicos para cada esfera de governo.

O Sistema Único de Saúde (SUS) como produto de uma reforma setorial contemporânea e em construção, tem seus fundamentos doutrinários inspirados na democratização da sociedade, e, apesar de suas diretrizes representarem um ideário a ser conquistado, muitos são os avanços já alcançados. Entretanto, desde a sua implantação, o SUS vem enfrentando as consequências da não implementação do que foi aprovado na Constituição Federal de 1988, em especial no que se refere à garantia dos mecanismos de financiamento do sistema e os problemas decorrentes da crise financeira provocada pelo crescimento dos custos setoriais e dos mecanismos mundiais de ajuste fiscal que vêm afetando duramente as políticas sociais, principalmente nos países periféricos (GIL, 2006).

Da mesma forma, no que se refere à organização dos serviços de saúde no Brasil, ainda predomina o modelo de atenção centrado nos hospitais. Neles está concentrada a maior parte dos recursos financeiros, materiais, humanos e tecnológicos disponíveis e necessários para a prestação de serviços mais resolutivos de saúde. Conseqüentemente, os hospitais consomem a maior parte da capacidade de financiamento do sistema e representam a porta de entrada ao SUS para os problemas de saúde que a rede básica, por diferentes razões, ainda não consegue resolver. Aproximadamente 70% dos recursos públicos aplicados em saúde, cerca de 50% dos gastos totais em saúde no país são destinados à rede hospitalar (CARVALHO, 2008; KAISER FAMILY FOUNDATION, 2006; LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009; PORTUGAL, 2007).

Os hospitais brasileiros apresentam baixa eficiência, especialmente os públicos, que vem aumentando de número nas últimas décadas (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009).

Em 2004 o Ministério da Saúde editou o documento Reforma do Sistema da Atenção Hospitalar Brasileira, no qual apresenta os principais problemas da rede na atualidade: insuficiência relativa e má distribuição territorial dos leitos; deficiência de gestão da rede e das próprias unidades hospitalares públicas e privadas; inadequação dos mecanismos de pagamento e de auditoria, controle e avaliação do uso dos recursos; grau incipiente de implementação da política de regionalização e

hierarquização dos serviços; e grau incipiente de controle sobre a produção de serviços hospitalares em quantidade e qualidade que permita análise de adequação às necessidades e satisfação dos usuários (BRASIL, 2004a). No geral, os temas abordados no documento visam aprimorar a autonomia hospitalar, simplificar e consolidar mecanismos de pagamento, estabelecer redes de atenções organizadas e avaliar e melhorar a qualidade dos serviços (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009).

Com isso, várias políticas relacionadas à assistência hospitalar foram criadas ou modificadas nos últimos anos, tais como a política de assistência psiquiátrica, política de hospitais de pequeno porte, políticas para hospitais universitários e de ensino e a política para os hospitais filantrópicos.

Tais políticas tratam de maneira importante a questão do financiamento e dos mecanismos de pagamento.

A forma de remuneração dos serviços é um nó crítico nos sistemas de saúde no mundo, especialmente pela influência que exerce sobre a conduta técnico-profissional, a informação e o modelo de atenção e gestão da saúde (MENDES, 1996; LEBRÃO, 1999), interferindo na eficiência, na qualidade e nos custos dos serviços (ANDREAZZI, 2003; BARROS, GOMES, 2002; LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009; WATERS; HUSSEY, 2004).

O SUS utiliza historicamente uma forma de remuneração dos serviços bastante discutível do ponto de vista das diretrizes e princípios do próprio sistema. Trata-se do pagamento por serviços prestados, com variações de critérios e tabelas de procedimentos (ambulatoriais, laboratoriais, hospitalares, públicos e privados). Até 1997 essa forma de remuneração foi aplicada, inclusive, no repasse financeiro do Ministério da Saúde (MS) para as secretarias estaduais e municipais de saúde (BRASIL, 1997).

O significado das várias formas de remuneração das unidades prestadoras de serviços ao SUS na mudança do modelo de atenção e gestão da saúde é uma antiga preocupação do Conselho Nacional de Saúde (CNS), conforme as Agendas Básicas de Saúde de 1997 e 1998 (BRASIL, 1998). Mendes (1996) e Campos (2007) destacam a reformulação da forma de repasse de recursos aos gestores loco-regionais e aos prestadores de serviços, como estratégia relevante para assegurar o prosseguimento da reforma sanitária brasileira e a consolidação do

SUS. Trevisan (2007, p. 247) considera que “o subsistema de pagamento por produção permanece à espera de atitudes gerenciais renovadoras”.

Para La Forgia e Couttolenc (2009) os sistemas de informação e pagamento do SUS (Sistema de Informação Hospitalar - SIH e Sistema de Informação Ambulatorial - SIA) apresentam distorções, duplicidades, inconsistências e informações falhas, bem como auditorias com enfoque legalista, que precisam ser superadas, pois o modelo de gestão vigente não estimula a racionalização dos recursos. Pelo contrário, incentiva o aumento da oferta e produção de procedimentos lucrativos. Acrescentam que a definição do valor a pagar está sujeita a pressões e interesses de grupos.

A Constituição Federal, Artigo 200, inciso III, afirma que compete ao SUS ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde (BRASIL, 1988). Segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais, as Instituições de Ensino Superior devem contemplar na formação dos profissionais da área da saúde, o sistema de saúde vigente no País, com ênfase no SUS. A Lei Orgânica da Saúde – Lei Nº8080 de 1990 estabelece que os Hospitais Universitários e de Ensino (HUE) se integram ao SUS por meio de convênios (BRASIL, 1990).

Os HUE são importantes na organização e estruturação do SUS, tanto na formação e qualificação profissional, como na pesquisa e desenvolvimento de tecnologias, e na prestação de serviços de referência em saúde. Na década de 90 houve participação crescente desses hospitais na assistência à saúde, em especial no que tange às internações hospitalares. Entretanto, nos primeiros anos da década de 2000, estes hospitais passaram por uma crise, em especial de ordem financeira, com reflexos na redução de sua participação nos serviços prestados pelo SUS. A título de exemplo, a participação dos HUE nas internações realizadas pelo SUS cresceu de 4% em 1992 para 13% em 2000. No entanto, caiu para 12% em 2001 e para 11% em 2002. Na produção ambulatorial, a participação dos HUE caiu de 6% em 1995 para 4% em 2002¹.

Para o Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2004a), a problemática que envolve os HUE é complexa, pois inclui além dos aspectos financeiros, os gerenciais, organizacionais e assistenciais, exigindo uma resposta ampla por parte

¹ BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Informações de saúde. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acesso: 10 jul 2009

dos ministérios envolvidos. Segundo Chioro (2004) é urgente a necessidade de uma nova política que permita aprimorar os mecanismos de gestão hospitalar e rever a maneira como os HUE se inserem na rede SUS. As iniciativas anteriormente implantadas para enfrentar as dificuldades de financiamento e de inserção dos HUE no SUS como remuneração adicional dos procedimentos a partir da década de 80, os investimentos feitos por meio do programa de Reforço à Reorganização do SUS (REFORSUS) no final da década de 90 e ainda, a criação de fundações de apoio às instituições de ensino a partir de 1994, visando maior autonomia e flexibilidade administrativa (BRASIL, 1994), não evitaram o agravamento da crise dos HUE (AGUIRELA, 2003; CARVALHO, 2006; CHIORO, 2004; GUIMARÃES, 2004; KANASHIRO, 2003).

Para avaliar a situação desses hospitais e reorientar a política para o setor, os ministérios da Educação e da Saúde instituíram em 2003, uma Comissão Interinstitucional representativa dos diversos segmentos envolvidos para elaborar medidas de enfrentamento dos problemas (BRASIL, 2003). A comissão foi reinstituída em janeiro de 2010 (BRASIL, 2010a). O trabalho da referida comissão resultou no Programa de Reestruturação dos HUE, mediante a certificação dos hospitais junto ao Ministério da Educação que passa a denominá-los de Hospitais de Ensino (HE) e a contratualização com os gestores loco-regionais do SUS. Esta contratualização prevê uma nova lógica de financiamento, cuja idéia segundo o MS é fazer com que os HE se integrem totalmente à rede de cuidados contribuindo para o fortalecimento do SUS (BRASIL, 2004b, 2004c, 2004d, 2007a, 2010b).

Cabe destacar que a contratualização no SUS surgiu como um dos eixos norteadores da Reforma do Sistema da Atenção Hospitalar Brasileira (BRASIL, 2004a) e caracteriza-se por uma nova forma de financiamento e interação com os hospitais, visando melhorar a eficiência e efetividade dos serviços (BRASIL, 2004c, 2004d), acompanhando a tendência observada nos países europeus. Em Portugal, por exemplo, a contratualização surgiu como uma alternativa na busca de superação da baixa eficiência dos serviços públicos de saúde, que passaram a ter parte dos recursos vinculados à produção e desempenho e não mais apenas ao repasse automático do orçamento (ARAÚJO, 2002; BARROS; GOMES, 2002). A contratualização é um tema recente e visa aprimorar a administração pública por

meio de instrumentos mais flexíveis e modernos, superando o modelo burocrático de que tratam Pereira e Spinck (2005).

No SUS o processo de contratualização consiste num pacto entre o hospital e gestor loco-regional do sistema. Envolve planos operativos anuais (POA), com metas quantitativas e qualitativas que visam o aprimoramento dos processos de atenção à saúde, formação, ensino, pesquisa e gestão hospitalar, as quais são acompanhadas e atestadas por uma comissão específica ou conselho gestor do hospital (BRASIL, 2005a). Por sua vez, os ministérios da Saúde e da Educação estabelecem as ações e diretrizes estratégicas a serem observadas na contratualização das metas com base na realidade loco-regional onde estão inseridos (BRASIL, 2004c, 2004d). Este modelo está sendo adotado também para os hospitais de pequeno porte e hospitais filantrópicos, dentro de programas específicos, que a exemplo dos HE, contaram com aporte específico de recursos financeiros da União (BRASIL, 2004e, 2004f, 2005a, 2005b).

A partir desta proposta, a remuneração deixa de ser feita exclusivamente por procedimentos com base em tabelas de valores fixos e passa para um modelo misto com orçamento por metas, indicadores de desempenho e por produção voltada prioritariamente aos procedimentos de alta complexidade (AC) (BRASIL, 2004c), apresentando-se, no caso de HE, segundo as normas estabelecidas, da seguinte forma:

- 1) **Componente com valor pré-fixado** – para os procedimentos de média complexidade (MC) financiados com recurso da média e alta complexidade (MAC) e os incentivos. Os incentivos mais frequentes são: Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa em Saúde (FIDEPS), Incentivo à Contratualização (IAC), Incentivo ao Atendimento à População Indígena (IAPI) e o Incentivo à Vigilância Epidemiológica Hospitalar (IVEH).
- 2) **Componente com valor variável** - condicionado ao cumprimento de metas e indicadores pactuados, compreendendo no mínimo 10% do valor pré-fixado. Este percentual deve aumentar até 50%, na proporção mínima de 5% ao ano.
- 3) **Componente com valores pós-fixados** - correspondente à produção de serviços/ procedimentos de AC remunerados com recursos da MAC e a procedimentos de MAC remunerados com recursos do fundo de ações estratégicas e compensação.

Esta nova forma de remuneração contém a expectativa de promover importantes mudanças não apenas na gestão hospitalar como também na gestão da saúde, que passa a ser orientada por resultados e desempenhos e não mais apenas por procedimentos significando maior coerência com os princípios e diretrizes do SUS.

A política de contratualização com nova forma de financiamento dos HE gerou grande expectativa tanto nos gestores destas instituições quanto nos gestores dos sistemas locais de saúde e pode significar um marco na consolidação do SUS. Porém, há preocupação quanto à falta de acompanhamento e avaliação mais efetivos dos POA em execução (CARVALHO, 2006).

Até passado recente, o controle e a avaliação nos serviços de saúde eram basicamente formais e procedimentais em função da racionalização dos custos, não se pautando pelos resultados qualitativos das ações e serviços prestados aos usuários. Santos e Andrade (2007) defendem que o processo de negociação e de pactuação devem se orientar pela melhoria das condições de saúde da população, compreendidas, acompanhadas e avaliadas por indicadores de saúde de acordo com as prioridades definidas para cada ano e períodos de governo.

No Brasil a avaliação em saúde ainda é incipiente, embora já se verifiquem iniciativas concretas de incentivo à institucionalização de uma cultura avaliativa com apresentação de alguns resultados, ainda que por vezes, limitados por mudanças no cenário político institucional entre outros fatores (FELISBERTO, 2009).

Felisberto (2009, p. 356) considera *“que a construção da capacidade avaliativa se torna premente para que se instaure uma cultura em avaliação”* e que esta *“acontece no contexto dos espaços de trabalho dos indivíduos, em um movimento de aprendizado constante “a partir de” e “sobre” avaliação”*. O mesmo autor (2006, p. 554.) defende o princípio de que *“o ato de avaliar só agrega valor quando o conhecimento e o uso das informações produzidas geram aprimoramento institucional e profissional”*.

Para Cordoni Junior (2005, p.81-117), apesar de a avaliação fazer parte do cotidiano das pessoas desde os primórdios da humanidade, é recente a sua existência como campo sistemático de estudo, até porque a administração é uma ciência nova. Martins (2002, p. 1) entende que *“a avaliação de experiências contratuais é relevante porque a literatura a respeito é escassa e as recentes experiências clamam por avaliação”*.

Costim (1991, p. 59) conceitua avaliação nos seguintes termos:

Em sua expressão mais simples, a avaliação consiste em confrontar os dados do processo de transformação da realidade (custos, produtos, resultados), com parâmetros de julgamento (metas-meio, metas-ação e metas-fim), para daí concluir pela margem de êxito ou fracasso alcançada, inferir suas causas e realimentar os ciclos seqüenciais do processo.

Segundo Contandriopoulos et al. (1997, p.31) “Avaliar é fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção, com o objetivo de ajudar na tomada de decisão”. Para os autores uma intervenção “é constituída por um conjunto de meios (físicos, humanos, financeiros, simbólicos), organizados em um contexto específico, em um dado momento, para produzir bens ou serviços com o objetivo de modificar uma situação problemática”. Destacam que a avaliação pode resultar da aplicação de critérios e normas (avaliação normativa) ou da aplicação de métodos científicos (pesquisa avaliativa). Assim, a avaliação pode gerar uma intervenção, acompanhar sua implantação e julgar os resultados alcançados, tornando-se essencial para identificar e orientar novas pesquisas e práticas políticas e administrativas necessárias ao aprimoramento da gestão e ao desenvolvimento técnico e científico.

Uma definição clássica do termo avaliação – é ato ou efeito de se atribuir valor. Vieira-da-Silva (2005, p.16) propõe um conceito ampliado de avaliação para além de “julgamento” podendo variar “desde a formulação de um juízo de valor dicotômico qualitativo ou quantitativo (...) até uma análise que envolva o significado do fenômeno”. Para a autora (p. 20) “*Cada avaliação é um caso particular que requer criatividade por parte do investigador na formulação da melhor estratégia, na seleção da abordagem, na definição dos níveis atributos, bem como na seleção de critérios, indicadores e padrões*”.

Sendo o foco da avaliação a emissão de “juízo de valor”, é preciso buscar parâmetros, como o *optimum* desejável ao objeto a ser avaliado. Esses parâmetros são expressos em normas, critérios ou padrões e podem ser explicitados por meio de conhecimentos já estabelecidos e determinados, como também podem estar implícitos no julgamento daqueles que emitem seu juízo. Portanto, o estabelecimento do *optimum* varia de acordo com o conhecimento que se tem do objeto avaliado, de acordo com as condições socioculturais em que se insere o

objeto avaliado e, ainda, de acordo com o grau de otimização pretendido e estabelecido como possível (CARVALHO; ROSEMBURG; BURALLI, 2000).

Nesta perspectiva, pode-se resumir o conceito de avaliação como um processo que consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma determinada intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de contribuir no processo de tomada de decisões.

Azevedo (1991, p. 3) referindo-se aos conceitos básicos de avaliação de desempenho em serviços de saúde, considera que:

A avaliação pode ainda ser conduzida segundo critérios implícitos (como, por exemplo, em algumas circunstâncias, a avaliação por pares) ou explícitos, ou seja, pré-determinados. [...] Os critérios podem ainda ser de determinação normativa, e neste caso corresponder a um ideal desejado, ou ser empiricamente estabelecidos, ou seja, resultantes do estudo das características observadas numa determinada realidade.

Portanto a avaliação é um processo dinâmico cujo método deve se adequar ao objeto e às finalidades estabelecidas para a mesma (FIGUEIRÓ et al., 2010). Para Figueiredo e Tanaka (1996, p. 104) *“a avaliação sistemática pode instaurar uma nova cultura que possa vir a interferir na lógica assistencial para satisfazer necessidades sem apenas se ocupar com a viabilidade da oferta de serviços”*.

De acordo com Azevedo (1991) o quadro conceitual mais utilizado no delineamento de avaliação em serviços de saúde é o desenvolvido por Donabedian (1986), baseado nos conceitos de estrutura (recursos físicos, humanos e financeiros), processo (organização e funcionamento das atividades implementadas com a intervenção) e resultado (efeitos ou produtos das ações realizadas). Assim, a avaliação pode também ser focalizada em uma ou mais dimensões desse quadro conceitual conforme o tipo de problema identificado ou de interesse da avaliação.

O crescente aumento dos custos e a escassez dos recursos para financiamento dos serviços reforçam a necessidade da avaliação na saúde. Segundo La Forgia e Couttolenc (2009) a avaliação de hospitais, especialmente dos públicos, não é uma tarefa de fácil execução, principalmente em decorrência da falta de metodologias apropriadas.

A avaliação das ações e serviços de saúde em especial de organização complexa como um hospital, ainda mais de ensino, requer o uso de indicadores

confiáveis e sensíveis (Bittar, 2001). Segundo Marino (1998) indicadores de saúde são os elementos concretos ou evidências que indicam a medida de sucesso ou fracasso do programa, projeto ou ação que está sendo avaliada em relação aos seus resultados esperados. São observáveis na realidade, devem ser pré-definidos e vão orientar a escolha de métodos de coleta de dados ou informações no processo de avaliação. De uma forma mais específica, Bittar (2001) define indicadores de saúde como unidades de medidas padronizadas que servem de referência para avaliação em termos de quantidade ou qualidade, relativas às diversas dimensões organizacionais, podendo ser uma taxa, um índice, um número absoluto ou um fato.

Ainda com referência aos indicadores, de acordo com Contandriopoulos et al. (1997), são necessárias duas condições mínimas: a) critérios - aquilo que serve de base para comparação, julgamento e apreciação, os quais podem derivar de pesquisas anteriores, de julgamento de especialistas da área ou de atores envolvidos no planejamento da intervenção; b) qualidade dos indicadores escolhidos para retratar os efeitos da intervenção na superação da situação problema.

Uma forma de avaliação de HE apresentada por Bittar (2007, p. 9) refere-se à análise histórica de seu próprio desempenho. O autor afirma que:

[...] a comparação entre diferentes hospitais de ensino é tarefa difícil e por vezes inexecutável, mas a análise dos hospitais de ensino ao longo de sua história revela aspectos importantes no que diz respeito à evolução de sua qualidade, produtividade e custos.

Considerando a importância do tema de estudo para a gestão do SUS e para a gestão hospitalar, até porque há mais de 6.000 hospitais prestando assistência aos usuários do SUS no país, todos potenciais alvos desse modelo de contratualização, dos quais, 138 são hospitais de ensino já contratualizados e, considerando-se ainda as especificidades desse processo nos hospitais de ensino e dos resultados do mesmo, chegou-se à seguinte pergunta de pesquisa: a contratualização produziu mudanças no desempenho do Hospital Universitário de Londrina - PR?

Neste contexto, o presente estudo pretende contribuir para a produção de conhecimentos e informações sobre o tema em questão, em benefício da saúde da população e da utilização dos recursos públicos em saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar o desempenho de um hospital universitário e de ensino antes e após a contratualização com o Sistema Único de Saúde.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar, no conjunto dos indicadores de gestão hospitalar, os indicadores de desempenho passíveis de avaliação, antes e após a contratualização.
- Selecionar entre os indicadores identificados, os indicadores de desempenho hospitalar mais sensíveis aos efeitos da contratualização.
- Analisar os indicadores de desempenho hospitalar selecionados nos triênios 2002-2004 e 2006-2008 identificando os possíveis efeitos da contratualização.

3 MATERIAL E MÉTODO

3.1 Tipo de Estudo

Trata-se de uma pesquisa avaliativa, descritiva e exploratória, de abordagem quantitativa.

Conforme Contandriopoulos et al. (1997, p. 37) a pesquisa avaliativa pode ser definida como:

[...] o procedimento que consiste em fazer um julgamento *ex-post* de uma intervenção com base em métodos científicos. Mais precisamente, trata-se de analisar a pertinência, os fundamentos técnicos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção, assim como as relações existentes entre a intervenção e o contexto no qual ela se situa, geralmente com o objetivo de ajudar na tomada de decisões.

A definição do autor vem ao encontro do que foi proposto para este trabalho que em suma, foi analisar uma intervenção, no caso, a contratualização e o que aconteceu no serviço após sua implantação.

3.2 Local do Estudo

O estudo foi realizado no Hospital Universitário de Londrina (HUL) vinculado à Universidade Estadual de Londrina (UEL), Paraná, fundado em 1971. Este hospital público tem 307 leitos, todos exclusivos para atendimento ao SUS.

Oferta especialidades médicas em regime ambulatorial eletivo e de urgência e emergência, com ampla estrutura de apoio diagnóstico e tratamento. É referência macro-regional para a assistência de alta complexidade. Ainda, é cenário de formação para os cursos da área da saúde e de desenvolvimento de pesquisas. Conta com um quadro de 1.922 servidores, 384 docentes e 1.873 alunos, dos quais 520 são de pós-graduação (UEL, 2010).

Em 2005 foi feita a contratualização com os SUS após ter sido certificado e qualificado pelo Ministério da Educação como Hospital de Ensino.

3.3 Trajetória Metodológica

3.3.1 Etapas do Estudo

Os indicadores inicialmente selecionados para o estudo encontram-se no (Apêndice A), elaborado pelo autor, com base nos seguintes referenciais: 1) elenco de indicadores de qualidade e quantidade em saúde, propostos por Bittar (2001; 2004); 2) nas diretrizes preconizadas para a contratualização (BRASIL, 2004c); 3) nos parâmetros para avaliação de desempenho institucional (BRASIL, 2004g); 4) na padronização da nomenclatura do censo hospitalar (BRASIL, 2002a); 5) nos parâmetros assistenciais estabelecidos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2002b); 6) sistemas de indicadores hospitalares disponíveis no País; e 7) consulta às unidades do hospital.

Para facilitar a análise e discussão dos dados de acordo com os objetivos propostos para o estudo, os indicadores foram classificados em categorias, por grupos semelhantes, conforme sugerido por Bittar (2001; 2004), com algumas adaptações, constituindo oito categorias: instalações e equipamentos; recursos humanos; receita SUS; produção; produtividade; custo; qualidade e ensino/pesquisa. Estas categorias foram agrupadas em duas dimensões, estrutura e resultado, propostas para o presente estudo a partir de Donabedian (1986).

Paralelo à revisão de literatura foi levantado nas unidades do hospital quais eram os indicadores mais usados para mensurar o seu desempenho, sem considerar os dados levantados no referencial teórico. Foi verificada a qualidade dos dados produzidos por estas unidades nos anos definidos para o estudo – 2002-2004 e 2006-2008. Com isso, chegou-se a uma primeira relação contendo 130 indicadores, conforme descrito acima.

Dos 130 indicadores inicialmente identificados (Apêndice A), 78 foram selecionados por serem considerados mais adequados aos objetivos do estudo. Assim, foi construída uma segunda versão do instrumento contendo 78 indicadores. Este instrumento foi submetido ao parecer de seis profissionais envolvidos diretamente com o processo de contratualização e que utilizam indicadores como instrumento de trabalho, sendo eles três gerentes intermediários e três assessores técnicos. Cada um recebeu um formulário com instruções para seleção dos

indicadores mais sensíveis à contratualização, de acordo com sua experiência e vivência na análise crítica de desempenho hospitalar (Apêndice B).

Por fim, estabeleceu-se como ponto de corte para a seleção final dos indicadores utilizados pelo hospital em estudo, aqueles indicados por 50% dos pareceristas, os indicadores que integram a contratualização, e ainda, os indicadores hospitalares clássicos segundo a literatura. Com isso, chegou-se à versão final da seleção com 61 indicadores considerados mais sensíveis aos efeitos da contratualização e que orientaram a análise do desempenho hospitalar no período proposto (Apêndice C).

3.3.2 Período e Coleta de Dados

Os dados foram coletados pelo autor no período de abril a julho de 2009, a partir de análise dos relatórios anuais das seguintes fontes: Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) e do Escritório de Qualidade; relatórios mensais de Acompanhamento do POA, da Comissão Intra-hospitalar de Transplantes e de Ofertas de Consultas à Central de Regulação; consulta aos Sistemas Informatizados de Faturamento e de Controle Patrimonial; dados da Divisão de Finanças e Orçamento, da Secretaria de Residência Médica e da Divisão de Recursos Humanos; Sistema Pró-Reitoria de Graduação/UEL (Prograd/UEL) e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do MS.

Optou-se por sistematizar a análise dos dados referentes aos três anos anteriores (2002-2004) e posteriores (2006-2008) à contratualização com o SUS, excluindo-se 2005 por ter sido o ano de implantação do processo. Estes triênios foram denominados Triênio 1 (T1) e Triênio 2 (T2).

Os sistemas de informações estatísticas e de custos do HUL, de onde foram coletados os principais indicadores obedecem a padrões próprios, estando portanto, isentos de eventuais efeitos das mudanças das tabelas de procedimentos do SUS. O instrumento de coleta encontra-se no Apêndice D com indicação dos locais do hospital onde foram coletados.

3.3.3 Análise dos Dados

Inicialmente foi feita uma análise exploratória de dados com o intuito de obter uma melhor visualização do estudo. Foram aplicados testes estatísticos, inclusive não paramétricos (Teste U de Mann Whitney, Qui-quadrado e *t* de Student) que se mostraram inadequados pelo pequeno número de observações.

Desta forma, optou-se pela elaboração de uma Matriz Avaliativa de Índices de Desempenho (Apêndice C) em que cada indicador de estudo foi classificado num intervalo de zero a um. Para a melhor situação esperada atribuiu-se o valor um e para as demais, valores proporcionais. Assim, o desempenho definido como esperado para cada indicador refere-se ao melhor valor de referência para o cálculo dos índices proporcionais do referido indicador nos demais anos em estudo. Os melhores valores de referência podem ser: o maior valor (exemplo, maior percentual de internação de alta complexidade) ou o menor valor (exemplo, menor taxa de infecção hospitalar) do período. O resultado de cada indicador por ano estudado mostrou os anos de melhor desempenho, ou seja, o mais próximo de 1, permitindo a comparação dos triênios analisados.

Para tornar viável a comparação do desempenho nos triênios estudados, alguns dados foram ajustados. Os dados que constituem os indicadores de internações hospitalares e procedimentos ambulatoriais de MAC realizados em 2008, foram reclassificados de acordo com as tabelas dos Sistemas de Informações Ambulatoriais e Hospitalares (SIA/SIH) vigentes até 2007. Da mesma forma, os dados referentes a custos e receita foram atualizados para dezembro de 2008 com base no Índice Geral de Preços da Fundação Getúlio Vargas (ATUALIZAÇÃO, 2009), tornando-se os dados homogêneos e comparáveis para todos os anos.

3.3.4 Aspectos Éticos da Pesquisa

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina registrado no CAAE N° 0239.0.268.000-08 e a coleta realizada após autorização das direções do Hospital e do Centro de Ciências da Saúde da UEL (Anexos A, B e C).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados estão apresentados segundo os indicadores de estrutura e de resultados e suas respectivas categorias analíticas. Os três anos anteriores à contratualização (2002-2004) são os denominados de Triênio 1 ou T1 e os três posteriores (2006-2008) de Triênio 2 ou T2.

As análises apresentadas a seguir foram extraídas dos dados quantitativos anuais, obtidos em cada indicador analisado, conforme apresentado no Apêndice E.

4.1 INDICADORES DE ESTRUTURA

Na Tabela 1 são apresentados os indicadores de estrutura referentes a instalações e equipamentos existentes no Hospital Universitário de Londrina.

Tabela 1 – Distribuição dos indicadores de estrutura relacionados a instalações e equipamentos nos Triênios 1 e 2 no Hospital Universitário. Londrina – PR, 2009.

Indicador	2002	2003	2004	T1	2006	2007	2008	T2
Nº leitos instalados	0,94	0,94	0,94	0,94	0,94	1,00	1,00	0,98
Nº leitos operacionais	1,00	1,00	1,00	1,00	0,95	0,94	0,94	0,94
Nº consultórios	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	0,94	0,94	0,96
Nº salas de atendimento de urgência/emergência	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	0,80	0,80	0,87
Nº salas cirúrgicas ativas	0,90	0,90	0,90	0,90	1,00	1,00	1,00	1,00
% Leitos UTI sobre total de leitos operacionais	0,94	0,94	0,94	0,94	0,99	0,99	1,00	0,99
Nº de equipamentos especiais cadastráveis no CNES	0,48	0,49	0,57	0,51	0,76	0,89	1,00	0,88
Índices acumulados	6,26	6,27	6,35	6,29	6,64	6,56	6,67	6,62

Fonte: Serviço de Arquivo Médico e Estatística e Seção de Patrimônio do HUL, 2009.

Verifica-se, para o conjunto desses indicadores, que houve um aumento nos índices médios dos triênios analisados de 6,29 para 6,62. Houve aumento dos leitos instalados, das salas cirúrgicas, do percentual de leitos de UTI sobre o total de leitos operacionais e dos equipamentos cadastráveis no CNES e redução no número de leitos operacionais, consultórios e salas de atendimento de urgência/emergência.

O aumento do número de leitos instalados resultou da implantação do Centro de Tratamento de Queimados (CTQ), em 2007. O aumento do percentual de leitos de UTI sobre o total de leitos operacionais ocorreu em razão da redução do número de leitos operacionais.

A falta de leitos de UTI na região não permite qualquer redução destes, mesmo que temporária. No hospital há registros de que existem em média, 10 pacientes/dia sob cuidados intensivos nas enfermarias e pronto socorro aguardando vagas na UTI (CARDOSO, 2008; SHIMITI, 2007).

A redução dos leitos operacionais, de consultórios e salas de atendimento de urgência, ocorreu em função da desativação de leitos das Unidades Médico-Cirúrgicas Feminina e Masculina, devido à falta de reposição de recursos humanos e de obras de reforma e ampliação da Unidade de Pronto Socorro, iniciada em abril de 2007. Observa-se que atendimentos de urgência foram mantidos em espaço físico readequado, com a menor redução possível da capacidade instalada para não comprometer o sistema estadual de atendimento de urgência/emergência da região.

Ressalta-se que tanto a implantação do CTQ como a reforma e ampliação da Unidade de Pronto Socorro estão em consonância com a nova política dos Ministérios da Educação e da Saúde para os HE e fazem parte das diretrizes e compromissos da contratualização, que determina que estes hospitais devem assumir o papel de referência na assistência de AC para o SUS (BRASIL, 2004c).

Ainda neste período, foi implementado o Pronto Socorro Referenciado que faz parte das metas pactuadas entre o gestor local do SUS e o HUL desde o primeiro POA firmado em 2005. Entretanto, os documentos consultados mostram que para a realização de algumas metas pactuadas, como a implantação do Pronto Socorro Referenciado e mesmo para a implantação do Programa de Acolhimento com Classificação de Risco, a pouca compreensão da gestão municipal sobre a importância dos mesmos retardou o cumprimento destas metas².

A ampliação da oferta de salas cirúrgicas decorrente da inauguração do CTQ possibilitou a liberação de sala cirúrgica geral para outros atendimentos, porém, tal liberação é insuficiente para atender a demanda de cirurgias eletivas.

² Informações obtidas da Ata da 163ª Reunião Ordinária, de 19 de dezembro de 2006, do Conselho Municipal de Saúde de Londrina e Ofício Circular 004, de 14 de março de 2008, da Diretoria Superintendente do HUL.

O aumento dos equipamentos especiais cadastráveis no CNES, explica-se em parte pelo aumento da receita SUS, que possibilitou maior investimento de recursos próprios neste item e também em função da compra de equipamentos para o CTQ, realizada com recursos do tesouro estadual em 2007 e pela aquisição de equipamentos de radiologia adquiridos com recursos de convênios com o MS.

Os resultados observados neste indicador no segundo triênio revelam uma melhoria na qualidade da estrutura do hospital, haja vista o histórico sucateamento dos HUE e do papel que os mesmos devem cumprir na assistência especializada e no desenvolvimento do ensino e da pesquisa, aumentando-se a chance de melhores resultados institucional.

Numa pesquisa coordenada pelo Tribunal de Contas da União (TCU) junto aos residentes dos HUE federais do país verificou-se que das sugestões apresentadas para a melhoria do ensino, 21% se referiam a equipamentos e, para melhoria da assistência, 40% pleiteavam maior investimento e manutenção dos equipamentos (TCU, 2009).

A mesma pesquisa com os coordenadores de residências revelou que 50% dos participantes não estavam satisfeitos com a quantidade, conservação e atualização dos equipamentos (TCU, 2009). Cabe ressaltar que equipamentos de infra-estrutura indispensáveis para o funcionamento do hospital como os de Lavanderia, de Central de Reprocessamento de Materiais, de Central de Gases, de Laboratório de Análises Clínicas e de Hemocentro não são cadastráveis no CNES.

O desempenho desses indicadores de instalações e equipamentos nos dois triênios, antes e após a contratualização, está representado na Figura 1.

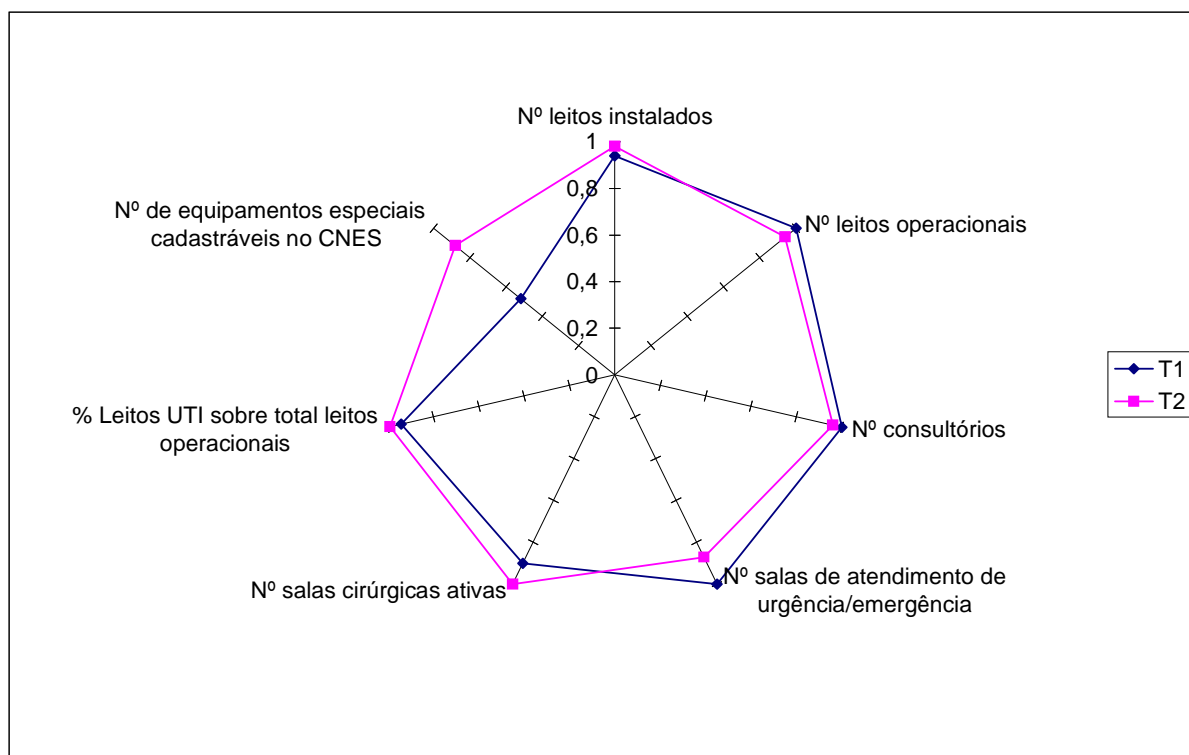


Figura 1 – Desempenho dos indicadores de estrutura relacionados a instalações e equipamentos nos Triênios 1 e 2 no Hospital Universitário. Londrina – PR, 2009.

A Tabela 2 refere-se aos indicadores de estrutura referentes à distribuição dos recursos humanos.

Tabela 2 – Distribuição dos indicadores de estrutura relacionados a recursos humanos nos Triênios 1 e 2 no Hospital Universitário. Londrina – PR, 2009.

Indicador	2002	2003	2004	T1	2006	2007	2008	T2
Nº de docentes – Centro de Ciências da Saúde (CCS)	0,99	1,00	0,99	0,99	1,00	1,00	0,99	1,00
Nº de servidores técnico-administrativos	1,00	0,99	0,98	0,99	0,98	0,96	0,95	0,96
Nº total de horas para Capacitação em Serviço	0,94	1,00	0,00	0,65	0,38	0,57	0,72	0,56
Índices anuais acumulados	2,93	2,99	1,97	2,63	2,36	2,53	2,66	2,52

Fonte: Divisão de Recursos Humanos HUL, 2009 e Sistema Prograd/UEL, 2009.

Observa-se que houve uma redução nos índices acumulados de recursos humanos, e, embora se observe nos dois triênios uma situação favorável em relação ao corpo docente, no segundo triênio, especialmente no quantitativo de servidores técnico-administrativos e no número de horas de capacitação em serviços, evidencia-se uma diminuição.

Estes resultados obtidos pela análise dos indicadores podem ser explicados por diferentes fatores, como a defasagem no quadro de servidores em função da idade avançada, tempo de serviço, carga de trabalho, problemas de saúde que resultam em readequação de função e pela associação destes fatores que resultam em desgaste do servidor, gerando altas taxas de absenteísmo. Somado a isto, o processo de contratação para substituição destas vagas é demorado e nem sempre é autorizado pelas instâncias superiores, o que acaba por gerar um déficit no quadro geral de pessoal.

A realidade do processo de trabalho nas instituições de saúde, como as longas jornadas e intensificação do ritmo de trabalho, escassez de recursos humanos, sobrecarga de trabalho, envelhecimento da força de trabalho, geram desgastes físicos e psicológicos, afetando de maneira geral a saúde dos trabalhadores e refletindo em altas taxas de absenteísmo e baixa produtividade. As temáticas do adoecimento no trabalho e da readequação/readaptação profissional colocam em questão as exigências de produtividade e de capacitação, uma vez que estão relacionadas às limitações impostas aos trabalhadores (RAMOS; TITTONI; NARSI, 2008). Frias et al. (2010) defende mais ênfase e investimentos na capacitação de recursos humanos como condição básica para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde.

O desempenho dos indicadores de recursos humanos nos dois triênios estudados, antes e após a contratualização, está representado na Figura 2.

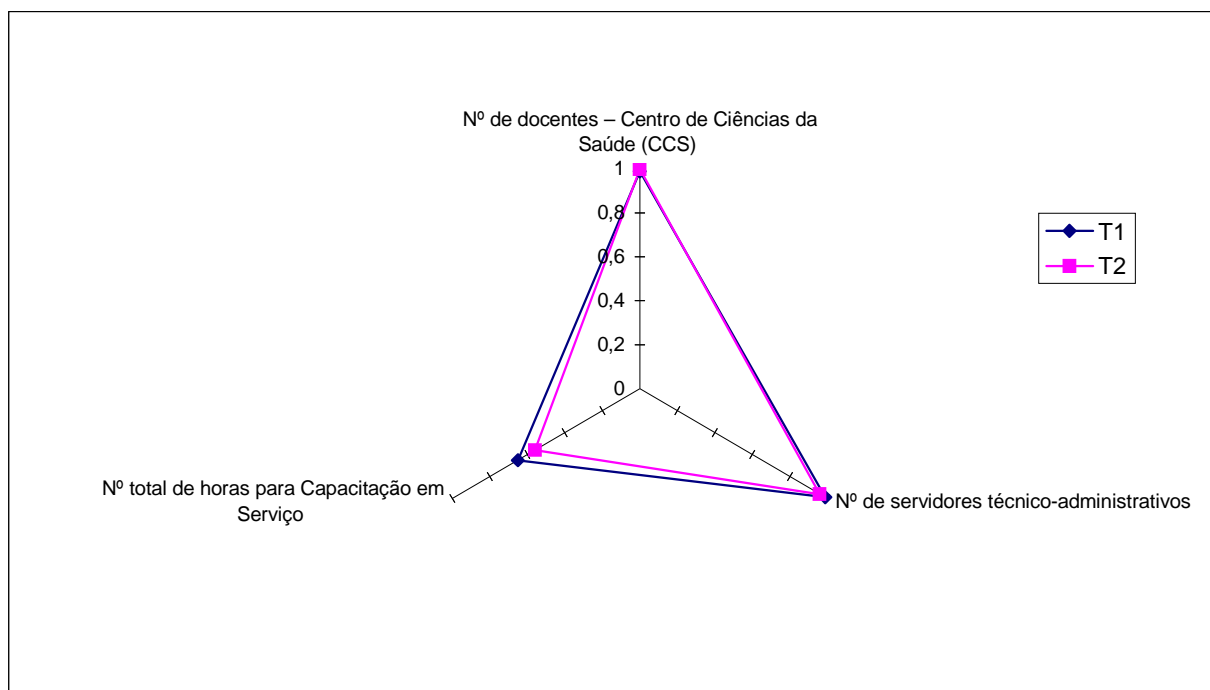


Figura 2 – Desempenho dos indicadores de estrutura relacionados a recursos humanos nos Triênios 1 e 2 no Hospital Universitário. Londrina – PR, 2009.

Na Tabela 3 estão demonstrados os indicadores de estrutura referentes à receita do hospital em estudo.

Tabela 3 – Distribuição dos indicadores de estrutura relacionados à receita nos Triênios 1 e 2 no Hospital Universitário. Londrina – PR, 2009.

Indicador	2002	2003	2004	T1	2006	2007	2008	T2
Receita SUS	0,95	0,94	0,84	0,91	1,00	0,95	0,97	0,97
Valor médio por AIH	0,79	0,75	0,71	0,75	0,80	0,83	1,00	0,88
Valor médio por procedimento ambulatorial	0,97	0,95	0,97	0,96	1,00	0,96	0,96	0,97
Índices acumulados	2,71	2,64	2,52	2,62	2,80	2,74	2,93	2,82

Fonte: Sistemas de Faturamento do HUL, 2009.

Observa-se que todos os indicadores de receita aumentaram no segundo triênio e quando analisados separadamente, o indicador de receita SUS mostrou uma recuperação importante no primeiro ano após a contratualização.

Este aumento ocorreu, em parte pelo recebimento a partir de 2005, do valor referente ao incentivo à contratualização estabelecido pela Portaria N^o 1.703, que

trata da destinação dos recursos de incentivo à contratualização de hospitais de ensino públicos e privados, e dos critérios para avaliação institucional (BRASIL, 2004g). De acordo com a Portaria N° 2.505/05 do MS, o valor recebido pelo hospital em estudo a título de Incentivo à Contratualização (IAC) foi de R\$ 289 mil/mês.

No presente estudo foi constatado em todo o período analisado um aumento da receita de 7%, sendo que no primeiro ano após a contratualização este foi de 19%. Há poucos estudos sobre os efeitos da contratualização, e entre eles, o de Lobo et al. (2009) que evidenciou um aumento da receita dos HE após a contratualização.

No hospital pesquisado, ressalta-se a existência de um déficit financeiro acumulado decorrente do reajuste insuficiente dos valores contratuais, em especial para o componente de média complexidade (UEL, 2007a). Aliado a isto, a receita ficou defasada em decorrência dos atrasos nos pagamentos pelo gestor local do SUS desde o segundo semestre de 2007. A título de exemplo, até dezembro de 2008 as parcelas em atraso e as defasagens dos valores contratuais correspondentes a 2007-2008 eram superiores a 10 milhões de reais (UEL, 2008) e o déficit contratual em 2009, no que diz respeito à produção de MAC, excedente da pactuada, foi estimado em um milhão de reais/mês (UEL, 2009).

Apesar das solicitações da administração do HUL/UEL, os valores financeiros do contrato foram mantidos defasados em relação aos serviços prestados pelo hospital e aos reajustes de tabela de procedimentos SUS estabelecidos pelo Ministério da Saúde. O contrato prevê a recomposição dos valores financeiros em função dos reajustes da tabela, mas isso não tem sido observado no contexto local (UEL, 2009).

Por sua vez, os critérios adotados pelo MS para apuração dos valores decorrentes de reajuste de tabela a serem repassados aos gestores estaduais e municipais também são inadequados, uma vez que este órgão tem utilizado bases históricas nem sempre compatíveis com a realidade atual (BRASIL, 2007b). Tal situação gera desequilíbrio econômico e financeiro podendo comprometer as atividades desenvolvidas.

A defasagem no pagamento dos serviços prestados somada aos reajustes insuficientes dos contratos, compromete o equilíbrio econômico e financeiro da instituição. O déficit econômico nas instituições públicas de saúde brasileiras

interfere diretamente no processo de trabalho hospitalar, implicando muitas vezes na interrupção da assistência, levando a vivências e situações danosas e estressantes para o paciente, família e profissionais (LOURENÇO; CASTILHO, 2006).

Esta situação requer do gestor local ações junto ao executivo municipal e às esferas superiores de gestão do SUS (Secretaria Estadual e Ministério da Saúde e respectivas comissões bi e tripartite). Os recursos do governo estadual aplicados diretamente por meio de movimentação de crédito orçamentário descentralizado (MCO), que nos dois triênios analisados representou aproximadamente 6% da receita SUS, ameniza, mas não equaciona a situação econômica e financeira do hospital³.

A Figura 3 representa o desempenho desses indicadores de receita nos dois triênios estudados.

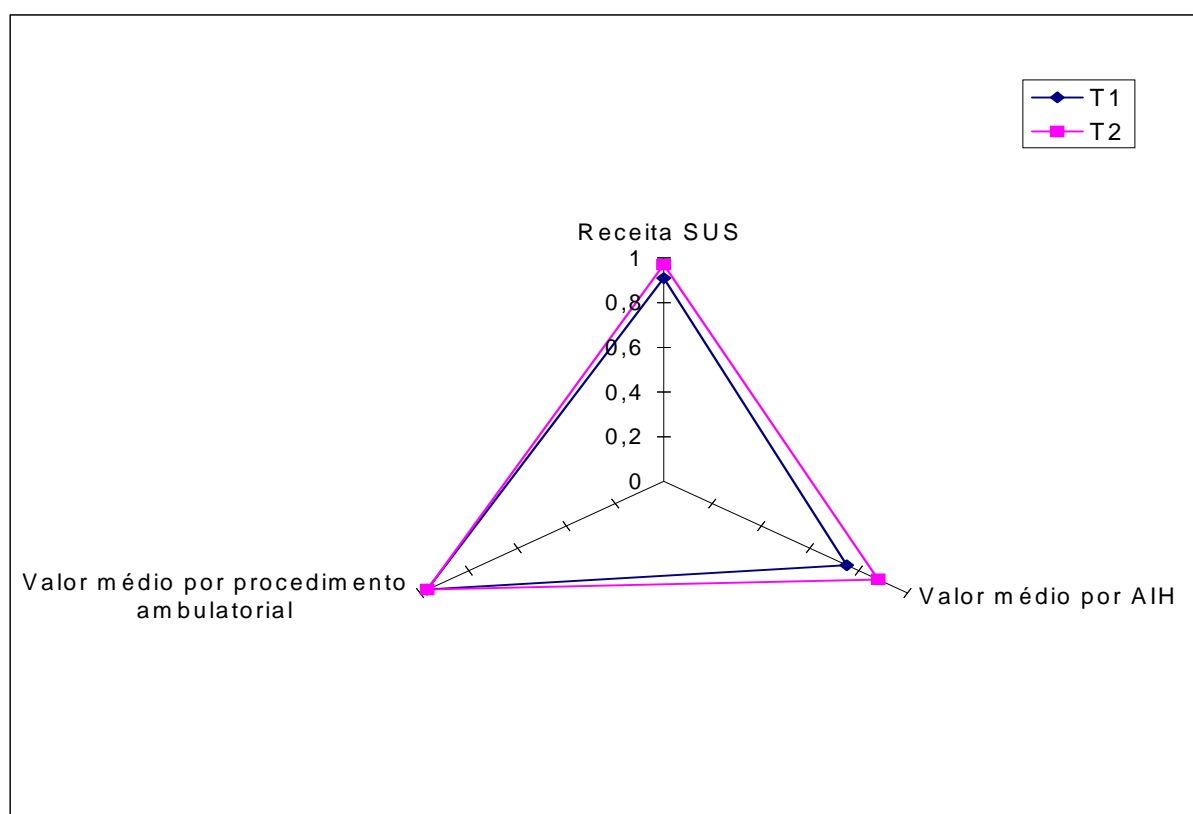


Figura 3 – Desempenho dos indicadores de estrutura relacionados à receita nos Triênios 1 e 2 no HUL/UEL. Londrina – PR, 2009.

³ Apurado com base em informações da Divisão de Finanças e Orçamento do HUL, de 13 de abril de 2010, sobre os recursos do Estado para aquisição de material de consumo de 2003 a 2008, por Movimentação de Crédito Orçamentário.

4.2 INDICADORES DE RESULTADO

Na Tabela 4 estão os indicadores de resultado referentes à produção de serviços.

Tabela 4 – Distribuição dos indicadores de resultado relacionados à produção de serviços nos Triênios 1 e 2 no Hospital Universitário. Londrina – PR, 2009.

Indicador	2002	2003	2004	T1	2006	2007	2008	T2
Nº internações	0,87	1,00	0,89	0,92	0,88	0,81	0,83	0,84
% internações – alta complexidade	0,54	0,61	0,78	0,64	0,76	0,81	1,00	0,86
Nº procedimentos ambulatoriais	0,79	1,00	0,97	0,92	0,96	0,97	0,79	0,91
% procedimentos ambulatoriais – alta complexidade	0,35	0,33	0,41	0,36	0,56	0,54	1,00	0,70
Média de paciente-dia	0,96	1,00	0,97	0,98	0,93	0,87	0,86	0,89
Nº de consultas realizadas	0,81	1,00	1,00	0,94	1,00	0,94	0,97	0,97
% consultas em clínica básica (1ª consulta + retorno)	0,86	0,91	1,00	0,92	0,78	0,76	0,76	0,77
% consultas de retorno	0,94	1,00	1,00	0,98	0,97	0,94	0,90	0,94
Nº 1ª consulta ofertada à central de regulação	0,74	0,82	0,81	0,79	0,96	1,00	0,96	0,97
% 1ª consulta em clínica básica	0,79	0,73	0,81	0,78	0,80	0,74	1,00	0,85
Nº atendimentos ambulatoriais	0,73	0,97	0,96	0,89	1,00	1,00	0,99	1,00
Nº atendimentos de urgência/emergência	0,61	0,59	0,65	0,62	0,70	0,81	1,00	0,84
Nº cirurgias	0,87	0,87	0,79	0,84	0,78	0,86	1,00	0,88
Nº exames (análises clínicas/ patologia/ radiologia)	1,00	0,89	0,93	0,94	0,94	0,89	0,84	0,89
Nº abordagens para doação de órgãos/tecidos	0,75	1,00	0,60	0,78	0,46	0,44	0,48	0,46
Índices acumulados	11,63	12,71	12,57	12,30	12,46	12,39	13,39	12,75

Fonte: Sistemas de Faturamento, Relatórios do SAME, Relatórios da Comissão de Transplantes, Relatórios de Oferta de Consulta à Central de Regulação, do HUL, 2009.

Os índices acumulados mostram que o conjunto dos indicadores de produção apresentou discreta melhora no desempenho após a contratualização.

Com referência à internação hospitalar, embora tenha ocorrido pequena redução no segundo triênio, destaca-se o aumento da proporção nas internações de AC, o que permite inferir redução das internações de MC. O mesmo resultado foi verificado nos procedimentos ambulatoriais e na oferta de primeiras consulta à

central de regulação, demonstrando uma mudança positiva atribuível à contratualização.

Importante destacar que o desempenho desses indicadores (internação e procedimentos ambulatoriais de MAC) foi crescente após a contratualização, com pico em 2008, último ano analisado. Lobo et al. (2009) encontrou aumento de receita SUS com redução de internações e cirurgias, bem como aumento de consultas ambulatoriais. O mesmo estudo constatou aumento da eficiência (relação produtos/insumos) na maioria dos hospitais.

Outro aspecto positivo foi a redução no quantitativo de atendimentos de urgência/emergência inadequados. Houve melhora com elevação do índice de desempenho no segundo triênio em função da implantação do Programa de Acolhimento com Classificação de Risco e da reforma da unidade de Pronto Socorro, que contribuiu para o redirecionamento dos casos mais simples a outros serviços da rede.

O sistema de avaliação e classificação de risco veio para reafirmar o papel dos hospitais de nível terciário na rede de serviços de saúde no atendimento de urgências e emergências. Desta forma, os pacientes são precocemente avaliados e os casos graves são atendidos com maior agilidade e resolutividade. Nesta perspectiva, o sistema de saúde é mais bem usado como um circuito, com múltiplos pontos de entrada, no qual exista um lugar mais adequado para cada paciente, onde o tipo de atendimento de que necessita possa lhe ser oferecido (BRASIL, 2009a)

Outro fator que pode ter contribuído para a redução no número de atendimento de urgência/emergência foi a implementação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) pela gestão municipal (SHIMITI, 2009). Tais fatores estão relacionados à contratualização.

Em relação ao número de abordagens para doação de órgãos e tecidos, chama atenção o baixo desempenho observado no segundo triênio. Entretanto, ao se buscar os motivos para esta redução encontrou-se um aumento do número de descarte de possíveis doadores, decorrentes principalmente da *causa mortis* e das idades extremas (abaixo ou acima da idade permitida para captação de órgãos). Estas informações permitem inferir que os pacientes que estão chegando ao hospital estão acometidos por doenças mais graves e/ou com idades mais avançadas.

A rigidez dos critérios utilizados para a seleção de doadores viáveis tem contribuído como um dos fatores primordiais para a restrição do número de órgãos disponibilizados para transplante. Estudo retrospectivo realizado em 497 prontuários de potenciais doadores no período de janeiro a dezembro de 2006 em São Paulo, também constatou entre os motivos de descarte, situações clínicas impeditivas e idade (FERNANDES; SUMANO; JUNQUEIRA; et al., 2008).

O indicador relativo às consultas realizadas em clínicas básicas e consultas de retorno piorou no segundo triênio, fato que pode ser explicado tanto pela deficiência no sistema de referência e contra-referência, quanto pela baixa resolutividade da atenção básica. O sucesso em reduzir a superlotação nos serviços de saúde só é possível se for reorganizado o fluxo de atendimento em toda a rede de saúde, pois o grande número de atendimentos nos serviços terciários indica baixo desempenho do sistema de saúde como um todo (BITTENCOURT; HORTALE, 2009).

Outros fatores seriam a demanda reprimida por cirurgias eletivas no hospital estudado, o aumento da gravidade e complexidade dos casos atendidos e os casos crônicos que permanecem acompanhados por longo tempo.

Em síntese, apesar da melhora ainda que discreta dos índices acumulados demonstrada no hospital em estudo, pode-se constatar que a demanda por atendimento de MC continua alta, inviabilizando o aumento dos atendimentos de AC. Este fato é agravado pela não recomposição dos valores contratuais, dificultando o cumprimento das metas estabelecidas para credenciamento nas diversas áreas, por exemplo, na área de assistência em alta complexidade cardiovascular (BRASIL, 2004h) e o atendimento à própria diretriz estabelecida para a contratualização de HE (BRASIL, 2004c).

O desempenho do hospital nos dois triênios, antes e após a contratualização, de acordo com os indicadores de produção está representado na Figura 4.

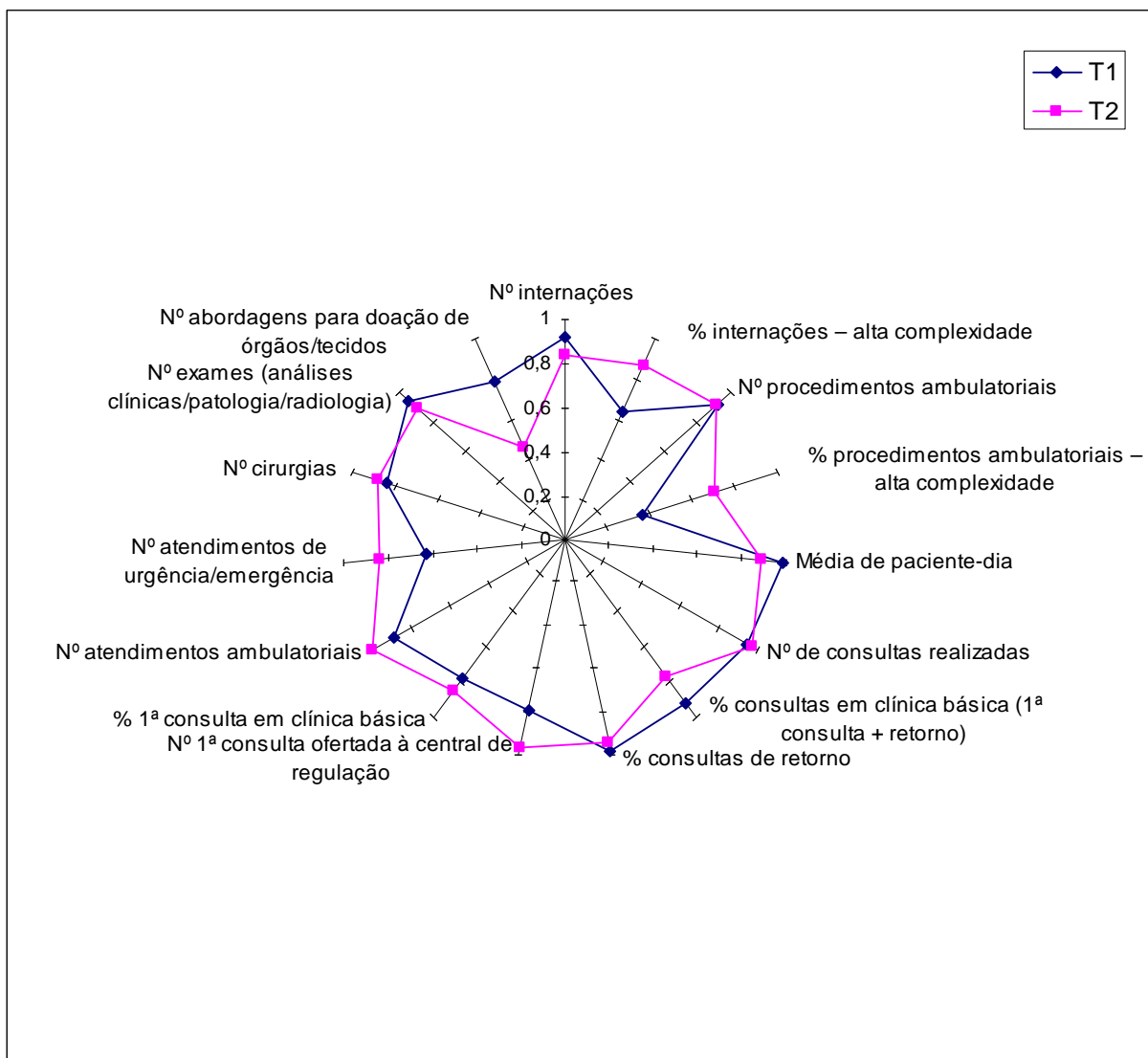


Figura 4 – Desempenho dos indicadores de resultado relacionados à produção de serviços nos Triênios 1 e 2 no Hospital Universitário. Londrina–PR, 2009.

A Tabela 5 traz os indicadores de resultado referentes à produtividade.

Tabela 5 – Distribuição dos indicadores de resultado referentes à produtividade nos Triênios 1 e 2 no Hospital Universitário. Londrina – PR, 2009.

Indicador	2002	2003	2004	T1	2006	2007	2008	T2
Taxa de ocupação hospitalar	0,96	0,93	0,96	0,95	0,95	1,00	0,99	0,98
Taxa de ocupação UTI adulto	0,98	1,00	0,98	0,99	0,97	0,96	0,96	0,96
Taxa de ocupação UTI pediátrica	0,89	0,90	1,00	0,93	0,89	0,79	0,88	0,85
Taxa de ocupação UTI neonatal	0,83	0,94	0,92	0,90	0,85	1,00	0,94	0,93
Taxa de ocupação UCI neonatal	0,85	0,92	0,93	0,90	0,92	0,86	1,00	0,93
Índice renovação ou giro de rotatividade	0,95	1,00	0,89	0,95	0,91	0,82	0,83	0,85
Índice de intervalo de substituição	0,69	1,00	0,69	0,79	0,73	0,49	0,47	0,56
Consulta / consultório / dia	0,78	0,96	0,97	0,90	0,96	0,97	1,00	0,98
Atendimentos de Urgência/Sala atendimento de urgência	0,77	0,74	0,81	0,77	0,88	0,81	1,00	0,90
Cirurgia / sala	0,96	0,97	0,88	0,94	0,78	0,86	1,00	0,88
Residente / leito operacional	0,64	0,69	0,66	0,66	0,72	0,84	1,00	0,85
Servidor / leito operacional	0,98	0,97	0,95	0,97	1,00	0,99	0,99	0,99
Servidor da Equipe de Enfermagem / leito operacional	0,96	0,95	0,93	0,95	1,00	0,97	0,98	0,98
Taxa de doação de órgãos / nº de abordagens	0,59	0,85	0,98	0,81	0,80	0,59	1,00	0,80
Média de permanência	0,96	1,00	0,93	0,96	0,94	0,90	0,91	0,92
Índices acumulados	12,78	13,81	13,47	13,35	13,31	12,85	13,97	13,38

Fonte: Relatórios do SAME, Relatórios da Comissão de Transplantes, Relatórios de Oferta de Consulta à Central, Divisão de Recursos Humanos, Secretaria da Residência – HUL, 2009.

Observa-se que no geral, houve pequenas mudanças do desempenho de produtividade comparando-se os dois triênios.

Em relação à taxa de ocupação hospitalar, segundo Mezzomo (1982), é recomendável para hospital geral um índice de 85% de ocupação. Estudos mostram que a taxa de ocupação mediana dos hospitais avaliados pelo Programa de Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH) em 2008 foi de 72% e nos hospitais do Sistema Integrado de Indicadores Hospitalares da ANAPH foi de 74% (CHQ, 2008; ANAPH, 2008). No Brasil, os HE contratualizados apresentaram em 2007, uma taxa de ocupação hospitalar de 81% (BRASIL, 2009b). No hospital em

questão, a taxa de ocupação geral apresentou melhora, ficando no segundo triênio (2006-2008) em 85,2%, portanto, acima da média nacional.

Em relação à unidade de terapia intensiva (UTI) e unidade de cuidados intermediários (UCI) neonatais também houve melhora. Quanto à UTI adulto cabe destacar que o pior desempenho no segundo triênio está relacionado à superlotação que atinge taxas próximas a 100% de ocupação, acima portanto, dos 85% recomendados nacionalmente (MEZZOMO, 1982; LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009).

Em contrapartida, o baixo desempenho da UTI Pediátrica decorre da sua ocupação, indicando a necessidade de se aprofundar o estudo sobre estes dados, considerando a existência de outros serviços que atendem esta clientela, e ainda a mudança do perfil de morbidade infantil, decorrente entre outros fatores, da melhoria na qualidade da atenção básica, voltada às ações de promoção, prevenção e atenção precoce da saúde da criança. As políticas de saúde, a partir das décadas de 80 e 90, desenvolveram programas buscando oferecer atendimento mais qualitativo e efetivo a esse grupo populacional (ERDMANN; SOUSA, 2009).

A promoção da saúde integral da criança e o desenvolvimento das ações de prevenção de agravos e assistência são objetivos dos Programas de Atenção à Saúde da Criança desenvolvidos pelo MS que além, da redução da mortalidade infantil, apontam para o compromisso de se prover qualidade de vida para a criança (BRASIL, 2004i).

Houve melhora dos índices de servidores das categorias de técnico administrativo e de técnico de enfermagem por leito após a contratualização. Estes dados podem ser atribuídos à desativação de leitos em algumas unidades, com redistribuição do pessoal entre as demais unidades do hospital, indicando uma possível otimização da relação paciente/servidor. No entanto, cabe ressaltar que se trata de uma melhora aparente, haja vista que a desativação dos leitos foi decorrente da falta de reposição de pessoal no hospital.

A falta de recursos humanos atuantes nos serviços de saúde resulta na queda da qualidade da assistência prestada ao paciente e aumento dos riscos de acidentes ao profissional pela intensificação das cargas de trabalho envolvidas no processo. A redução numérica e qualitativa dos recursos humanos de enfermagem em instituições de saúde colabora para a instalação de conflito que se estabelecem

entre o custo e o benefício, entre o pessoal e o institucional, entre o capital e o trabalho, e entre o técnico e o ético (GAIDZINSKI; FUGULIN; CASTILHO, 2005).

Nos indicadores de giro de rotatividade, intervalo de substituição e média de permanência, o desempenho caiu no segundo triênio.

De acordo com os critérios de avaliação institucional estabelecidos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004g), o valor mínimo de giro de rotatividade para pontuação é de 55 internações/leito/ano. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2009b) encontrou numa amostra de 119 HE contratualizados do Brasil, que o giro de rotatividade/capacidade de internação por leito nesses hospitais subiu de 40,3 em 2004, para 42,7 em 2007. No presente estudo verificou-se uma queda do primeiro para o segundo triênio estudado de 41 para 37, ou seja, abaixo da média nacional e bastante aquém da recomendada pelo MS.

No HUL observa-se que a média de permanência tem se mantido em níveis elevados, ou seja, 8,2 em 2002 e 8,46 em 2008. A ocorrência de internações que apresentam elevada permanência desnecessária no pré-operatório, por exemplo, aumenta artificialmente a média de permanência hospitalar, reduzindo a capacidade de giro do leito, além de aumentar a taxa de ocupação. Conforme La Forgia e Couttolenc (2009, p.85) “internações longas, mas desnecessárias podem inflar artificialmente a taxa de ocupação do leito”. Portanto, é importante uma análise mais acurada da situação de giro do leito e do tempo médio de permanência no hospital estudado.

O desempenho dos indicadores de produtividades está representado na Figura 5.

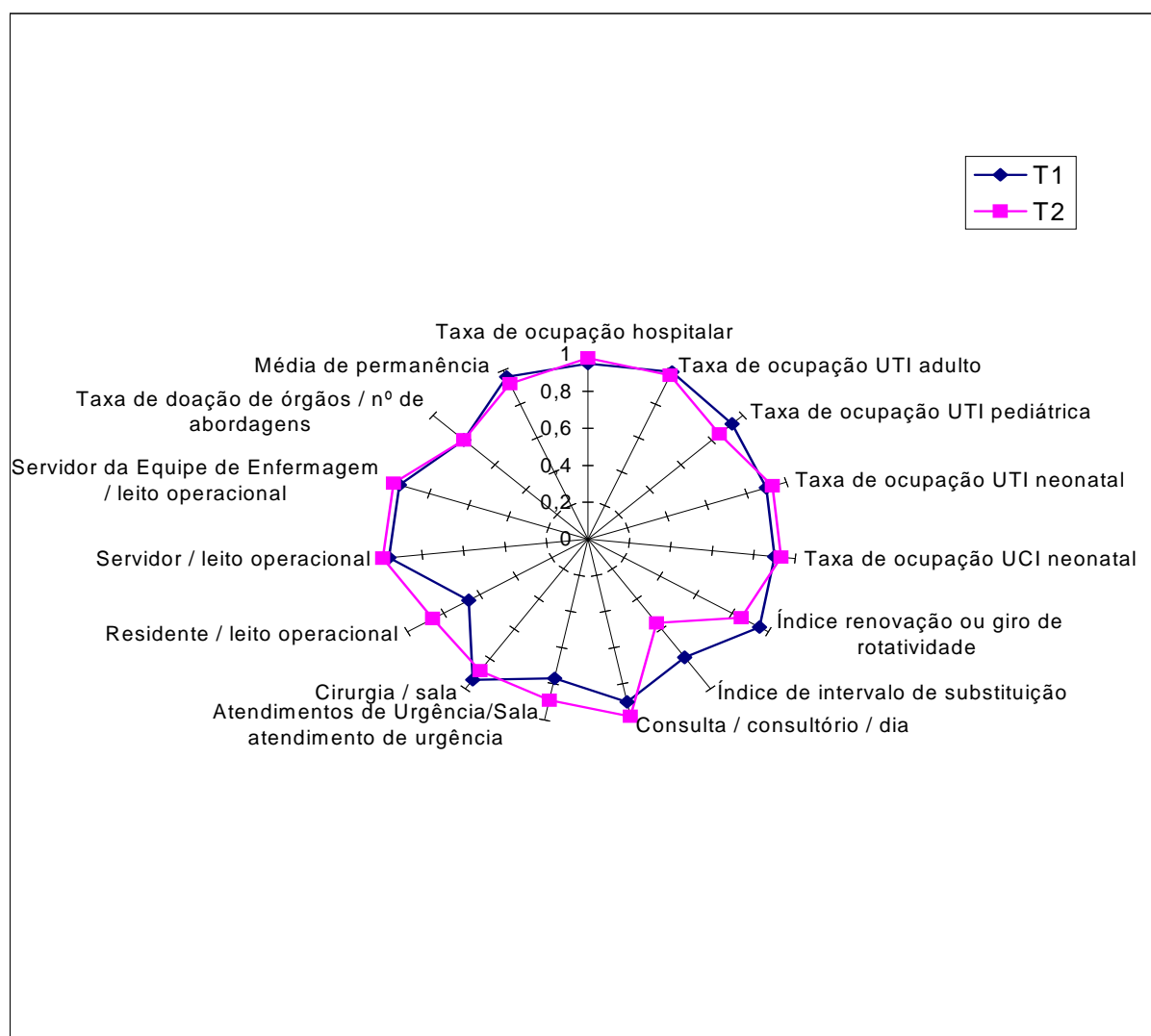


Figura 5 – Desempenho dos indicadores de resultado referentes à produtividade nos Triênios 1 e 2 no Hospital Universitário. Londrina – PR, 2009.

Os indicadores de resultado relacionados a custos estão apresentados na Tabela 6.

Tabela 6 – Distribuição dos indicadores de resultado relacionados a custos nos Triênios 1 e 2 no Hospital Universitário. Londrina – PR, 2009.

Indicador	2002	2003	2004	T1	2006	2007	2008	T2
Custo médio paciente dia internado	0,86	0,90	1,00	0,92	0,72	0,57	0,55	0,61
Custo médio do atendimento ambulatorial	0,73	0,84	0,91	0,83	1,00	0,68	0,81	0,83
Custo médio do atendimento do Pronto Socorro	0,90	1,00	0,99	0,96	0,72	0,54	0,54	0,60
Índices acumulados	2,49	2,74	2,90	2,71	2,44	1,79	1,89	2,04

Fonte: Relatórios de Custos do HUL, 2009.

Os indicadores de custos tiveram pior desempenho no segundo triênio, tendo o índice médio acumulado reduzido de 2,71 para 2,04. Esperava-se o contrário, uma vez que as formas de pagamento da contratualização, caracterizadas pela orçamentação mista e exigência da comissão de gestão de custos, deveriam estimular o uso racional dos recursos gerando menores custos.

Verifica-se porém, que a partir da contratualização e atribuível a esta, houve ampliação de atendimentos de alta complexidade, conseqüentemente, elevando custos e minimizando possíveis efeitos que a nova forma de pagamento poderia produzir na redução dos mesmos. Além disso, há que se considerar o aumento de custos provocado pela folha de pagamento. Em que pese as despesas com a folha de pagamento ser mantidas pelo Governo do Paraná dentro de uma política salarial única para as Instituições de Ensino Superior do Estado (IES) e, portanto, independente da administração do hospital e da contratualização, verifica-se que em 12 abril de 2006, após um longo período de represamento dos níveis salariais, ocorreu importante reajuste com a criação de novo quadro de carreira – Lei Estadual 15.050 (PARANÁ, 2006).

O hospital em estudo é um dos poucos no Brasil que possui um sistema estruturado de apuração de custos que é aprimorado constantemente, inclusive com capacitação da comunidade interna na gestão de custos. No entanto, este sistema ainda não contabiliza a depreciação dos equipamentos para gestão patrimonial conforme recomendado pela Lei de Responsabilidade Fiscal (BRASIL, 2000).

La Forgia e Couttolenc (2009) afirmam que menos de 5% dos hospitais brasileiros possuem sistemas de custos e, para estes autores, os custos médios dos HUE são maiores que os não universitários, o que é corroborado por outros autores como Médice (2001) e Bonacim e Araújo (2009).

Matos *apud* La Forgia e Couttolenc (2009) analisou os custos de 107 procedimentos de internação numa amostra de 16.500 casos selecionados de 25 hospitais públicos e privados financiados pelo SUS e encontrou variação de 20 a 221% nos custos médios, com média de variação de 55%. Verificou ainda que o custo específico dos procedimentos tem grande variação entre hospitais e pacientes dentro de uma mesma unidade.

A Figura 6 representa o desempenho dos indicadores de custos nos triênios estudados.

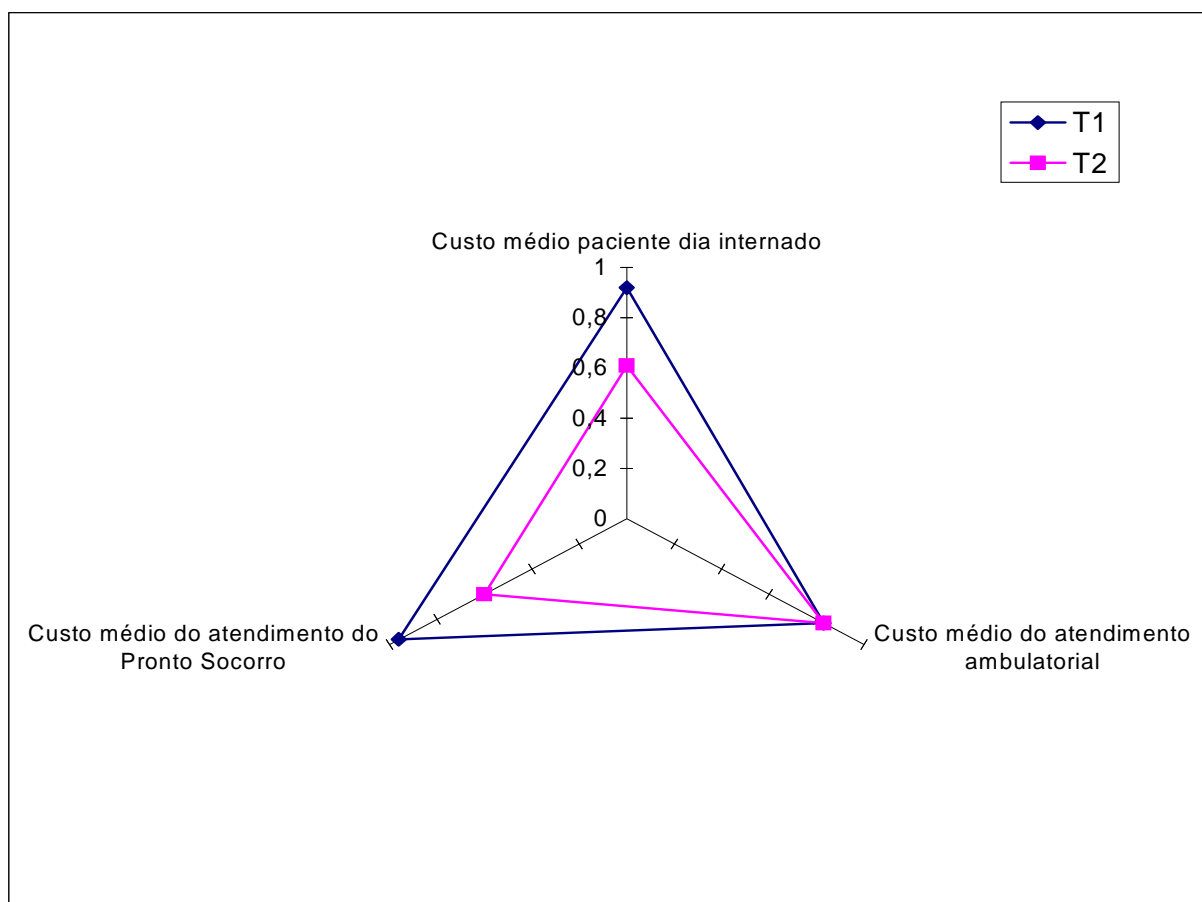


Figura 6 – Desempenho dos indicadores de resultado relacionados a custos nos Triênios 1 e 2 no Hospital Universitário. Londrina – PR, 2009.

A tabela 7 apresenta os índices de desempenho referentes aos indicadores de qualidade.

Tabela 7 – Distribuição dos indicadores de resultado referentes à qualidade nos Triênios 1 e 2 no Hospital Universitário. Londrina – PR, 2009.

Indicador	2002	2003	2004	T1	2006	2007	2008	T2
Taxa de mortalidade geral	0,96	1,00	0,99	0,98	0,85	0,89	0,84	0,86
Taxa de mortalidade institucional	0,90	1,00	0,91	0,94	0,86	0,83	0,76	0,82
Taxa de mortalidade infantil	0,67	0,54	0,98	0,73	1,00	0,71	0,83	0,85
Taxa de mortalidade materna	0,24	1,00	1,00	0,75	0,38	0,92	0,23	0,51
Taxa de mortalidade pós-operatória	0,75	1,00	0,86	0,87	0,72	0,81	0,67	0,73
Taxa de infecção hospitalar	1,00	0,71	0,61	0,77	0,71	0,67	0,60	0,66
Taxa de necropsia	0,95	0,97	1,00	0,97	0,94	0,99	0,88	0,94
Taxa de cesáreas	0,92	1,00	0,94	0,95	0,84	0,75	0,71	0,77
Nº habilitações em Alta Complexidade	0,78	0,78	0,78	0,78	0,78	0,89	1,00	0,89
% Ótimo/Bom Pesq. Satisfação do Usuário	0,80	0,67	0,94	0,80	0,88	0,93	1,00	0,94
Índices acumulados	7,97	8,66	9,00	8,54	7,96	8,38	7,50	7,95

Fonte: Relatórios do SAME e da Qualidade HUL e CNES, 2009.

Os indicadores de qualidade apresentados na Tabela 7 demonstram no geral, um declínio no desempenho após a contratualização, passando de 8,54 para 7,95.

Para encontrar as possíveis razões para tal, fez-se uma busca nos relatórios de avaliação do plano operativo e das comissões específicas de análise de óbitos, auditoria interna e infecção hospitalar. Foi verificado que os óbitos eram compatíveis com o perfil dos pacientes, particularmente idade avançada e com presença de comorbidades (UEL, 2007b).

As infecções hospitalares estavam relacionadas ao aumento da proporção de pacientes graves, a superlotação das UTI e ao déficit do quadro de funcionários, que compromete a qualidade do cuidado (UEL, 2007c). Ainda em relação à mortalidade materna e taxas de cesáreas, as mesmas estavam relacionadas ao perfil de atendimento das pacientes portadoras de patologias obstétricas (UEL,

2006a). Contudo, há que se considerar a necessidade de o hospital estar mais bem preparado para o desempenho das ações de maior complexidade, mantendo níveis mais adequados dos indicadores, principalmente no que se refere ao controle da infecção hospitalar e das taxas de mortalidade.

Nos serviços de saúde tem aumentado a preocupação em relação ao seu desempenho e utilização adequada. A avaliação e o monitoramento da qualidade da atenção dispensada tem sido alvo de muitas propostas e extenso debate. Nos últimos anos, ao lado da efetividade e eficiência da atenção, aumenta a preocupação com a segurança dos pacientes tanto no âmbito hospitalar como ambulatorial (SCHOUT; NOVAES, 2007).

Os indicadores de mortalidade infantil, número de habilitações em AC e percentual de ótimo e bom na pesquisa de satisfação do usuário foram os indicadores de qualidade que apresentaram melhores resultados após a contratualização.

O desempenho dos indicadores de qualidade está representado também na Figura 7.

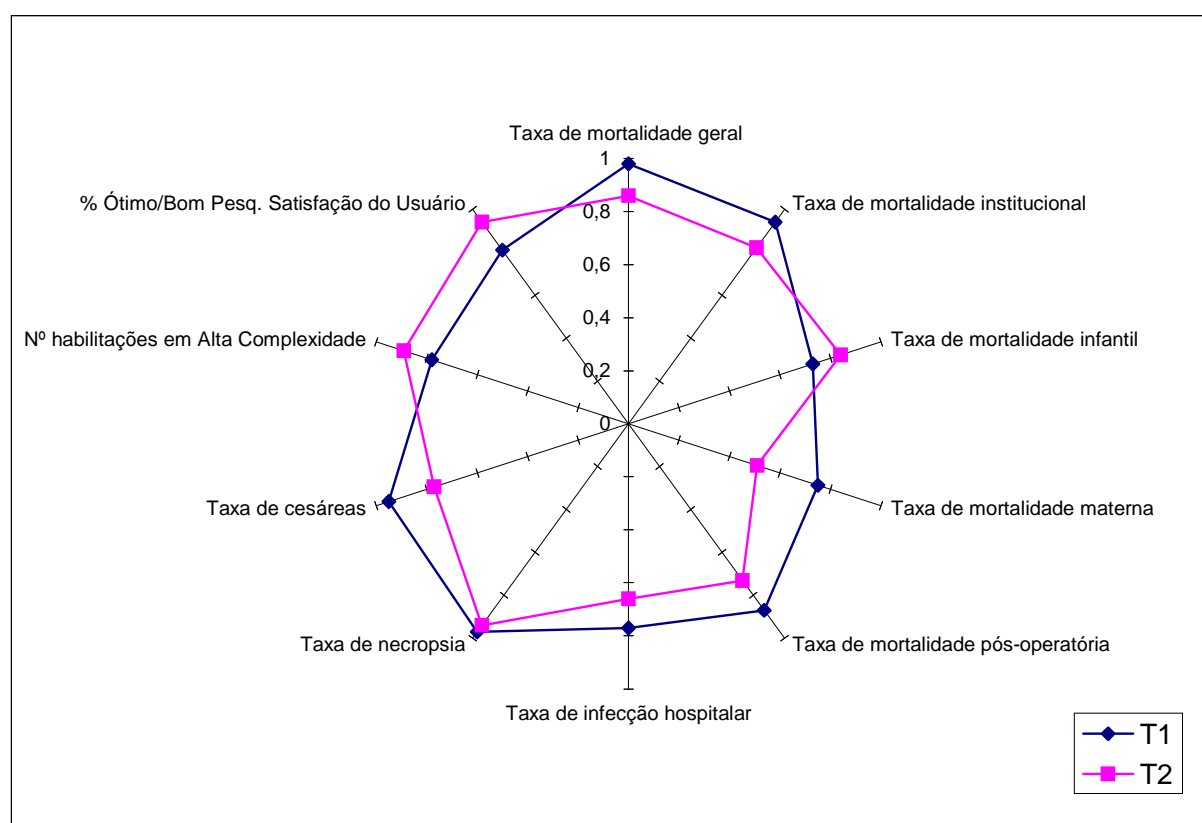


Figura 7 – Desempenho dos indicadores de resultado referentes à qualidade nos Triênios 1 e 2 no Hospital Universitário. Londrina – PR, 2009.

Os indicadores relacionados a ensino e pesquisa estão apresentados na Tabela 8.

Tabela 8 – Distribuição dos indicadores de resultado relacionados a ensino e pesquisa nos Triênios 1 e 2 no Hospital Universitário. Londrina – PR, 2009.

Indicador	2002	2003	2004	T1	2006	2007	2008	T2
Nº programas de residência médica	0,97	0,97	0,97	0,97	0,97	0,97	1,00	0,98
Nº residentes de medicina	0,89	0,95	0,91	0,92	0,88	0,93	1,00	0,94
Nº outros programas de residência	0,20	0,20	0,20	0,20	0,70	0,90	1,00	0,87
Nº residentes de outros programas	0,15	0,15	0,15	0,15	0,35	0,64	1,00	0,66
Nº internos	0,92	0,93	0,93	0,93	1,00	1,00	1,00	1,00
Nº alunos do Centro de Ciências da Saúde	0,88	0,89	0,89	0,89	0,89	1,00	0,87	0,92
Índices acumulados	4,00	4,08	4,04	4,05	4,78	5,42	5,87	5,36

Fonte: Secretaria da Residência HUL, e Sistema Pró-Reitoria de Graduação/UEL, 2009.

Todos os indicadores de ensino e pesquisa mostram melhora de desempenho no segundo triênio. Estes indicadores, considerados obrigatórios pelo Ministério da Educação (BRASIL, 2004b, 2007a), constituem pré-requisito indispensável para a contratualização.

Em que pese a importância das atividades de ensino e pesquisa para um HE, verifica-se, com base nos relatórios de acompanhamento do POA, que a função de ensino destes hospitais continua constando no plano mas são pouco considerados pelos gestores locais, refletindo a necessidade de melhor compreensão dos mesmos sobre a missão desses hospitais.

A eficiência da produtividade assistencial pode estar associada à qualidade das atividades de ensino desenvolvidas pelos hospitais. Apesar das atividades de ensino estarem relacionadas ao aumento do custo da produção, o desenvolvimento e a excelência do ensino e da pesquisa podem ser considerados como uma das estratégias prioritárias para o enfrentamento da crise de financiamento dos HE, justamente ao explorar aquilo que verdadeiramente os diferencia dos demais hospitais (LOBO et. al., 2009).

O desempenho desses indicadores de ensino e pesquisa está representado na Figura 8.

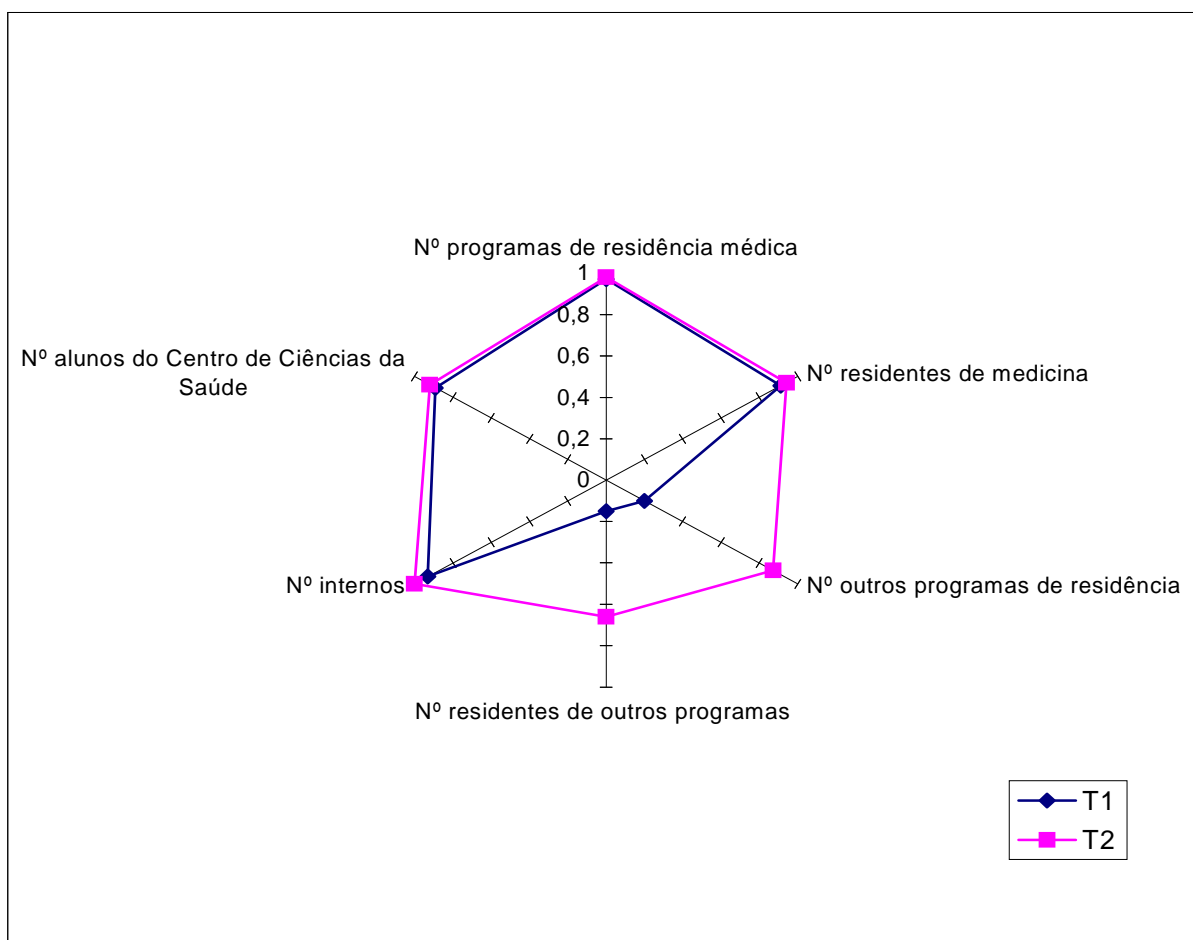


Figura 8 – Desempenho dos indicadores de resultado relacionados a ensino e pesquisa nos Triênios 1 e 2 no Hospital Universitário. Londrina – PR, 2009.

Em documento enviado à Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (ABRAHUE) pelo HUL (UEL, 2007d) foram atribuídas à contratualização:

- Melhor interação entre o HUL e o gestor local do SUS, com redução dos conflitos decorrentes do excesso de burocracia antes existentes, como por exemplo, a eliminação da autorização prévia e individual pela auditoria do SUS, de procedimentos médicos e/ou exames complementares de baixa e média complexidade.
- Melhor interação entre as direções do HUL e do Centro de Ciências da Saúde (CCS)/UEL com o corpo clínico dos docentes que prestam assistência aos usuários, em função da criação da comissão interna de

acompanhamento e avaliação dos POA composta por representantes das diversas áreas acadêmicas e assistenciais, nos moldes da comissão externa prevista na contratualização.

- Melhor organização do fluxo de agendamento das consultas especializadas e de exames, bem como dos atendimentos do Pronto Socorro.

Observa-se que a criação da comissão interna de acompanhamento e avaliação dos POA possibilitou maior envolvimento dos profissionais dessas áreas na programação e execução das atividades de atenção, ensino, pesquisa e gestão em saúde.

Quanto ao fluxo de agendamento e atendimento, verifica-se que a totalidade dos serviços prestados pelo hospital passou para a regulação da gestão local do SUS, exceto nos casos em que o sistema municipal não tem condições de atender em outros serviços. Nesta situação, os pacientes são encaminhados às clínicas do próprio complexo hospitalar como o Ambulatório, Pronto Socorro, Unidades de Internação e de Apoio Diagnóstico e Tratamento.

A partir da contratualização o Hospital passou a contar também com outras comissões internas atuantes, incluindo, além das obrigatórias, as de humanização do atendimento e de análise e gestão de custos. Da mesma forma, foi reestruturada a área de educação em serviço, implantado o serviço de ouvidoria acessível a clientes externos e internos, e ainda, adotado o planejamento estratégico setorial com avaliação anual – ainda que não atrelado diretamente à contratualização.

Pela análise dos relatórios de acompanhamento dos POA referentes ao período de estudo, verificou-se que de acordo com os critérios de avaliação estabelecidos nos respectivos planos, as metas e indicadores de desempenho pactuados foram sempre cumpridos, porém mantiveram-se praticamente estáticas e defasadas em relação às demandas atendidas.

Por outro lado, foram verificados alguns descompassos entre a solicitação de serviços pelo gestor local do SUS e a oferta de serviços pelo hospital. Observou-se por exemplo, pedidos de exames complementares e procedimentos não previstos nos POA e que o hospital não conseguiu atender. Ao mesmo tempo, outros serviços disponibilizados pelo mesmo não foram aproveitados na totalidade prevista, como

por exemplo, a litotripsia em que o HUL é o único serviço público da região a disponibilizá-lo para o SUS, bem como as primeiras consultas de especialidades, cuja perda por não comparecimento do paciente chega a 30%⁴.

Cabe destacar que o não aproveitamento do serviço de litotripsia ofertado gratuitamente pelo hospital em contraposição à compra deste mesmo serviço de instituições privadas é destoante com os preceitos legais, podendo gerar questionamentos sobre tal situação no âmbito da gestão do SUS no município⁵.

Há registros também de que a comissão interinstitucional de acompanhamento e avaliação do POA, com o passar do tempo e das mudanças dos titulares (secretário e diretores) da Autarquia Municipal de Saúde de Londrina, tornou-se menos efetiva por falta de convocação pelo gestor municipal (UEL/2009). El-Warrak (2008) em estudo realizado no município do Rio de Janeiro - RJ destaca que a capacidade de governo é condição essencial para o sucesso da contratualização.

No presente estudo, verificou-se uma constância no trabalho da comissão interna de monitoramento e acompanhamento do hospital que, de certa forma, supriu a deficiência do trabalho da comissão interinstitucional.

A comissão interna de monitoramento do HUL avalia sistematicamente o alcance das metas pactuadas por meio de relatórios detalhados sobre a execução do POA em reuniões periódicas. Identificou-se a realização de 29 reuniões em 4 anos (2005 a 2008, ou seja, em média uma a cada 50 dias). Em situações específicas como de aumento das taxas de infecção, de mortalidade hospitalar ou de cesáreas, em determinado mês ou unidade, foram solicitadas análises específicas sobre os motivos das mesmas às comissões ou áreas competentes (UEL, 2006a, 2006b, 2007b, 2007c)

No entanto, há que se considerar que no processo de contratualização do SUS consubstanciado no contrato de gestão, independente da natureza jurídica da entidade ou órgão prestador de serviços, são imprescindíveis mecanismos efetivos de acompanhamento, controle e avaliação, cabendo ao gestor do sistema de saúde,

⁴ Informações da Ata 03/06, de 11/04/06, da Comissão Interna de Acompanhamento da Contratualização SUS do HUL, Ofício 165, de 16/05/06, da Diretoria Superintendente do HUL e Ata 173ª Reunião Ordinária, de 16/10/07, do Conselho Municipal de Saúde de Londrina.

o papel de regulação e supervisão dos serviços e atividades pactuadas, sob pena de comprometimento de todo o processo.

La Forgia e Couttolenc (2009) apontam que os hospitais públicos da administração direta, que representam aproximadamente 95% dos hospitais públicos do País, têm em geral, os piores desempenhos entre todos. Para os autores, a melhoria de desempenho desses hospitais passa por uma maior autonomia decisória e responsabilização, e essa seria uma condição para melhoria da gestão e assistência hospitalar no Brasil. Corroborando esta afirmação, o estudo do TCU (2009) constatou ser necessária maior autonomia administrativa para uma gestão mais eficiente dos HUE. Da mesma forma a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo tem estimulado a autonomia administrativa e financeira dos HE em relação às Universidades em que se inserem, na perspectiva de melhor integrar as atividades de assistência, de ensino e de pesquisa (BARATA; MENDES; BITTAR, 2010).

Em nossa opinião, no contexto da contratualização com o SUS é fundamental o comprometimento efetivo da administração do HUL e da UEL e dos servidores para a melhoria do desempenho institucional, por meio de mecanismos de incentivos ou de responsabilização por resultados.

Cabe destacar que o hospital estudado, além da pouca autonomia administrativa, não tem governabilidade sobre os servidores docentes, e que estes por sua vez, não recebem qualquer gratificação ou adicional pelas atividades de assistência, exceto quando em regime de plantão. Há alguns registros de discussões iniciais sobre a criação de fundos destinados ao pagamento de incentivos aos profissionais do hospital vinculados ao cumprimento de metas setoriais de acordo com a contratualização, mas não houve avanços neste sentido (UEL, 2005).

O MS estabelece por meio do termo de referência para contratualização entre hospitais de ensino e gestores de saúde (BRASIL, 2004c) que o componente financeiro condicionado ao cumprimento de metas deve ser de no mínimo 10% do valor de custeio fixo, como fator de incentivo ao cumprimento de metas de qualificação das ações e atividades de atenção à saúde, ensino e pesquisa. Estabelece ainda, que esse percentual deve aumentar por ocasião da renovação do POA à proporção mínima de 5% ao ano até atingir 50% do valor de custeio fixo.

⁵ Conforme Lei 8080, art. 24; Portarias MS 1286/93. Art.1º; 1995/94, art. 2º; 3277/06, art 2º e NOAS 2002, item 41.2; a contratação de serviços privados de saúde com ou sem fins lucrativos e de forma complementar, somente

Entretanto, isso não vem sendo considerado nas pactuações subseqüentes do HUL com o gestor local, mantendo-se nos 10% iniciais.

Julga-se importante que parte dos recursos recebidos pelo hospital em estudo por cumprimento de metas e produção pudesse ser destinada ao incentivo da melhoria de desempenho. A remuneração vinculada à produtividade para os profissionais dos HUE federais também é recomendada pelo Tribunal de Contas da União (TCU, 2009).

Neste aspecto, Lima-Gonçalves (2002) defende o comprometimento de todos os profissionais, em especial dos médicos, para a redução dos custos assistenciais, e Andreazzi (2003) ressalta que para efeito de incentivo é necessária a participação do conjunto dos trabalhadores, incluindo os médicos, na formulação dos critérios, planejamento, controle e avaliação das atividades, numa perspectiva mais abrangente do sistema de saúde e da própria sociedade.

Por sua vez, Zucchi e Bittar (2002) afirmam que os recursos humanos não estão nas instituições, mas são as próprias organizações. Desta forma, no âmbito da gestão, dever-se-ia pensar em modelos de incentivos mais inovadores que promovessem a valorização dos profissionais e a coesão dos esforços para a obtenção de melhores desempenhos e resultados voltados à luz da missão proposta para o hospital.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entende-se que a contratualização representa um avanço na relação jurídico-institucional do gestor do SUS com os hospitais e na forma de remuneração destes por meio de instrumentos mais modernos e flexíveis, podendo contribuir para o aprimoramento da gestão, com foco na melhoria da eficiência e da qualidade dos serviços prestados à população. Apresenta-se como um instrumento de planejamento, monitoramento, avaliação e regulação, com possibilidades de otimização dos recursos públicos, de modo a melhorar o acesso e qualidade dos serviços de saúde.

Com a contratualização reduz-se a possibilidade de imposição unilateral ou pró-forma dos antigos contratos e excessos de controle de processos, muitas vezes contrários aos interesses do cidadão, fatos estes, típicos da administração pública burocrática. Reduz também a possibilidade de mecanismos de pagamentos complexos, rígidos, desvinculados de custos e repletos de distorções, duplicidades, inconsistências e informações falhas, bem como da auditoria de enfoque legalista.

Os resultados encontrados no presente estudo evidenciam algumas mudanças nos indicadores de desempenho após a contratualização, ainda que as mesmas estejam aquém dos resultados desejáveis. Os melhores indicadores se concentraram na dimensão estrutura, já na dimensão resultado não se observou melhora nos custos e na qualidade.

Os principais efeitos atribuíveis à contratualização foram: aumento do número de equipamentos cadastráveis no CNES existentes no hospital, aumento da proporção de procedimentos ambulatoriais e hospitalares de alta complexidade, ampliação da oferta de consultas especializadas na Central de Regulação e aumento da receita.

A simplificação dos processos administrativos com pactuação de metas e definição de responsabilidades institucionais (orçamentação mista) e mecanismos de acompanhamento e avaliação propiciados pela contratualização, têm potencial limitado de melhoria da gestão e do desempenho se não houver autonomia e mecanismos internos de envolvimento e comprometimento dos profissionais das diversas áreas com os resultados institucionais que se deseja alcançar.

Portanto, os bons resultados da contratualização não dependem apenas da implantação de um instrumento formal de financiamento e gestão. São necessários outros mecanismos de sustentação das mudanças da própria cultura institucional dos hospitais, como a mobilização do corpo técnico, educação permanente dos profissionais, planejamento estratégico para pactuação de metas e monitoramento e avaliações constantes.

Da mesma forma, é fundamental a adoção de mecanismos de fortalecimento da proposta de contratualização pelos gestores locais e estaduais e do próprio Ministério da Saúde visando garantir sua continuidade. No processo de efetivação da contratualização é fundamental ainda o comprometimento de todos os atores - gestores municipais e estaduais, dirigentes e trabalhadores de hospitais, para que a pactuação promova resultados positivos e as correções de rumo sejam feitas nos momentos oportunos.

Neste estudo, identificamos alguns fatores intervenientes que podem ter contribuído para que os efeitos da contratualização nos indicadores selecionados tenham sido pouco sensíveis. Um deles refere-se ao tempo de implantação da proposta que ainda pode ser considerado curto em relação à complexidade dos processos de mudanças da cultura organizacional e da lógica de funcionamento do hospital em estudo.

Outro fator é a pouca autonomia do hospital, em especial quanto à gestão de recursos humanos. Em que pese constar na definição de sua Visão Institucional há mais de 10 anos, "*Ser um hospital público, universitário, autônomo, auto-suficiente, de excelência, de referência na assistência e na gestão hospitalar, integrado ao sistema de saúde local e regional*" (UEL, 1998), o HUL continua sendo apenas um dos órgãos suplementares da universidade. Os convênios e ajustes referentes ao processo de contratualização são firmados pela Reitoria, que também possui autonomia limitada e é dependente do governo estadual.

As sucessivas trocas dos titulares da gestão local do SUS, a deficiência de acompanhamento e avaliação dos planos operativos anuais e ainda as defasagens dos valores contratados, também se apresentam como obstáculos para melhores resultados da contratualização no hospital estudado.

A cultura da gestão pública brasileira precisa avançar no sentido de que as iniciativas e práticas bem sucedidas não sejam desprezadas com as mudanças de governo, como geralmente ocorre em todas as esferas de gestão.

Em que pese o esforço do governo para a institucionalização da avaliação e a crescente produção acadêmico-científica sobre o tema, isso está longe ser uma prática consolidada na área da saúde, também por mudanças nos cenários políticos.

Para a *World Health Organization – WHO* (2003) os arranjos contratuais cumprem relevante papel nos sistemas de saúde, visando maximizar o impacto sobre o desempenho e a qualidade dos serviços à população, fazendo-se necessárias mudanças culturais dentro das unidades prestadoras. Peci et al. (2008) em estudo com representantes do governo e de Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) em Minas Gerais, verificaram que a gestão orientada por resultados está enraizada nos discursos dos representantes das partes, evidenciando uma mudança cultural em curso.

É importante ressaltar que a análise relativa à mudança de cultura organizacional e outras de caráter subjetivo, estava fora do escopo da presente pesquisa. Portanto, entende-se que estes aspectos devam ser objeto de outros projetos de avaliação ou estudos.

Destaque-se por fim, a dificuldade para comparação dos resultados, por se tratar de um tema novo, ainda pouco explorado. Da mesma forma, a obtenção dos dados para análise dos indicadores evidenciou grande fragilidade dos mecanismos de registro de dados e informações hospitalares decorrentes da falta de sistemas que favoreçam a avaliação de desempenho dos mesmos, o que prejudica a efetividade da gestão.

REFERÊNCIAS

AGUIRELA, C. E. Os desafios atuais da pesquisa em gestão hospitalar. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 5-6, jan./jun. 2003.

ANAPH estabelece novos critérios de associação e permanência na Instituição. **Boletim SINHA**, São Paulo, n. 4, out./nov./dez. 2008. Disponível em: <http://www.anahp.com.br/site/doc/publicacao/Boletim_SINHA_4_2008.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2009.

ANDREAZZI, M. F. S. **Forma de remuneração de serviços de saúde**. Brasília: IPEA, 2003. 33 p.

ARAÚJO, J. F. F. E. **A reforma do serviço nacional de saúde**: o novo contexto de gestão pública. 2002. Disponível em: <[http://www.se7enproject.com/works/papers/NEAPPSerial\(9\).pdf](http://www.se7enproject.com/works/papers/NEAPPSerial(9).pdf)>. Acesso em: 13 ago. 2007.

ATUALIZAÇÃO de ativos. **Suma Econômica**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 369, jan. 2009.

AZEVEDO, A. C. Avaliação de desempenho de serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 54-71, fev. 1991. Disponível em: www.scielo.org/scielo.php?pid=S003489101991000100013&script=sci_arttext. Acesso em: 15 maio 2010.

BARATA, L. R. B.; MENDES, J. D. V.; BITTAR, O. J. N. V. Hospitais de ensino e o Sistema Único de Saúde. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 12, n. 46, p. 7-14, jan./mar. 2010.

BARROS, P. P.; GOMES, J. P. **Os sistemas nacionais de saúde da União Européia, principais modelos de gestão hospitalar e eficiência no sistema hospitalar português**. Nova Lisboa: GANEC/Faculdade de Economia da Universidade Nova de Lisboa, 2002. 161 p.

BITTAR, O. J. N. V. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 3, n.12, p. 21-28, jul./set. 2001.

BITTAR, O. J. N. V. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde - parte II. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 6, n. 22, p.15-18, jan./mar. 2004.

BITTAR, O.J. N. V.; MAGALHÃES, A. (Ed). **Hospitais de ensino no estado de São Paulo**. São Paulo: Imprensa Oficial, 2007. 134 p.

BITTENCOURT, R. J.; HORTALE, V. A. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p.1439-1454, jul. 2009.

BONACIM, C. A. G.; ARAUJO, M. P. Valor econômico agregado por hospitais universitários públicos. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 49,

n. 4, p. 419-433, out./dez. 2009. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/rae/v49n4/v49n4a06.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Atenção Hospitalar. **Experiências e novas perspectivas para a contratualização nos hospitais de ensino e filantrópicos**. 8º AUDHOSP – Congresso Nacional de Auditoria em Saúde e Qualidade da Gestão e da Assistência Hospitalar. São Pedro, SP, 2009b.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado, 1988.

BRASIL. **Decreto 4.628, de 24 de janeiro de 1923 (Lei Eloy Chaves)**. Crea, em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no país, uma Caixa de Aposentadoria e Pensões para os respectivos empregados. Disponível em:
<http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/23/1923/4682.htm>. Acesso em: 08 jun. 2010.

BRASIL. **Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010b**. Institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais - REHUF, dispõe sobre o financiamento compartilhado dos hospitais universitários federais entre as áreas da educação e da saúde e disciplina o regime da pactuação global com esses hospitais. Disponível em:
<http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1000&pagina=1&data=27/01/2010>. Acesso em: 07 maio 2010.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em:
<<http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/leis/L8080.htm>>. Acesso em: 28 ago. 2007.

BRASIL. Lei nº 8.958, de 20 de dezembro de 1994. Dispõe sobre as relações entre as instituições federais de ensino superior e de pesquisa científica e tecnológica e as fundações de apoio e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 dez. 1994. Disponível em:
<<http://www.010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1994/8958.htm>> Acesso em: 05 ago. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Ata 73ª, 1998**. Significado das várias formas de remuneração na mudança do modelo de atenção e gestão da saúde. Disponível em:
<http://www.datasus.gov.br/conselho/agendabasica.htm>. Acesso: 25 jul. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde**: NOB-SUS 96. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 2400, de 2 de outubro de 2007a**. Estabelece os requisitos para certificação de unidades hospitalares como Hospitais de Ensino. Disponível em:
<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-2400.htm> . Acesso em: 02 maio 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 40, de 8 de janeiro de 2010a.** Constitui Comissão Interinstitucional com o objetivo de avaliar e diagnosticar a atual situação dos Hospitais Universitários e de Ensino no Brasil, visando reorientar e/ou formular a política nacional para o setor. Disponível em: <http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?data=11/01/2010&jornal=1&pagina=35&totalArquivos=80>. Acesso em: 07 de maio 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 562, de 12 de maio de 2003.** Constitui Comissão Interinstitucional com o objetivo de avaliar e diagnosticar a atual situação dos Hospitais Universitários e de Ensino no Brasil, visando reorientar e/ou formular a política nacional para o setor. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_interministerial_562.pdf. Acesso em: 28 ago. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº. 1.000, de 15 de abril de 2004b. Dispõe sobre os requisitos necessários para a certificação dos hospitais de ensino. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 abr. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº. 1.006, de 27 de maio de 2004d.** Dispõe sobre a criação do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1006.htm>. Acesso em: 07 maio 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.007/GM, de 27 de maio de 2004f.** Considerando o Programa Interministerial de reforço e manutenção dos hospitais universitários em conjunto com o Ministério da Educação. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1007.htm>>. Acesso em: 13 ago. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.044/GM, de 1º de junho de 2004e.** Institui a política nacional para os hospitais de pequeno porte, utilizando um modelo de organização e financiamento que estimule a inserção desses Hospitais de Pequeno Porte na rede hierarquizada de atenção à saúde, agregando resolutividade e qualidade às ações definidas para o seu nível de complexidade. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1044.htm>>. Acesso em: 13 ago. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.101/GM, de 12 de junho de 2002a** Estabelecer, na forma do anexo desta portaria, os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1101.htm>>. Acesso em: 13 ago. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.721-GM de 21 de setembro de 2005b.** Cria o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1721.htm>. Acesso em: 28 ago. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.924-GM de 14 de novembro de 2007b.** Redefine valores de procedimentos hospitalares constante da tabela do Sistema de

Informação Hospitalar - SIH/SUS e estabelece recursos a serem incorporados ao Limite Financeiro Anual da Assistência Ambulatorial e Hospitalar de Média e Alta Complexidade dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-2924.htm>. Acesso em: 28 ago. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 210 de 15 de junho de 2004h. Anexo I, Modificado conforme Portaria SAS/MS nº 123 de 28/02/05.** Normas de Classificação e Credenciamento de Unidades de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/download/Reformulacao%20do%20Anexo%20I.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 312/SAS, de 02 de maio de 2002b.** Estabelece, para utilização nos hospitais integrantes do Sistema Único de Saúde, a padronização da nomenclatura do censo hospitalar constante do anexo desta portaria. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2002/PT-312.htm>. Acesso em: 13 ago 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 852/GM, de 7 de Junho de 2005a.** Define características que facultam a participação de estabelecimentos de saúde na Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-852.htm>. Acesso em: 28 ago. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 1.702, de 17 de agosto de 2004c.** Cria o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1702.htm> . Acesso em: 13 ago. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 1.703, de 17 de agosto de 2004g.** Destina recurso de incentivo à contratualização de hospitais de ensino públicos e privados, e dá outras providências. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1703.htm> . Acesso em: 13 ago. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004i.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência.** 2009a. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/humanizacao/pub_destaque.php. Acesso em: 10 jun. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Reforma do sistema da atenção hospitalar brasileira.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Presidência da República. **Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000**. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Presidência da República. Disponível em: <http://www.uel.br/aai/pages/arquivos/Lei%20de%20Responsabilidade%20Fiscal.pdf>. Acesso 02 jan. 2010.

CAMPOS, G. W. S. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 301-306, mar./abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232007000200002&script=sci_artt_ext> Acesso em: 15 maio 2010.

CARDOSO, L. T. Q. **Admissão tardia em unidade de terapia intensiva como fator de risco para mortalidade**: um estudo de coorte prospectivo. Tese (Doutorado em Medicina e Ciências da Saúde). Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 2008.

CARVALHO, A. P. **Seminário modelos jurídicos e instrumentos de gestão**. Brasília: ABRAHUE, 2006.

CARVALHO, G. **Gastos com saúde no Brasil em 2007**. São José dos Campos, 2008. Disponível em: <http://www.fss.org.br/texto_view.php?id=10>. Acesso em 15 maio 2010.

CARVALHO, G.; ROSEMBURG, C. P.; BURALLI, K. O. Avaliação de ações e serviços de saúde. **Políticas Públicas de Saúde**. São Paulo, v. 24, n. 1, p. 72-88. 2000.

CHIORO A. Hospitais de ensino: uma resposta estrutural à crise. **Boletim ABEM**, Rio de Janeiro, p. 8-9, set./out. 2004. Disponível em: <http://www.abrahue.org.br/pdf/boletim_abem.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2007.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. A avaliação da área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 29-47.

CORDONI JUNIOR, L. **Elaboração e avaliação de projetos em saúde coletiva**. Londrina: EDUEL, 2005. 117 p.

COSTIM, C. M. O sistema único de planejamento, orçamentação e avaliação. **Revista TCU**. Brasília, v. 22, n. 49, p. 57-64, jul./set. 1991.

CQH: compromisso com a qualidade hospitalar. **Indicadores**: hospitais gerais, 4º trimestre 2008. Disponível em: <<http://www.cqh.org.br/?q=node/322>>. Acesso em: 10 dez. 2009.

DONABEDIAN, A. Quality assurance in our health care system. **American Journal of Medical Quality**, Baltimore, v.1, n.1, p. 6-12, mar. 1986.

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

ERDMANN, A. L.; SOUSA, F. G. M. Cuidando da criança na Atenção Básica de Saúde: atitudes dos profissionais da saúde. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 33, n. 2, p.150-160. 2009.

FELISBERTO E. et al. Política de monitoramento e avaliação da atenção básica no Brasil de 2003 a 2006: Contextualizando sua implantação e efeitos. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 9, n. 3, jul./set. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292009000300013. Acesso em: 15 maio 2010.

FELISBERTO, E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 553-563, jul./set. 2006. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232006000300002&lng=pt&nrm=iso > . Acesso em: 15 maio 2010.

FELISBERTO, E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: Novos horizontes. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 4, n. 3, p. 317-321, jul./set., 2004.

FERNANDES, P. M. P. ; SAMANO, M. N. ; JUNQUEIRA, J. J. M. et al. Perfil do doador de pulmão disponibilizado no estado de São Paulo, Brasil, em 2006 . **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v. 34, n. 7, p. 497-505, jul. 2008.

FIGUEIREDO, A. M. A; TANAKA, O. Avaliação do SUS como estratégia de reordenação da saúde. **Cadernos Fundap**. São Paulo, v. 19, p. 98-105.1996.

FIGUERÓ, A. C.; FRIAS, P. G.; NAVARRO, L. M. Avaliação em saúde: conceitos básicos para a prática nas instituições. In: SAMICO, I.; FELISBERTO, E.; FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G. (Org.). **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. p.1-13.

FRIAS, P. G. et al. Atributos da qualidade em saúde. In: SAMICO, I.; FELISBERTO, E.; FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G. (Org.). **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. p.43 -55.

GAIDZINSKI, R. R.; FUGULIN, F. M. T; CASTILHO, V. Dimensionamento de Pessoal de Enfermagem em Instituições de Saúde. In: KURKGANT, P., et al. **Gerenciamento em Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 125-137.

GIL, C. R. R. **Práticas profissionais em Saúde da Família: expressões de um cotidiano em construção.** 2006. 284f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

GUIMARÃES, R. Bases para uma política nacional de ciência, tecnologia e inovação em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 375-377, abr./jun.

2004. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v9n2/20392.pdf>>. Acesso em: 22 set. 2009.

KAISER FAMILY FOUNDATION. U.S. GLOBAL HEALTH POLICY. **Gasto privado em saúde como percentagem do gasto total em saúde 2006**. Disponível em: <<http://www.globalhealthfacts.org/topic.jsp?i=70>> Acesso em: 15 maio 2010.

KANASHIRO, M. Crise nos hospitais universitários. 2003. Disponível em: <http://www.comciencia.br/reportagens/universidades/uni06.shtml>. Acesso em: 02 maio 2007.

LA FORGIA, G. M.; COUTTOLENC, B. F. **Desempenho hospitalar no Brasil**: em busca da excelência. São Paulo: Singular, 2009. 446 p.

LEBRÃO, M. L. Determinantes da morbidade hospitalar em região do Estado de São Paulo (Brasil). **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 55-63, fev. 1999.

LIMA-GONÇALVES, L. Condicionantes internos e externos da atividade do hospital-empresa. **RAE-eletrônica**, São Paulo, v. 1, n.2, jul./dez. 2002. Disponível em: <<http://www16.fgv.br/rae/artigos/980.pdf>>. Acesso em: 05 jan. 2010.

LOBO, M. S. C. et al. O impacto da reforma de financiamento de hospitais de ensino no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 437-445, maio/jun. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n3/7103.pdf>>. Acesso em: 06 nov. 2009.

LOURENÇO, K. G.; CASTILHO, V. Classificação ABC dos materiais: uma ferramenta gerencial de custos em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n.1, p. 52-55, jan/fev. 2006.

MARINO, E. **Manual de Avaliação de projetos sociais**: uma ferramenta para a aprendizagem e desenvolvimento de sua organização. Belo Horizonte: AFS, 1998.

MARTIN, G. B.; CARVALHO, B. G; CORDONI JÚNIOR, L. A. Organização do sistema de saúde no Brasil. In: ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A; CORDONI JÚNIOR, L. (Orgs.). **Bases da saúde coletiva**. Londrina: EDUEL, 2001.

MARTINS, H. F. Cultura de resultados e avaliação institucional: avaliando experiências contratuais na administração pública federal. In: Congreso internacional del clad sobre la reforma del estado y de la administración pública, 7., 8-11 out. 2002. Lisboa. **Anais eletrônicos...** Lisboa, Disponível em:<http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/CLAD/clad0043327.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2008.

MÉDICE, A. C. **Economia e financiamento do setor saúde no Brasil**: balanços e perspectivas do processo de descentralização. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública: Universidade de São Paulo, 1994. 216 p.

MÉDICE, A. C. Hospitais universitários: passado, presente e futuro. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 149-156, abr./jun. 2001.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v47n2/a34v47n2.pdf>>. Acesso em: 18 dez. 2009.

MENDES, E.V. **Distrito sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do sistema de saúde. São Paulo: Hucitec, 1993. 310 p.

MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo, Hucitec, 1996. 304 p.

MEZZOMO, A. A. **Serviço do prontuário do paciente**: organização e técnica. São Paulo: CEDAS, 1982. 443 p.

NUNES, E. D. Sobre a história da saúde pública: idéias e autores. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 251-264. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232000000200004&lng=pt>. Acesso em: 19 maio 2010.

PARANÁ. **Lei nº 15050, de 12 de abril de 2006**. Altera para Carreira Técnica Universitária a denominação da Carreira de Pessoal Técnico Administrativo das Instituições Estaduais de Ensino Superior do Estado do Paraná e adota outras providências. Disponível em: <http://www.unicentro.br/prorh/pccs/LEI%20N%BA%2015.050.pdf>. Acesso em: 08 ago. 2009.

PAULUS JUNIOR, A.; CORDONI JUNIOR, L. Políticas públicas de saúde no Brasil. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 8, n.1, p.13-19, dez. 2006. Disponível em: <http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v8n1/v8n1_artigo_3.pdf>. Acesso em: 08 maio 2010.

PECI, A. et al. Oscips e termos de parceria com a sociedade civil: um olhar sobre o modelo de gestão por resultados no governo de Minas Gerais. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 6, p. 1137-1622, nov./dez. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rap/v42n6/06.pdf>>. Acesso em: 23 nov. 2009.

PEREIRA, L. C. B.; SPINCK, P. K. (Org). **Reforma do estado e administração pública gerencial da administração pública burocrática à gerencial**. 7. ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2005. 316 p.

PORTUGAL. **Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD)**. Relatório de Desenvolvimento Humano 2007/2008. Edições Almedina, SA. 2007. Disponível em: http://www.pnud.org.br/arquivos/rdh/rdh20072008/hdr_20072008_pt_complete.pdf. Acesso em: 19 maio 2010.

RAMOS, M. Z.; TOTTONI, J.; NARDI, H. C. A experiência do afastamento do trabalho vivenciada como processo de ruptura ou continuidade nos modos de viver. **Cadernos de Psicologia Social e Trabalho**, São Paulo, v.11, n. 2, dez. 2008.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. **SUS**: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos. Campinas: Instituto de Direito Sanitário Aplicado, 2007. 165 p.

SCHOUT, S.; NOVAES, H. M. D. Do registro ao indicador: gestão da produção da informação assistencial nos hospitais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n. 4, p. 935-944, jul/ago. 2007.

SHIMITI, M. (Org.). **Plano Municipal de Saúde 2006-2007**. Londrina: Secretaria Municipal de Saúde, 2007. Disponível em: http://home.londrina.pr.gov.br/saude/relatorios_gestao/downloads/plano_municipal_d_e_saude_2006_2007.pdf. Acesso em: 08 maio 2010.

SHIMITI, M. (Org.). **Plano Municipal de Saúde 2008-2011**. Londrina: Secretaria Municipal de Saúde, 2009. Disponível em: http://home.londrina.pr.gov.br/saude/relatorios_gestao/downloads/plano_municipal_d_e_saude_2008_2011.pdf. Acesso em: 08 jun 2010.

TCU. **Auditoria operacional**: Relatório nº TC 002.024/2009-5. Brasília: Tribunal de Contas da União, 2009. 185 p.

TREVISAN, L. Das pressões às ousadias: o confronto entre a descentralização tutelada e a gestão em rede no SUS. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 2, p. 237-254, mar./abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rap/v41n2/04.pdf>. Acesso em: 24 fev. 2010.

UEL. **Comissão interinstitucional para auditoria e análise da sistemática de repasse de verbas do SUS**: Relatório. Londrina: Universidade Estadual de Londrina, 2009.

UEL. Hospital Universitário. Auditoria Médica Interna. **Relatório de análise de prontuários relativos a cesárias realizadas em julho de 2006**. Londrina, 2006a.

UEL. Hospital Universitário. Comissão de Análise de Óbitos. **Caracterização dos óbitos ocorridos nas unidades Masculina e Pronto Socorro no mês de julho de 2007**. Londrina, 2007b.

UEL. Hospital Universitário. Comissão de Controle de Infecção Hospitalar. **Análise sobre o aumento da taxa de infecção hospitalar nas unidades Feminina, Masculina e Tisiologia**. Londrina, 2007c.

UEL. Hospital Universitário. Diretoria Administrativa. Divisão de Convênios. **Avaliação plano operativo 2005-2006**: Relatório. Londrina: Universidade Estadual de Londrina/Hospital Universitário, 2007a.

UEL. Hospital Universitário. Diretoria Administrativa. Divisão de Convênios. **Relatório de faturamento em 2007**. Londrina: Universidade Estadual de Londrina/Hospital Universitário, 2008.

UEL. Hospital Universitário. Diretoria Superintendente. **Questionário sobre a contratualização com o gestor local do SUS respondido à ABRAHUE**. Londrina, 2007d.

UEL. Hospital Universitário. Diretoria Superintendente. **Recepção dos Residentes 2010**: relatório. Londrina: Universidade Estadual de Londrina/Hospital Universitário, 2010.

UEL. Hospital Universitário. Diretoria Superintendente. **Reunião Direção de 17/12/2005**: relatório. Londrina: Universidade Estadual de Londrina/Hospital Universitário, 2005.

UEL. Hospital Universitário. HU/CCS planeja ações para resolver seus problemas: oficina de planejamento para gestão 1998-2002. **Boletim SaHUde**, n. esp. 1, ago. 1998.

UEL. Hospital Universitário. **Relatório da comissão interna de acompanhamento da contratualização – SUS, de 15/05/06**. Londrina, 2006b.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Z. A; VIEIRA-DA-SILVA L. M. **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p.15-39.

WATERS, H.; HUSSEY, P. Pricing health services for purchasers: a review of methods and experiences. **Health Policy**, Amsterdam, v. 70, n. 2, p. 175-184, Nov. 2004.

WORD HEALTH ORGANIZATION. Resolution of the World Health Assembly. Fifty-Sixty World Health Assembly. **The role of contractual arrangements in improving health systems' performance**. [Geneve], May 2003. Disponível em: <http://www.who.int/contracting/resolution_en.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2010.

ZUCCHI, P.; BITTAR, O. J. N. V. Funcionários por leitos: estudo em alguns hospitais públicos e privados. **Revista de Administração em Saúde**, v. 14, n. 1, p. 1-7, jan./mar. 2002. Disponível em: <http://www.cqh.org.br/files/ARTIGORAS14.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Indicadores de desempenho hospitalar inicialmente selecionados no Hospital Universitário de Londrina. Londrina-PR, 2009.

Dimensão	Categoria	Indicador
Estrutura	Instalações e equipamentos	N° de leitos instalados N° de leitos operacionais N° de Leitos complementares UCI/UTI UTI UTI neonatal UTI pediátrica UCI Neonatal N° de consultórios N° de salas de atendimento de urg/emerg. N° de salas cirúrgicas % Leitos operacionais destinados ao SUS % Leitos UTI s/ total leitos hospitalar % Leitos UCI Neo s/ N. Leitos UTI Neonatal N° total eq. Especiais cadastráveis no CNES N° de eq. diagnóstico por imagem N° de eq. de Infra-estrutura N° de eq. para manutenção da vida N° de eq. por métodos gráficos N° de eq. por métodos óticos N° de outros equipamentos
	Recursos Humanos	N° de docentes N° de funcionários por área/diretoria Enfermagem Clínica Administrativa Superintendente Total horas capacitação em serviço Enfermagem Clínica Administrativa Superintendente Número de Participantes
	Receita	Receita SUS (incluso incentivos) Valor médio por AIH Valor médio por procedimento ambulatorial

Continua

Continuação

Dimensão	Categoria	Indicador
Resultado	Produção	Nº de internações
		% de internações de AC
		Nº de procedimentos ambulatoriais
		Cirurgias amb. especializadas
		Procedimentos traumato ortopédicos
		Exames de patologia clínica ambulatoriais
		Ex. anatomo-citopatologia ambulatoriais
		Ex. Radiológicos ambulatoriais
		Ex. ultrassonográficos ambulatoriais
		Outros procedimentos de diagnose
		Fisioterapia
		Terapias especializadas
		Hemoterapia
		% de procedimentos ambulatoriais de AC
		Instalação de cateter
		Terapia renal substitutiva
		Quimioterapia
		Histocompatibilidade
		Medicina nuclear in vivo
		Radiologia intervencionista
		Tomografia computadorizada
		Acompanhamento de pacientes
		Nº de paciente-dia
		Nº de consultas realizadas
		% de 1ª consultas realizadas
		Clinicas básicas
		Especialidades
		% de consultas de retorno realizadas
Clinicas básicas		
Especialidades		
Nº 1ª consulta ofertada à central de marcação		
Clinicas básicas		
Especialidades		
% de 1ª consulta clínicas básicas		
Nº de atendimentos ambulatoriais		
Nº de atendimentos de urgência/emergência		

Continua

Continuação

Dimensão	Categoria	Indicador
Resultado	Produção	Nº de cirurgias HU AHC CTQ Nº de partos Normal Cesárea Nº de exames (análises cl/patolog/radiol) Nº de exames de análises clínicas Nº de exames radiológicos Nº de exames de anatomia patológica Nº de abordagem p/doação de órgãos/tecidos Nº descarte de doação por idade e clinico Por idade Clínico % Abordagem dos potenciais doadores
	Produtividade	Taxa de ocupação hospitalar (*) Taxa de ocupação UTI adulto Taxa de ocupação UTI pediátrica Taxa de ocupação UTI neonatal Taxa de ocupação UCI neonatal Índice renovação ou giro de rotatividade (*) Índice de intervalo de substituição (*) Consulta / consultório / dia atendimentos de urgências / Sala de atendimentos de urgência Cirurgia / Sala Residente / Leito operacional Servidor / Leito operacional Servidor equipe enfermagem / Leito operacional Taxa de doação de órgãos sobre abordagem Média de permanência (*)
	Custo	Custo médio paciente dia internado: Unidade masculina Unidade feminina Pediatria Maternidade

Continua

Continuação

Dimensão	Categoria	Indicador
Resultado	Custo	Moléstias infecciosas Pronto socorro internação Tisiologia Centro de tratamento de queimados Custo médio do atendimento ambulatorial Custo médio do atendimento do Pronto Socorro
	Qualidade	Taxa de infecção hospitalar Taxa de cesáreas Taxa de mortalidade materna hospitalar Taxa de mortalidade infantil Taxa de mortalidade pós-operatória Taxa de mortalidade hospitalar (*) Taxa de mortalidade institucional (*) Taxa de necropsia Integração à rede sentinela ANVISA Integração à Central de Regulação Leito Integração Efetiva à Central de Consulta Casa de Apoio ou Não Nº de Comissões Obrigatórias Ativas Nº de Comissões Não Obrigatórias Ativas Nº de Habilitações em Alta Complexidade % de Ótimo/Bom pesq. De satisf. Do Usuário
	Ensino e pesquisa	Nº de programas de residência médica Nº de residentes de medicina Nº de outros programas de residência Enfermagem Fisioterapia Odonto Buco Maxilo Multiprofissional Nº de residentes de outros programas Enfermagem Fisioterapia Multiprofissional Nº de internos Nº de alunos do Centro de Ciências da Saúde Nº de Pesquisas no HUL Realizadas Publicadas em periódicos Publicadas em livros e capítulos de livros

(*) Indicadores clássicos

APENDICE B – Planilha encaminhada para análise e seleção dos indicadores de desempenho hospitalar mais sensíveis à contratualização no Hospital Universitário de Londrina. Londrina - PR, 2009.

INSTRUÇÃO			
1. Trata-se da realização de uma pesquisa com objetivo de avaliar o desempenho de um hospital de ensino, no caso o HUL, antes e após da contratualização com o SUS.			
2. Solicitamos sua colaboração no sentido de assinalar, entre os indicadores relacionados a seguir, os mais sensíveis à contratualização do HUL, em sua análise.			
Dimensão	Categoria	Indicadores	
Estrutura	Instalações e equipamentos	Nº de leitos instalados	
		Nº de leitos operacionais	
		Nº de consultórios	
		Nº. de salas de atendimento de urgência	
		N. de salas cirúrgicas	
		% Leitos operacionais destinados ao SUS	
		% Leitos UTI s/ total leitos hospitalar	
		% Leitos UCI Neo s/ Nº Leitos UTI Neonatal	
	Recursos Humanos	Nº total de equipamentos cadastráveis no CNES existentes	
		Nº. de docentes	
		Nº de funcionários	
		Total de horas de capacitação em serviço	
		Nº de Participantes	
Receita	Receita SUS ingressada (incluso incentivos)		
	Valor médio por AIH		
	Valor médio por procedimento ambulatorial		
Resultado	Produção	Nº de internações	
		% de internações de AC	
		Nº de ações de atenção básica	
		Nº de procedimentos ambulatoriais	
		% de procedimentos ambulatoriais de AC	
		Média paciente dia	
		Nº total de consultas realizadas	
		% de consultas básicas (primeira e retorno) sobre o total	
		% de consultas de retorno	
		Nº de 1ª consulta ofertada à central de marcação de consulta	
		% de 1ª consulta clínicas básicas	
		Nº de atendimentos ambulatoriais	
		Nº de atendimentos de urgência/emergência	
		Nº de cirurgias	
		Nº de partos	
		Nº exames (análises cl/patolog/radiol)	
		Nº de exames de análises clínicas	
		Nº de exames radiológicos	
		Nº de exames de anatomia patológica	
		Nº de abordagem p/doação de órgãos/tecidos	
	Nº descarte de doação por idade e clínico		
	Por idade		
	Clínico		
	% Abordagem dos potenciais doadores		
	Produtividade	Taxa de ocupação hospitalar (*)	
		Taxa de ocupação UTI adulto	
		Taxa de ocupação UTI pediátrica	
		Taxa de ocupação UTI neonatal	
		Taxa de ocupação UCI neonatal	
		Índice renovação ou giro de rotatividade (*)	
		Índice de intervalo de substituição (*)	
		Consulta/consultório/dia	
		Atendimento de urgência / sala de atendimento de urgência	
		Cirurgia / Sala	
		Residente / leito operacional	
		Servidor / leito operacional	
Servidor da equipe de enfermagem / leito operacional			
Taxa de doação de órgãos sobre abordagem			
Média de permanência (*)			

Continua

Continuação

Dimensão	Categoria	Indicadores	
Resultado	Custo	Custo médio paciente dia internado	
		Custo médio do atendimento ambulatorial	
		Custo médio do atendimento do P. Socorro	
	Qualidade	Taxa de infecção hospitalar	
		Taxa de cesáreas	
		Taxa de mortalidade materna hospitalar	
		Taxa de mortalidade infantil	
		Taxa de mortalidade pós-operatória	
		Taxa de mortalidade hospitalar (*)	
		Taxa de mortalidade institucional (*)	
		Taxa de necropsia	
		Integração à rede Hospitais Sentinela ANVISA	
		Integração à Central de Regulação Leito	
		Integração Efetiva à Central de Consulta	
		Nº de Comissões Obrigatórias Ativas	
		Nº de Comissões Não Obrigatórias Ativas	
		Nº de Habilitações em Alta Complexidade	
		% de Ótimo/Bom pesquisa de satisf. do Usuário	
	Ensino e pesquisa	Nº de programas de residência médica	
		Nº de vagas de residência médica	
		Nº de outros programas de residência	
		Nº de vagas outros programas de residência	
		Nº de internos	
Nº alunos do Centro de Ciências da Saúde			

APÊNDICE C – Matriz de análise com descrição e valoração dos indicadores de desempenho hospitalar selecionados por profissionais envolvidos na contratualização do Hospital Universitário de Londrina. Londrina – PR, 2009.

Dimensão	Categoria	Indicador	Descrição	Valoração (Desempenho Esperado)
Estrutura	Instalações e equipamentos	Nº de leitos instalados (+c)	Indica o total de leitos instalados exceto extras	>
		Nº de leitos operacionais (+c)	Indica o total de leitos ativos exceto extras	>
		Nº de consultórios (+c)	Indica o total de consultórios médicos ativos para atendimento ambulatorial	>
		Nº de salas de atendimento de urg/emergência(+c)	Indica o total de salas disponíveis para atendimentos de urgência e emergências	>
		Nº de salas cirúrgicas ativas (+c)	Indica o total de salas disponíveis para procedimentos cirúrgicos	>
		% Leitos UTI sobre total de leitos operacionais (c)	Indica o % de leitos de UTI sobre número de leitos operacionais	>
	Recursos Humanos	Nº de docentes (+c)	Indica o número de docentes do CCS equivalente a 40 horas semanais	>
		Nº de servidores técnicos administrativos (+c)	Indica o número de vagas ocupadas, do quadro de pessoal do hospital, em dezembro de cada ano.	>
		Nº total de horas de capacitação em serviço (+c)	Indica a somatória de horas de treinamento em serviço de todos os servidores do quadro de pessoal do hospital.	>
	Receita	Receita SUS (incluso incentivos) (+)	Indica o valor da receita SUS ingressada acumulada no ano, atualizada monetariamente para dez/08.	>
		Valor médio por AIH (+)	Indica o valor anual do faturamento hospitalar dividido pelo quantitativo de AIHs aprovadas	>
		Valor médio por procedimento ambulatorial (+)	Indica o somatório do faturamento ambulatorial (BPA, BPI E APAC) dividido pelo quantitativo de procedimentos aprovados.	>
Resultado	Produção	Nº de internações (+c)	Indica o total de AIH apresentadas e aprovadas segundo tabela SUS.	>
		% de internações de AC (+c)	Indica o % de AIH apresentadas e aprovadas, classificadas como de Alta Complexidade na Tabela SUS.	>
		Nº procedimentos ambulatoriais (+c)	Indica o número total de procedimentos ambulatoriais realizados segundo tabela SUS.	>
		% de procedimentos ambulatoriais de AC (+c)	Indica o %de procedimentos ambulatoriais realizados, classificados como alta complexidade na Tabela SUS	>
		Média de paciente-dia (+)	Indica o número médio diário de paciente internado no hospital	>
		Nº total de consultas realizadas (+c)	Indica o número de consulta médica realizada no período	>

Continua

Desempenho esperado: refere-se ao melhor valor de referencia para o cálculo dos índices anuais por indicador:

>: maior valor - será atribuído 1 ao maior valor encontrado no período, e aos demais, valores proporcionais.

<: menor valor - será atribuído 1 ao menor valor encontrado no período, e aos demais, valores proporcionais.

85%: será atribuído 1 ao valor mais próximo de 85% encontrado no período, e aos demais, valores proporcionais.

(+ C *): (+) indicado por 50% ou mais dos pareceristas; (c) previstos na contratualização; (*) indicadores clássicos

Continuação

Dimensão	Categoria	Indicadores	Descrição	Valoração (Desempenho Esperado)
Resultado	Produção	% de consultas básicas (primeira e retorno) sobre o total (+c)	Indica o % de consultas básicas (médica, ginecologia e obstetrícia, pediatria) sobre o total de consultas realizada no período.	<
		% de consultas de retorno (+c)	Indica o % de consultas de retorno sobre o total de consultas realizadas	<
		Nº de 1ª consulta ofertada à central de regulação (+c)	Indica o número de primeira consulta médica, de todas as especialidades, ofertada na central de regulação.	>
		% de 1ª consulta clínica básica (c)	Indica o % de primeira consulta básica (médica, ginecologia e obstetrícia, pediatria) sobre o total de consultas ofertadas na central de regulação.	<
		Nº de atendimentos ambulatoriais (+c)	Indica o número de atendimento realizado nos ambulatórios do Hospital.	>
		Nº de atendimentos de urgência/emergência (+c)	Indica o número de atendimento de urgência e emergência realizado no período.	<
		Nº de cirurgias (+c)	Indica o número de procedimentos realizados nas salas de cirurgias no período.	>
		Nº exames (análises clínicas/ patológicas/ radiológicas) (+c)	Indica a somatória dos exames classificados como de análises clínicas, patologia e radiologia.	<
		Nº de abordagem para doação órgãos/tecidos (c)	Indica o número de abordagem para doação de órgãos e tecidos realizados no período.	>
	Produtividade	Taxa de ocupação hospitalar (+c*)	Indica o % de leitos ocupados sobre o total de leitos disponíveis/operacionais no período.	85%
		Taxa de ocupação UTI adulto (c)	Indica o % de leitos de UTI adulto ocupado sobre o total de leitos de UTI adulto disponível no período	85%
		Taxa de ocupação UTI pediátrica (c)	Indica o % de leitos de UTI Ped.ocupado sobre o total de leitos de UTI Ped disponível.	85%
		Taxa de ocupação UTI neonatal (c)	Indica o % de leitos de UTI Neonatal ocupado sobre o tal de leitos de UTI N disponível.	85%
		Taxa de ocupação UCI neonatal (c)	Indica o % de leitos de UCI Neonatal ocupado sobre o total de leitos de UCI N disponível.	85%
		Índice renovação ou giro de rotatividade (*)	Indica o número de saídas por leitos operacionais	>
		Índice de intervalo de substituição (*)	Indica o tempo que um leito fica desocupado entre uma internação e outra = $(100 - tx\ ocup) \times (mp) / (tx\ ocup)$	<
		Consulta/consultório/dia (+)	Indica o número médio diário de consulta por consultório disponível	>
		Atendimento de Urgência / Sala de atendimento urgência (+)	Indica o número de atendimento realizado por sala de atendimento de urgência disponível	>
		Cirurgia / Sala (+)	Indica a relação número de procedimentos cirúrgicos realizados por sala de cirurgia disponível no período	>
Nº Residente / leito (c)	Indica a relação número de residentes por leito operacional no período	>		
Nº Servidor / leito (c)	Indica a relação número de funcionário por leito disponível	>		
Nº Servidor da Equipe de Enfermagem / leito (c)	Indica a relação número de servidores da equipe de enfermagem por leito operacional no período	>		
Taxa de doação de órgãos (c)	Indica a % de doação de órgão sobre o número de abordagem	>		
Média de permanência (+c*)	Indica o tempo médio de permanência (paciente dia / total de saídas)	<		

Continuação

Dimensão	Categoria	Indicadores	Descrição	Valoração (Desempenho Esperado)
Resultado	Custo	Custo médio paciente dia internado (+c)	Indica o custo médio por dia de internação (R\$ atual dez/08)	<
		Custo médio do atendimento ambulatorial (+c)	Indica o custo médio por atendimento realizado nos ambulatórios do Hospital incluso procedimentos complementares. (R\$ atual dez/08)	<
		Custo médio do atendimento do P. Socorro (+c)	Indica o custo médio por atendimento realizado no Pronto Socorro, incluso procedimentos complementares. (R\$ atual dez/08)	<
	Qualidade	Taxa de mortalidade hospitalar (+c*)	Indica o % de todos os óbitos do período sobre o total de saídas (óbitos x 100/saídas(altas e óbitos)	<
		Taxa de mortalidade institucional (+c*)	Indica o % dos óbitos > 48 hs de internação, no período sobre o total de saídas (óbitos >48 x 100/saídas(altas e óbitos)	<
		Taxa de mortalidade infantil (+c)	Óbitos menor de 1 ano x 100/ nascidos vivos	<
		Taxa de mortalidade materna hospitalar (+c)	Óbitos maternos X 100 / partos (normais e cesáreas)	<
		Taxa de mortalidade pós-operatória (c)	Óbitos no pó-opertório X 100 / nº de cirurgias realizadas no período	<
		Taxa de infecção hospitalar (+c)	Indica o % de infecções sobre o número de saídas	<
		Taxa de necropsia (+)	Indica % de necropsias sobre o total de óbitos, excluso IML, do período (nº necropsia x 100/ (total óbitos - casos de IML)	>
		Taxa de cesáreas (c)	Indica o % de cesárea sobre o total de partos	<
		Nº de Habilitações em Alta Complexidade (+c)	Indica o número de áreas em que o hospital está habilitado no SUS para assistência de alta complexidade	>
	% de Ótimo/Bom pesq. de satisf. do Usuário (+c)	Indica a somatória de percentuais de ótimo e bom em pesquisa de satisfação do usuário realizada pelo hospital	>	
	Ensino e pesquisa	Nº de programas de residência médica (+c)	Indica o número de programas de residência médica	>
		Nº de residentes de medicina (+c)	Indica o número de residentes dos programas de medicina	>
		Nº de outros programas de residência (+c)	Indica o número de outros programas residência na área da saúde	>
		Nº de residentes de outros programas (+c)	Indica o número de residentes de outros programas de residência na área da saúde	>
		Nº de internos (+c)	Indica o número de internos em atividade no hospital no período	>
Nº de alunos de graduação em saúde (ccs) (+c)		Indica o número de alunos de graduação em cursos da área de saúde do CCS – incluso odonto,excluso internos medicina/enf.	>	

APÊNDICE D – Instrumento e locais de coleta de dados no Hospital Universitário de Londrina. Londrina – PR, 2009.

Categoria/Local Coleta	Dados	2002	2003	2004	2006	2007	2008
Instalações e equipamentos (SAME e Seção de Patrimônio)	Nº de leitos instalados						
	Nº de leitos operacionais						
	Nº de Leitos complementares						
	UTI						
	UTI neonatal						
	UTI pediátrica						
	UCI Neonatal						
	Nº de consultórios						
Recursos humanos (DRH/HU e Sistema Prograd/UEL)	Nº de docentes – Centro de Ciências da Saúde (CCS)						
	Nº de servidores técnico-administrativos						
	Nº total de horas para Capacitação em Serviço						
	Nº de salas de atendimento de urg/emergência						
Receita SUS (DIV.CONV)	Nº de salas cirúrgicas						
	Nº de equipamentos cadastráveis no CNES existentes no hospital						
	Valor total da receita SUS						
Produção (SAME e DIV.CONV)	Valor médio por AIH						
	Valor médio por procedimento ambulatorial						
	Nº internações						
	Nº internações – alta complexidade						
	Nº procedimentos ambulatoriais						
	Nº procedimentos ambulatoriais de AC						
	Média de pacinete-dia						
	Nº de consultas realizadas						
	Nº de consultas em clínica básica (1ª consulta + retorno)						
	Nº de consultas de retorno						
Nº de 1ª consulta ofertada à central de regulação							
Nº de 1ª consulta em clínica básica							

Continuação

Categoria/Local Coleta	Dados	2002	2003	2004	2006	2007	2008
Produção (SAME e DIV.CONV)	Nº atendimentos ambulatoriais Nº atendimentos de urgência/emergência Nº cirurgias Nº exames (análises clínicas/patologia/radiologia) Nº abordagens para doação de órgãos/tecidos						
Produtividade (Relatório Estatística/SAME)	Taxa de ocupação hospitalar Taxa de ocupação UTI adulto Taxa de ocupação UTI pediátrica Taxa de ocupação UTI neonatal Taxa de ocupação UCI neonatal Índice renovação ou giro de rotatividade Índice de intervalo de substituição Consulta / consultório / dia Atendimentos de Urgência/Sala atendimento de urgência Nº Cirurgia / sala Nº Residente / leito operacional Nº Servidor / leito operacional Nº Servidor da Equipe de Enfermagem / leito operacional Taxa de doação de órgãos / nº de abordagens Média de permanência						
Custo (DFO)	Custo médio paciente dia internado Custo médio do atendimento ambulatorial Custo médio do atendimento do Pronto Socorro						
Qualidade (SAME, Escritório de Qualidade e Divisão de Convênios)	Taxa de mortalidade geral Taxa de mortalidade institucional Taxa de mortalidade infantil Taxa de mortalidade materna Taxa de mortalidade pós-operatória						

Continuação

Categoria/Local Coleta	Dados	2002	2003	2004	2006	2007	2008
Qualidade (SAME, Escritório de Qualidade e Divisão e Convênios)	Taxa de infecção hospitalar						
	Taxa de necropsia						
	Taxa de cesáreas						
	Nº habilitações em Alta Complexidade						
	% Ótimo/Bom Pesq. Satisfação do Usuário						
Ensino e pesquisa (Secretaria Residência/HU e Sistema Prograd/UEL)	Nº de programas de residência médica						
	Nº de residentes de medicina						
	Nº de outros programas de residência						
	Nº de residentes de outros programas						
	Nº de internos						
	Nº alunos do Centro de Ciências da Saúde						

APÊNDICE E – Distribuição dos indicadores selecionados nos Triênios 1 (2002-2004) e 2 (2006-2008) no Hospital Universitário de Londrina. Londrina - PR, 2009.

Dimensão	Categoria	Indicador/ano	2002	2003	2004	2006	2007	2008
Estrutura	Instalações e equipamentos	Nº leitos instalados	289	289	289	290	307	307
		Nº leitos operacionais	289	289	289	275	273	271
		Nº consultórios	78	78	78	78	73	73
		Nº salas de atendimento de urgência e emergência	15	15	15	15	12	12
		Nº salas cirúrgicas ativas	9	9	9	10	10	10
		% Leitos UTI s/ total leitos hospitalar	17,99	17,99	17,99	18,91	19,05	19,19
		Nº equipamentos especiais cadastráveis no CNES existentes	407	415	482	637	747	841
	Recursos Humanos	Nº de docentes – Centro de Ciências da Saúde (CCS) equivalente 40 hs/sem	290	291	289	292	291	289
		Nº servidores técnico-administrativos	1.742	1.728	1.700	1.700	1.665	1.658
		Total de horas de Capacitação em Serviço	13.114	13.959		5.273	7.996	10.030
	Receita SUS	Receita SUS ingressada - em milhões reais	27,24	26,99	24,10	28,75	27,20	28,02
		Valor médio por AIH	958,24	909,72	860,84	973,22	1.009,16	1.209,37
		Valor médio por procedimento ambulatorial	10,34	10,17	10,33	10,65	10,22	10,22
Resultado	Produção	Nº internações - média complexidade	9.936	11.269	9.730	9.657	8.896	8.826
		Nº internações – alta complexidade	789	1.015	1.158	1.110	1.098	1.384
		Nº procedimentos ambulatoriais – média complexidade	448.835	565.626	546.659	538.763	545.638	442.160
		Nº procedimentos ambulatoriais – alta complexidade	3.740	4.358	5.301	7.101	7.044	10.589
		Média de paciente-dia	252,61	262,01	253,86	242,67	229,08	226,20
		Nº de consultas realizadas	83.988	103.689	104.084	103.758	98.099	100.838
		% consultas em clínica básica (primeira e retorno)	15,14%	14,29%	13,05%	16,64%	17,16%	17,08%
		% consultas de retorno	75,96%	71,23%	71,21%	73,78%	76,00%	79,20%
		Nº 1ª consulta ofertada à central de regulação	10.163	11.273	11.157	13.284	13.793	13.207
		% 1ª consulta em clínica básica	39,61%	43,01%	38,72%	39,25%	42,30%	31,38%
		Nº atendimentos ambulatoriais	102.140	135.739	133.306	138.752	139.445	138.628
		Nº atendimentos de urgência/emergência	58.028	60.338	54.937	50.959	44.278	35.676
		Nº cirurgias	6963	6998	6377	6265	6944	8.045
		Nº exames (análises clínicas/patologia/radiologia)	716.793	809.593	771.141	760.577	806.513	856.718
		Nº abordagens para doação de órgãos/tecidos	36	48	29	22	21	23
	Produtividade	Taxa de ocupação hospitalar (*)	87,41	90,66	87,84	88,24	83,91	83,47
		Taxa de ocupação UTI adulto	96,06	94,57	96,76	97,12	98,18	98,18

(*) Indicadores clássicos.

Continua

Continuação

Dimensão	Categoria	Indicador/ano	2002	2003	2004	2006	2007	2008
Resultado	Produtividade	Taxa de ocupação UTI pediátrica	77,86	79,45	87,87	78,25	69,00	77,30
		Taxa de ocupação UTI neonatal	105,64	92,64	94,85	102,94	87,50	92,70
		Taxa de ocupação UCI neonatal	125,42	116,66	115,52	116,05	124,70	107,20
		Índice renovação ou giro de rotatividade (*)	41,24	43,60	38,93	39,49	35,94	36,11
		Índice intervalo de substituição (*)	1,16	0,79	1,14	1,09	1,63	1,68
		Consulta/consultório/dia	4,14	5,11	5,13	5,12	5,17	5,31
		Cirurgia/sala/dia	2,12	2,13	1,94	1,72	1,90	2,20
		Residente/leito operacional	0,48	0,52	0,49	0,55	0,63	0,75
		Servidor/leito	6,03	5,98	5,88	6,18	6,10	6,12
		Servidor da Equipe de Enfermagem/leito operacional	2,78	2,74	2,68	2,89	2,79	2,83
		Taxa de doação de órgãos / nº. de abordagens	33,33	47,92	55,17	45,45	33,33	56,52
	Média de permanência (*)	8,05	7,71	8,26	8,17	8,52	8,46	
	Custo	Custo médio paciente dia internado	498,67	475,54	429,42	593,50	752,88	787,58
		Custo médio do atendimento ambulatorial	203,90	178,71	164,43	149,74	220,67	185,74
		Custo médio do atendimento do Pronto Socorro	124,51	111,45	112,53	155,71	204,85	205,31
	Qualidade	Taxa de mortalidade geral (*)	5,60	5,37	5,44	6,31	6,06	6,43
		Taxa de mortalidade institucional (*)	4,28	3,86	4,22	4,49	4,63	5,11
		Taxa de mortalidade infantil	6,61	8,28	4,56	4,45	6,28	5,39
		Taxa de mortalidade materna	0,46	0,00	0,11	0,29	0,12	0,48
		Taxa de mortalidade pós-operatória	1,74	1,30	1,51	1,80	1,61	1,94
		Taxa de infecção hospitalar	5,32	7,51	8,79	7,45	7,98	8,94
		Taxa de necropsia	5,81	5,88	6,09	5,71	6,05	5,35
		Taxa de cesáreas	54,30	49,73	53,14	58,96	66,25	70,08
		Nº Habilitações em Alta Complexidade	7	7	7	7	8	9
	% Ótimo/Bom em Pesquisa de Satisfação do Usuário	72,43%	60,19%	84,83%	78,98%	83,78%	89,98%	
	Ensino e pesquisa	Nº programas de residência médica	29	29	29	29	29	30
		Nº residentes medicina	132	142	135	131	138	149
		Nº outros programas de residência	2	2	2	7	9	10
		Nº residentes de outros prog/cursos (exc.mul)	8	8	8	19	35	55
		Nº de internos	217	218	218	234	234	235
	Nº alunos Centro de Ciências da Saúde	1.367	1.375	1.382	1.380	1.553	1.351	

Fonte: Relatórios e sistemas HUL e Sistema Prograd/UEL, 2009. Divisão de Serviços de Arquivo Médico e Estatística, Seção de Patrimônio, Divisão de Recursos Humanos, Sistemas de Faturamento, Relatórios do SAME, Relatórios da Comissão de Transplantes, Relatórios de Oferta de Consultas à Central de Regulação, Secretaria da Residência, Relatórios de Custos e Relatórios do Escritório da Qualidade, do HUL; Sistema Prograd/UEL; e CNES.

Nota: Receita e custo em R\$ atualizado para dez/2008

ANEXOS

ANEXO A – Parecer N° 243/08 do Comitê de Ética da UEL.



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
 Universidade Estadual de Londrina/ Hospital Universitário Regional Norte do Paraná
 Registro CONEP 268

PARECER CEP N° 243/08 CAAE N° 0239.0.268.000- 08	Londrina, 04 de março de 2009.
PESQUISADOR(A): JEREMIAS BEQUER BRIZOLA	
Ilmo(a) Sr(a) <p align="center">O “Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina/ Hospital Universitário Regional Norte do Paraná” de acordo com as orientações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e Resoluções Complementares, APROVA a execução do projeto:</p> <p align="center">“ANÁLISE DE INDICADORES DE DESEMPENHO DE UM HOSPITAL DE ENSINO ANTES E APÓS A CONTRATUALIZAÇÃO COM O SUS”</p> <p>Informamos que a Sr(a) deverá comunicar, por escrito, qualquer modificação que ocorra no desenvolvimento da pesquisa, bem como deverá apresentar ao CEP/UEL relatório final da pesquisa.</p>	
Situação do Projeto: APROVADO	
<p align="center">Atenciosamente,</p> <p align="center">  Prof. Dra. Ester M. O. Dalla Costa Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/UEL Coordenadora </p>	

ANEXO B – Ofício 209/08 da Diretoria Superintendente autorizando acesso aos dados do Hospital Universitário de Londrina.



Diretoria Superintendente

Of. DIR SUP. n. 209


Londrina, 17 de Julho 2008

Prezado Professor:

Informamos que foi concedida autorização para análise das informações relacionadas à contratualização feito entre o Hospital Universitário e o Sistema Único de Saúde. A efetivação do acesso, entretanto, fica condicionada a parecer favorável para a pesquisa junto a *Comitê de Ética em Pesquisa* competente.

Sendo o que tínhamos, subscrevemo-nos mui,

Atenciosamente,


Dr. Marcos César Barros de Almeida Camargo
Diretor Clínico do HU em Exercício

Ilmo. Senhor
Prof. Dr. Luiz Cordoni Júnior
C/cópia para JEREMIAS BEQUER BRIZOLA
Centro de Ciências da Saúde
Mestrado em Saúde Coletiva
Londrina – PR

ANEXO C – Ofício 027/09 do Centro de Ciências da Saúde autorizando acesso aos dados do CCS/UEL.



UNIDADE : CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

OF.CCS.DIR.Nº 027/09

Londrina, 13 de fevereiro de 2009.

Prezada Senhora,

Informamos que foi autorizado o acesso aos dados pertinentes ao Centro de Ciências da Saúde referente à análise da contratualização dos hospitais universitários e de ensino com o SUS, para fins de elaboração de Dissertação de Mestrado do Sr. Jeremias Béquer Brizola.

Outrossim, esta autorização fica condicionada ao parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UEL em relação ao projeto.

Atenciosamente,

Prof. Isaias Dichi
Diretor do Centro de Ciências da Saúde

Para:
Profª Ester Massae Okamoto Dalla Costa
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos
UEL