UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS (CCSA)
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E ESTRATÉGIA EMPRESARIAL (PPGDEE)

CLAUDEMILSON DA SILVA OLIVEIRA

ANÁLISE DO DESEMPENHO DOS HOSPITAIS DE MONTES CLAROS–MG A PARTIR DOS INDICADORES DE CONTRATUALIZAÇÃO DO SUS

Montes Claros - MG
Agosto/2026

CLAUDEMILSON DA SILVA OLIVEIRA

ANÁLISE DO DESEMPENHO DOS HOSPITAIS DE MONTES CLAROS–MG A PARTIR DOS INDICADORES DE CONTRATUALIZAÇÃO DO SUS

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Econômico e Estratégia Empresarial da Universidade Estadual de Montes Claros, como exigência para a obtenção do grau de Mestre em Desenvolvimento Econômico e Estratégia Empresarial.

Área de concentração: Desenvolvimento Econômico.

Orientadora: Profª. Dr.ª Camila Lins Rodrigues.

Coorientadora: Profª. Dr.ª Maria Alice Ferreira dos Santos

Montes Claros - MG
Agosto/2026

O48a Oliveira, Claudemilson da Silva.
Análise do desempenho dos hospitais de Montes Claros–MG a partir dos indicadores de contratualização do SUS [manuscrito] / Claudemilson da Silva Oliveira. – Montes Claros (MG), 2026.
181 f. : il.

Bibliografia: f. 161-173.
Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes, Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Econômico e Estratégia Empresarial/PPGDEE, 2026.

Orientadora: Profa. Dra. Camila Lins Rodrigues.
Coorientadora: Profa. Dra. Maria Alice Ferreira dos Santos.

1. Contratualização hospitalar. 2. Desempenho hospitalar. 3. Indicadores de saúde. 4. Gestão pública. 5. Sistema Único de Saúde (Brasil). I. Rodrigues, Camila Lins. II. Santos, Maria Alice Ferreira dos. III. Universidade Estadual de Montes. IV. Título.

Catalogação: Biblioteca Central Professor Antônio Jorge

CLAUDEMILSON DA SILVA OLIVEIRA

ANÁLISE DO DESEMPENHO DOS HOSPITAIS DE MONTES CLAROS–MG A PARTIR DOS INDICADORES DE CONTRATUALIZAÇÃO DO SUS

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Econômico e Estratégia Empresarial da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes), como exigência para a obtenção do grau de Mestre em Desenvolvimento Econômico e Estratégia Empresarial.

BANCA EXAMINADORA

Prof.ª Dr.ª Camila Lins Rodrigues
Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes
Orientadora e Presidente da Banca

Prof.ª Dr.ª Maria Alice Ferreira dos Santos
Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes
Coorientadora

Ma. Valéria de Jesus Coelho Ferreira dos Santos
Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais
Examinadora externa

Prof. Dr. Reginaldo Morais de Macedo
Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes
Examinador interno

Eu aprendi com meus pais Celina e Durval (*in memoriam*) que a conquista é fruto de esforço e trabalho; por isso, dedico esta conquista a eles.

AGRADECIMENTOS

Ao Supremo Deus, que nutre a humanidade com inteligência e sabedoria, e constitui a fonte de todo conhecimento e graça. Agradeço a oportunidade de buscar a realização dos meus projetos com ânimo, fé e coragem.

Aos meus pais, Celina Ribeiro da Silva e Durval José de Oliveira (*in memoriam*), com a mais profunda reverência e gratidão. Além do dom da vida, do abrigo e do sustento, recebi deles o alicerce moral fundado na humildade, na honestidade e na força do caráter. Agradeço, acima de tudo, pela liberdade que me concederam para edificar minha própria história, um legado de amor e autonomia carinhosamente eternizados na minha memória.

Aos meus irmãos, João Idael, Claudionísio, Maria Evanilde e Rosenilde, pelo apoio incondicional ao longo da minha vida e, de modo especial, durante a realização deste Mestrado, período no qual muitos desafios foram superados. Estendo este sentimento aos meus cunhados, Maria Elza, Hilzadete, Ivonilto e Adenilton, pela presença e pelo incentivo constante. Especialmente à querida Ayessa Rafaela, minha profunda gratidão pelo cuidado, carinho e amparo dedicados aos meus pais, seus avós, assegurando o bem-estar deles e me trazendo paz de espírito durante os meus momentos de necessária ausência para a realização deste estudo.

Ao Pedro Jardel F. Pereira, parceiro de alma e de caminhada. Este trabalho carrega, em cada página, o reflexo do seu suporte emocional e do seu companheirismo silencioso nas horas mais desafiadoras. Além de iluminar minha busca pelo conhecimento com seu intelecto admirável, soube ler meus silêncios e minhas ausências, amparar meus desânimos e me incentivar diante das dúvidas. Dividir a vida e a paixão pela ciência com você é um grande privilégio.

À minha amada amiga Ivonilde Loiola, por sempre me lembrar de minhas potencialidades por meio de sua amizade sincera e de sua alegria incomparável.

À Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros, na pessoa de seu gestor, o Sr. Eduardo Luiz da Silva, por franquear o campo para esta pesquisa, espaço primordial onde as políticas de saúde são geradas e geridas no território montesclarense. Agradeço aos meus colegas de trabalho, com os quais divido ideias e estratégias de gestão diariamente, especialmente Dulce Pimenta (ex-secretária de saúde), Wanessa Moura e Andreia Almeida, por compartilharem seus conhecimentos e estimularem o desenvolvimento deste estudo.

Aos meus queridos mestres do PPGDEE, representados pelas professoras Camila Lins Rodrigues e Maria Alice Ferreira dos Santos, que aceitaram caminhar comigo nesta jornada e,

com paciência e sabedoria, orientaram este percurso acadêmico. O conteúdo deste trabalho e os benefícios que proporcionará à sociedade são o resultado da contribuição de cada um dos meus professores ao longo do meu processo de formação. Esse agradecimento se estende à Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes), cujo corpo docente e técnico tornou esta trajetória vitoriosa.

“O homem nasceu para aprender,
aprender tanto quanto a vida lhe permita.”

João Guimarães Rosa

RESUMO

Este estudo analisa o desempenho dos hospitais contratualizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no município de Montes Claros, Minas Gerais, com foco nos indicadores de contratualização utilizados para o monitoramento da gestão hospitalar. O objetivo consiste em analisar o desempenho das instituições contratualizadas a partir dos indicadores pactuados nos contratos de prestação de serviços hospitalares, no período de maio de 2022 a agosto de 2024. Trata-se de uma pesquisa aplicada, de abordagem quali-quantitativa, com objetivos descritivos e analíticos, desenvolvida por meio de pesquisa documental. Foram analisados contratos, relatórios de monitoramento, atas da Comissão de Acompanhamento da Contratualização, dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e da Programação Pactuada e Integrada, utilizando-se estatística descritiva para a análise dos indicadores e análise de conteúdo para os documentos institucionais, com triangulação dos achados. Os resultados evidenciaram que os hospitais apresentam perfis assistenciais, capacidades instaladas e níveis de complexidade distintos, condição que inviabilizou a comparação direta entre as instituições e a atribuição de níveis de desempenho, uma vez que os indicadores refletem contextos assistenciais heterogêneos. A análise também demonstrou que a contratualização favorece o monitoramento da execução contratual e que a Comissão de Acompanhamento da Contratualização desempenha papel relevante na governança da rede, embora persistam limitações relacionadas à qualidade das bases de dados, à adequação dos indicadores e à padronização dos registros. Conclui-se que a contratualização constitui importante instrumento de gestão e governança no SUS, demandando o aperfeiçoamento dos indicadores e dos sistemas de monitoramento para que a avaliação do desempenho considere as especificidades estruturais e assistenciais dos hospitais.

Palavras-chave: Contratualização hospitalar; Desempenho hospitalar; Indicadores de saúde; Gestão pública; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

This study analyzes the *performance* of hospitals contracted by the Brazilian Unified Health System (SUS) in the municipality of Montes Claros, Minas Gerais, focusing on the contractual *performance* indicators used to monitor hospital management. The objective is to analyze the *performance* of contracted hospitals based on the indicators established in hospital service contracts during the period from May 2022 to August 2024. This is an applied study with a qualitative-quantitative approach and descriptive and analytical objectives, conducted through documentary research. The study analyzed service contracts, monitoring reports, minutes of the Contract Monitoring Committee meetings, and data from the National Registry of Health Establishments and the Integrated Agreed Programming system. Descriptive statistics were used to analyze the indicators, while content analysis was applied to the institutional documents, followed by triangulation of the findings. The results showed that the hospitals have distinct care profiles, installed capacities, and levels of complexity, which prevented direct comparisons among the institutions and precluded the assignment of *performance* levels, since the indicators reflect heterogeneous healthcare contexts. The analysis also demonstrated that contractual arrangements contribute to monitoring contract implementation and that the Contract Monitoring Committee plays a relevant role in the governance of the healthcare network, although limitations remain regarding data quality, the adequacy of *performance* indicators, and the standardization of records. It is concluded that hospital contracting constitutes an important management and governance instrument within the SUS, requiring improvements in *performance* indicators and monitoring systems to ensure that *performance* evaluation adequately considers the structural and healthcare specificities of each hospital.

Keywords: Hospital contracting; Hospital *performance*; Health indicators; Public management; Unified Health System.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figuras

Figura 1 – Mapa das Macrorregiões de Saúde do estado de Minas Gerais 60

Figura 2 – Mapa das microrregiões adstritas à Macrorregião Norte de Minas Gerais (2023) . 66

Figura 3 – Fluxo de internações na Macrorregião Norte (2023). 70

Figura 4 – Fluxograma da avaliação de contratos de prestação de serviços hospitalares no município de Montes Claros – MG 87

Gráficos

Gráfico 1 – Distribuição relativa dos leitos hospitalares e das habilitações específicas dos hospitais contratualizados de Montes Claros–MG (2022–2024). 103

Gráfico 2 – Distribuição das categorias temáticas da Análise de Conteúdo das atas da CAC (Montes Claros, 2022-2024)..... 117

Gráfico 3 – Evolução da taxa de ocupação dos leitos hospitalares, incluindo leitos de UTI, nos hospitais contratualizados de Montes Claros (MG), no período de 2022 a 2024..... 122

Gráfico 4 – Evolução do tempo médio de permanência em leitos clínicos nos hospitais contratualizados de Montes Claros (MG), no período de 2022 a 2024. 124

Gráfico 5 – Evolução do tempo médio de permanência em leitos de clínica cirúrgica nos hospitais contratualizados de Montes Claros (MG), no período de 2022 a 2024..... 125

Gráfico 6 – Evolução da taxa de ocupação dos leitos de unidade de terapia intensiva (UTI) nos hospitais contratualizados de Montes Claros (MG), no período de 2022 a 2024. 127

Gráfico 7 – Evolução da taxa de mortalidade institucional nos hospitais contratualizados de Montes Claros (MG), no período de 2022 a 2024. 130

Gráfico 8 – Evolução do Cumprimento da Escala de Plantões da Urgência e Emergência nos hospitais contratualizados de Montes Claros (MG), no período de 2022 a 2024..... 131

Gráfico 10 – Evolução do cumprimento da meta físico-financeira das diárias de UTI nos hospitais contratualizados de Montes Claros (MG), no período de 2022 a 2024..... 135

Gráfico 11 – Evolução do cumprimento da meta físico-financeira da Urgência e Emergência nos hospitais contratualizados de Montes Claros (MG), no período de 2022 a 2024. 137

Gráfico 12 – Evolução do cumprimento da meta físico-financeira de Cirurgias Eletivas nos hospitais contratualizados de Montes Claros (MG), no período de 2022 a 2024..... 138

Gráfico 13 – Evolução do cumprimento da meta físico-financeira dos atendimentos ambulatoriais nos hospitais contratualizados de Montes Claros (MG), no período de 2022 a 2024. 140

Quadros

Quadro 1 – Resumo da produção científica referenciada 28

Quadro 2 – Relação de Serviços de média e alta complexidade habilitados apenas no município de Montes Claros, por instituição contratada 72

Quadro 3 – Descrição dos atributos selecionados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (2024) 79

Quadro 4 – Perfil jurídico-administrativo e nível de complexidade da rede hospitalar contratualizada (Montes Claros, 2022-2024) 98

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Macrorregiões de saúde do estado de Minas Gerais, respectivos polos, população e extensão territorial (2023) 61

Tabela 2 – Alocação de recursos ordinários para atendimento sob gestão municipal em Montes Claros, conforme a Programação Pactuada e Integrada Assistencial (agosto de 2024). 67

Tabela 3 – Alocação de recursos destinados ao custeio de programas e redes temáticas em Montes Claros (agosto de 2024) 68

Tabela 4 – Matriz de habilitações de alta complexidade e serviços especializados por estabelecimento hospitalar (Montes Claros, 2022-2024) 99

Tabela 5 – Distribuição da capacidade instalada de leitos hospitalares contratualizados pelo SUS, por estabelecimento e especialidade (Montes Claros, 2022-2024) ano de 2026 101

Tabela 6 – Frequência dos principais termos técnicos e administrativos identificados nas atas da CAC (Montes Claros, 2022-2024) 115

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Sigla	Descrição
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
ANOVA	Análise de Variância
APS	Atenção Primária à Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BVS	Biblioteca Virtual da Saúde
CAC	Comissão de Acompanhamento da Contratualização
CAO	Comissão de Avaliação de Óbitos
CBO	Código Brasileiro de Ocupação
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Saúde
DataSUS	Departamento de Informática do SUS
DENASUS	Departamento Nacional de Auditoria
FMS	Fundo Municipal de Saúde
FNS	Fundo Nacional de Saúde
HUCF	Hospital Universitário Clemente de Faria
IGH	Incentivo de Qualificação à Gestão Hospitalar
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
OS	Organização Social
OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
PAR	Plano de Ação Regional
PIB	Produto Interno Bruto
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PNHOSP	Política Nacional de Atenção Hospitalar
PPI	Programação Pactuada Integrada
RAS	Rede de Assistência à Saúde
RUE	Rede de Urgência e Emergência
SADT	Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapias
SCIHA	Sistema de Comunicação de Informações Hospitalares e Ambulatoriais
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

SIA	Sistema de informações Ambulatoriais
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SUS	Sistema Único de Saúde
TCE	Tribunal de Contas do Estado
TCU	Tribunal de Contas da União
Unimontes	Universidade Estadual de Montes Claros
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 17
1 CONTRATUALIZAÇÃO NO SUS: DISCUSSÃO SOBRE INDICADORES, METAS E ACESSO A SERVIÇOS HOSPITALARES 22
1.1 A Relação Público-Privada e a Contratualização no SUS 23
1.2 Contratualização, financiamento e acesso à atenção hospitalar no SUS 31
1.3 Avaliação da atenção terciária com foco nos indicadores da contratualização 41
2 O PAPEL DA REDE HOSPITALAR DE MONTES CLAROS–MG NA DESCENTRALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NORTE-MINEIRA 55
2.1 O território do cuidado no processo de regionalização da saúde norte-mineira 56
2.2 Montes Claros como polo de atração e densidade assistencial macrorregional 64
3 METODOLOGIA DA PESQUISA 76
3.1 Natureza e Abordagem da Pesquisa 76
3.2 Coleta dos dados 78
3.3. Caracterização da rede hospitalar contratada pelo município de Montes Claros 78
3.4 Indicadores de desempenho da contratualização em Montes Claros - MG 80
3.5 O monitoramento dos indicadores da contratualização 85
3.6 Análise de conteúdo das atas de reuniões da CAC 87
3.7 Análise dos indicadores de desempenho hospitalar 90
3.8 Triangulação dos achados qualitativos e quantitativos 91
3.9 Considerações Éticas e Limitações do Estudo 92
3.10 Produto técnico 93
4 ANÁLISE DO DESEMPENHO HOSPITALAR NO POLO MACRORREGIONAL DE MONTES CLAROS (2022-2024) 96
4.1 A organização da rede assistencial de estabelecimentos contratados 97
4.2 Dinâmica operacional e governança dialógica nas atas de monitoramento 104
4.2.1 Ajuste técnico e metodológico para o saneamento das divergências de dados 105
4.2.2 Autonomia da CAC na pactuação do desempenho institucional 106
4.2.3 A realidade operacional hospitalar por meio da contextualização assistencial 108
4.2.4 Complexidade e a casuística como determinantes exógenos da assistência 111
4.2.5 Consolidação dos resultados por meio da validação da conformidade 113
4.2.6 Análise de frequência de palavras nas atas de monitoramento da CAC 114
4.3 O desempenho da contratualização hospitalar na rede de Montes Claros - MG 120
4.3.1 Análise dos indicadores de eficácia assistencial 121
4.3.2 Análise dos indicadores de Qualidade, Segurança e Governança Assistencial 129
4.3.3 Análise dos indicadores de Desempenho Contratual e Cumprimento das Metas 135
4.4 A triangulação dos achados quantitativos e qualitativos da contratualização 141

4.4.1 Estrutura da rede hospitalar como condicionante do desempenho institucional ... 142
4.4.2 Integração entre indicadores e contexto assistencial ... 145
4.4.3 A contratualização como instrumento de governança dialógica ... 148
4.4.4 Implicações para a gestão da contratualização no SUS ... 151
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS ... 156
REFERÊNCIAS ... 163
ANEXOS ... 176
APÊNDICE ... 180
APÊNDICE A – Produto Técnico ... 180
APÊNDICE B – Prompt utilizado para a análise de conteúdo ... 181

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é o maior sistema público de saúde do mundo. Sua origem decorre da participação popular, cujas proposições foram acatadas e inseridas na Constituição Federal de 1988 (CF/88). Na Lei Maior, em seu art. 196, está previsto que "a saúde é um direito de todos e um dever do Estado", devendo ser garantida por meio de políticas sociais e econômicas capazes de assegurar acesso universal e igualitário às ações de proteção, promoção e recuperação da saúde individual e coletiva.

A Lei nº 8.080/1990, que regulamentou o sistema de saúde brasileiro, fixou como fundamentos do SUS a universalidade, que garante o livre acesso de todos os cidadãos à assistência à saúde; a integralidade da atenção, por meio da qual se espera que os usuários tenham suas demandas atendidas de forma integral, incluindo ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde nos níveis de atenção básica, especializada e hospitalar; e o princípio da equidade, que busca propiciar acesso aos usuários conforme suas necessidades específicas.

É igualmente importante apontar que, do ponto de vista organizativo, foram atribuídas diretrizes como a descentralização, a regionalização, a hierarquização e a garantia da participação social. A partir desses princípios organizativos, espera-se que os entes federados se organizem com o propósito de estabelecer os processos administrativo-gerenciais necessários à garantia do cumprimento das ações programáticas e, consequentemente, fornecer os serviços de saúde em quantidade suficiente, em condições de igualdade e com facilidade de acesso, além da qualidade e segurança (Pinafo, 2020). Essas diretrizes, especialmente a descentralização e a regionalização, permeiam o itinerário científico que levou a esta dissertação.

Esta pesquisa se fundamenta nos princípios e diretrizes do SUS para delimitar os conceitos que sustentam a análise proposta. A regionalização tem como objetivo central a alocação eficiente de recursos, priorizando o atendimento próximo à residência do usuário e estando ligada à hierarquização e à descentralização. A hierarquização organiza o sistema por níveis de complexidade, da atenção básica aos serviços de alta tecnologia, enquanto a descentralização confere aos entes federados autonomia para gerir, contratar e avaliar serviços locais. Estruturalmente, a organização em micro e macrorregiões busca otimizar custos ao concentrar serviços especializados em polos com maior capacidade assistencial, garantindo o fluxo de referência e o acesso integral à rede de saúde.

Outro aspecto a ser abordado é o fato de que, apesar de prever o protagonismo da oferta pública de serviços, a legislação incluiu a participação do setor privado no sistema de

saúde, seja a partir da oferta autônoma de serviços (função suplementar), seja pela prestação de serviços contratados pelo SUS (função complementar), por meio da qual os estabelecimentos privados, contratados pelo poder público, executam serviços regulados, para complementar a insuficiência da capacidade assistencial do setor público. É nesse contexto que se desenrola a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), no âmbito da qual foi instituída a Contratualização em Saúde.

A contratualização é um processo por meio do qual o secretário de Saúde, que é o gestor local da política, e a instituição hospitalar, fixam as regras contratuais e as metas qualiquantitativas relacionadas à assistência à saúde, podendo ser formalizada por meio de convênio, contrato ou outro congênere (Brasil, 2013). Esse processo deve ser capaz de abarcar as necessidades locais de saúde, por meio da qualificação da gestão dos estabelecimentos, além de refletir a qualidade da assistência (Silva, 2022). Assim, não se trata de mero acordo contratual entre os municípios e as instituições contratadas, uma vez que se fundamenta em princípios de cooperação, parceria e colaboração mútua, com vistas à garantia do alcance de objetivos comuns (Salgado, 2018).

Para atender à população local e à referenciada, no que concerne aos serviços hospitalares, o município de Montes Claros contratou cinco instituições, quatro filantrópicas e uma pública estadual. São elas: Fundação Hospitalar de Montes Claros (Hospital Aroldo Tourinho); Fundação de Saúde Dilson de Quadros Godinho (Hospital Dilson Godinho); Fundação Alto e Médio São Francisco (Hospital das Clínicas Dr. Mário Ribeiro da Silveira); Irmandade Nossa Senhora das Mercês (Hospital Santa Casa de Montes Claros); e o Hospital Universitário Clemente de Faria (HUCF), vinculado à Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes). Cada instituição foi contratada conforme sua capacidade instalada, em consonância com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Para os contratos firmados no 2º quadrimestre de 2023, foram empenhados, na contratualização, cerca de 396 milhões de reais, correspondendo a aproximadamente 40% do orçamento da saúde àquela época, demonstrando a robustez da contratualização como medida para assegurar a oferta de serviços à população, além de reforçar a sua importância econômica.

Entre as formas de monitoramento dos serviços, a contratualização prevê o estabelecimento de indicadores vinculados ao objeto do contrato e às ações pactuadas, notadamente os indicadores gerais estabelecidos pela Portaria GM/MS nº 3.410/2013, os quais se propõem a apresentar um panorama da qualidade dos serviços prestados em relação às obrigações contratuais assumidas pela instituição de saúde (Brasil, 2013). Os indicadores

de qualidade funcionam como ferramentas para mensurar o desempenho da assistência prestada pelas entidades contratadas. A composição desse conjunto de indicadores é variável, sendo definida conforme a natureza dos serviços habilitados, a vocação assistencial de cada instituição e as tecnologias disponíveis para a execução das ações de saúde (Brizola, 2010).

Mesmo diante de todos os esforços empreendidos com vistas à segurança jurídica e ao rigor na elaboração dos termos contratuais, persistem problemas relacionados à assistência hospitalar. Isso ocorre apesar da fixação de indicadores de desempenho, do monitoramento da relação entre o Poder Público e as instituições contratadas e do alinhamento de medidas acordadas entre as partes para mitigar as dificuldades encontradas e qualificar o atendimento prestado.

Por um lado, os hospitais apontam dificuldades financeiras relacionadas à insuficiência dos valores da Tabela SUS, que não cobrem os custos operacionais. Alegam que essa defasagem dificulta a aquisição de insumos e o recrutamento de mão de obra qualificada, que tende a optar pelo setor privado e perceber melhores ganhos. Por outro lado, a gestão pública defende que os recursos envolvidos na contratualização extrapolam os valores pagos pela produção dos serviços vinculados à tabela, envolvendo o repasse de expressivo volume de recursos oriundos de emendas parlamentares e incentivos para a execução de programas específicos. Entre esses recursos, destacam-se o incentivo à urgência, parto, atendimento de Acidente Vascular Cerebral (AVC), queimaduras, entre outros, o que, na perspectiva da gestão pública, torna o montante recebido pelas contratadas volumoso e suficiente para o custeio das ações.

Esse embate, que ocorre no campo econômico-financeiro, suscita questionamentos quanto ao processo de contratualização, à consistência dos contratos e a possíveis falhas no seu monitoramento. Se as regras estabelecidas são suficientes para garantir a prestação da assistência devida, então há descumprimento dessas normas, ou os mecanismos de acompanhamento, fiscalização e exigência da correta consecução dos acordos são falhos ou insuficientemente aplicados.

Nota-se ainda um aspecto crucial para este estudo: não existe no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros–MG um relatório periódico ou mesmo um painel em que o resultado desses indicadores de desempenho seja publicado. Tampouco foi identificada sistemática de avaliação dos resultados agregados com vistas a classificar os prestadores em níveis de desempenho. Desse modo, o monitoramento fica restrito à instituição avaliada, sem parâmetros de comparação com as demais, o que resulta em ações pontuais frente a cada caso,

limitadas ao campo de atuação da Comissão de Acompanhamento da Contratualização (CAC).

Estudos realizados acerca da contratualização, que serão apresentados nos capítulos seguintes, analisam o perfil e as necessidades dos contratantes frente às regras contratuais e os desafios para os gestores públicos, além de apontarem fragilidades dos instrumentos utilizados e alertarem para a demanda de melhoria nos processos de contratação e nos mecanismos de controle da qualidade dos serviços. Esses estudos evidenciam que os grandes desafios para a obtenção de resultados satisfatórios na oferta de serviços de saúde estão relacionados a aspectos de financiamento, gestão e fatores políticos.

Considerando que a contratualização do município de Montes Claros–MG envolve hospitais filantrópicos e instituição hospitalar pública com características distintas quanto à vocação de cada estabelecimento e à sua atuação na rede de saúde, questiona-se: tendo em vista os contratos de prestação de serviços, principalmente os indicadores de desempenho fixados, qual é o desempenho dos hospitais contratados?

O objetivo principal desta pesquisa é analisar o desempenho dos hospitais contratualizados pelo município de Montes Claros–MG, à luz dos indicadores fixados nos contratos de prestação de serviços hospitalares do SUS, no período de maio de 2022 a agosto de 2024. Como objetivos específicos, pretende-se: 1) descrever a rede hospitalar contratada pelo município de Montes Claros; 2) analisar o processo de monitoramento dos indicadores hospitalares; e 3) analisar os resultados dos indicadores da contratualização.

A delimitação do período de análise se deu em razão da retomada do monitoramento das metas hospitalares após o período mais crítico da pandemia de covid-19, além da vigência do modelo contratual estabelecido pelo Estado a partir de 2018 e posteriormente incorporado pelo município.

Supõe-se que, apesar do monitoramento realizado pela Comissão de Acompanhamento de Contratos (CAC), existam falhas de desempenho entre as instituições, bem como que essas discrepâncias estejam vinculadas à assimetria no cumprimento das metas pactuadas, decorrente das disparidades na capacidade operacional e estrutural dos hospitais.

Embora os estudos já realizados e descritos na seção seguinte abordem a contratualização e os fundamentos comumente utilizados para avaliar esse processo, não foi identificado, entre os resultados da pesquisa bibliográfica, estudo que busque estabelecer o desempenho dessas instituições a partir de análises comparativas baseadas nos indicadores da contratualização no município de Montes Claros–MG, tampouco o detalhamento do processo de avaliação ou dos instrumentos utilizados no monitoramento das metas. Por esse motivo, o

ineditismo deste estudo lança novo olhar sobre a assistência hospitalar do SUS na região norte de Minas Gerais, com foco no polo de Montes Claros, que desempenha importante papel na assistência regional à saúde.

Além da introdução e das considerações finais, a presente dissertação contempla quatro capítulos, nos quais estão descritos aspectos gerais acerca do arcabouço legal e científico que envolve a contratualização, tanto do ponto de vista de sua essência e operabilidade quanto do processo de monitoramento de indicadores de saúde relacionados à prestação de serviços.

O primeiro capítulo aborda fatores inerentes à contratualização no SUS, perpassando o conceito e a avaliação de indicadores e metas. Nele, são apresentados os fundamentos teóricos e conceitos-chave, os marcos legais e normativos, bem como a sua aplicação na gestão pública, com enfoque na avaliação de indicadores.

No segundo capítulo, discutem-se a regionalização do SUS, com foco em sua organização na região norte de Minas Gerais, à luz do Plano Diretor Regional (PDR), no município de Montes Claros–MG, polo macrorregional, bem como os arranjos locais para garantir os serviços hospitalares.

O terceiro capítulo apresenta os aspectos metodológicos norteadores do processo de pesquisa, sua caracterização, as etapas de desenvolvimento, a metodologia utilizada para obtenção e validação dos dados, assim como as formas de apresentação dos resultados. O quarto capítulo, por sua vez, contempla os resultados e a discussão do estudo.

Os resultados obtidos na pesquisa podem contribuir para o estabelecimento de um mecanismo de gestão capaz de aperfeiçoar os processos gerenciais na política de saúde hospitalar municipal e produzir melhoria, em médio e longo prazo, da assistência prestada à população, por meio de informações e instrumentos suficientes para subsidiar a decisão dos gestores públicos na condução das contratações públicas que envolvem o sistema de saúde.

Ademais, trata-se de um processo investigativo por meio do qual se pode promover a elucidação das dificuldades relacionadas à gestão de serviços públicos que impactam a saúde da população e propor medidas para otimizar a contratação desses serviços. Isso se justifica pela necessidade de aprimoramento da contratualização na busca de maior eficiência das políticas implementadas.

1 CONTRATUALIZAÇÃO NO SUS: DISCUSSÃO SOBRE INDICADORES, METAS E ACESSO A SERVIÇOS HOSPITALARES

Embora o SUS seja fundamentado na responsabilidade integral do Estado, historicamente se estruturou a partir de uma complexa articulação interdependente com a rede de prestadores privados. Essa configuração híbrida, composta por serviços próprios e pela iniciativa privada, gera uma tensão intrínseca entre o direito social à saúde e a lógica de sustentabilidade institucional e financeira ou de acumulação de capital das entidades particulares e filantrópicas.

O cenário de subfinanciamento crônico e de assimetria de informação entre a autoridade pública e os hospitais parceiros torna a contratualização mais do que uma formalidade jurídica, sendo um dispositivo regulatório e econômico essencial para a garantia mínima do cumprimento do dever estatal.

A contratualização pode ser vista como um instrumento de gestão e como um processo, interligados pela finalidade de criar um ambiente propício para a contratação pública, sobretudo na área da saúde. Por isso, possui papel estratégico por meio do qual o Estado busca mitigar comportamentos oportunistas, alinhar os incentivos institucionais e converter o repasse de recursos públicos em metas concretas de produção e qualidade assistencial para a população.

É um instrumento de gestão porque visa estabelecer, por meio de ações de governança entre os setores público e privado, a pactuação de metas, indicadores e formas de avaliação entre gestor e prestador, sem perder de vista a eficiência da assistência à população, além de aspectos relacionados à qualidade e à transparência. Sob essa perspectiva, pode ser entendida como estratégia vinculada à PNHOSP, baseada nas diretrizes definidas pelo Ministério da Saúde.

Como processo, a contratualização é compreendida como um conjunto de ações e mecanismos negociais e gerenciais que resulta na elaboração e no estabelecimento de instrumentos de controle, os quais requerem monitoramento contínuo e efetivo, já que envolvem entidades públicas e privadas, com ou sem fins lucrativos. Está diretamente vinculada ao processo regulatório do SUS e envolve, portanto, ações de controle, avaliação e auditoria dos serviços prestados (Mota, 2023).

O desafio central do gestor público, ao estabelecer o processo de contratualização, é evitar a persistência da assimetria de informação entre as partes. Nessa relação, o prestador

detém informações sobre seus custos reais e sua capacidade operacional, que nem sempre podem ser integralmente monitoradas pelo gestor público.

Esse desequilíbrio se manifesta quando o prestador adota estratégias de redução da oferta ou de seleção de serviços mais vantajosos do ponto de vista econômico para maximizar a sustentabilidade financeira da instituição privada. A consequência desse comportamento é a transferência do ônus do subfinanciamento para a qualidade do cuidado, gerando barreiras de acesso que tensionam o princípio constitucional da integralidade.

Este capítulo aborda a caracterização da contratualização dos serviços hospitalares, apresentando análise de seus impactos sociais e econômicos, assim como dos fatores inerentes à relação público-privada no campo da saúde pública. Ademais, propõe a discussão de conceitos, metodologias e práticas de avaliação de indicadores em saúde relacionados à contratualização hospitalar.

1.1 A Relação Público-Privada e a Contratualização no SUS

O Sistema Único de Saúde consolidou-se como um sistema público de cobertura universal cuja oferta de serviços se estrutura a partir de uma configuração institucional híbrida, combinando capacidade estatal de provisão direta e participação complementar de entidades privadas. Essa característica diferencia o SUS de modelos integralmente estatais e faz com que a relação entre Estado e setor privado assuma papel estratégico para a garantia do acesso à assistência, sobretudo na média e alta complexidade, em que a dependência de hospitais privados e filantrópicos é historicamente mais acentuada. Nessa perspectiva, a relação entre o poder público e a iniciativa privada encontra fundamento no artigo 199 da Constituição Federal de 1988, que admite a participação complementar no SUS, posteriormente regulamentada pela Lei nº 8.080/1990 (Minas Gerais, 2024). A partir desse marco jurídico, consolidaram-se diferentes instrumentos de cooperação entre o Estado e entidades privadas.

A participação complementar do setor privado não se materializa por meio de um único modelo institucional, haja vista que ao longo da consolidação do SUS foram desenvolvidos diferentes instrumentos jurídicos destinados a viabilizar essa cooperação, os quais variam conforme a natureza do objeto contratado (Santos e Servo, 2021). Em linhas gerais, essas relações podem ocorrer tanto mediante contratos voltados à gestão de serviços públicos por entidades do terceiro setor (Andriolo, 2006) quanto por contratos destinados à prestação complementar de serviços assistenciais por hospitais privados ou filantrópicos.

Embora ambos representem formas de cooperação entre Estado e setor privado, possuem fundamentos jurídicos (Vargas, 2006), mecanismos de financiamento (Santos e Servo, 2021) e modelos de monitoramento distintos (Minas Gerais, 2024).

Antes de abordar a relação público-privada, é necessário fazer um resgate histórico acerca do modelo gerencial do Estado brasileiro, desde a criação do SUS. No decorrer da década de 1990, impulsionado pelas reformas de orientação gerencialista e pelo avanço das diretrizes do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE) de 1995, esse arranjo institucional sofreu uma inflexão qualitativa importante (Andriolo, 2006). A introdução de novas modalidades normativas e modelos contratuais flexíveis permitiu que o setor privado passasse a atuar não apenas como fornecedor de capacidade instalada isolada, mas também de forma integrada na execução e na própria gestão de serviços e equipamentos de saúde pública. Esse movimento foi fortemente influenciado pelos fundamentos da Nova Gestão Pública, que emergiu nos Estados Unidos e na Inglaterra durante os anos 80 como resposta às crises de eficiência do modelo weberiano tradicional, baseado na perspectiva burocrática (Andriolo, 2006; Pimenta, 2024).

O PDRAE foi o documento central da reforma administrativa do governo Fernando Henrique Cardoso, coordenado por Luiz Carlos Bresser-Pereira, com o objetivo de modernizar o Estado brasileiro e tornar a administração pública mais eficiente, orientada a resultados e focada em seu papel regulador. No campo da saúde, teve efeito importante sobre o SUS, porque reforçou a ideia de que a prestação de serviços poderia ser organizada por meio de arranjos institucionais mais flexíveis, com maior abertura para parcerias, descentralização e uso de entidades não estatais na execução de atividades consideradas não exclusivas do Estado (Andriolo, 2006). De um lado, a reforma proposta contribuiu para ampliar instrumentos de gestão e contratualização, buscando maior eficiência, metas e controle de resultados; de outro, fortaleceu uma lógica de separação entre financiamento público, regulação estatal e provisão por terceiros, o que passou a tensionar princípios como universalidade, integralidade e controle público direto.

As transformações promovidas pelo PDRAE contribuíram para redefinir a forma de atuação do Estado na provisão de serviços públicos, estimulando a adoção de modelos de contratação e cooperação que ampliaram a participação de entidades privadas e do terceiro setor na execução de atividades financiadas com recursos públicos (Andriolo, 2006). No setor saúde, esse movimento fortaleceu diferentes arranjos institucionais, desde os contratos de gestão para administração de unidades públicas até a contratualização de hospitais privados e filantrópicos para a prestação complementar de serviços ao SUS. Embora distintos quanto ao

objeto, ao regime jurídico e aos mecanismos de financiamento, esses modelos compartilham uma característica fundamental: a separação entre o ente responsável pelo financiamento, planejamento e regulação das ações de saúde e a organização encarregada de sua execução (Feliciello *et al*., 2016). Nesse contexto, a Teoria da Agência oferece um referencial analítico consistente para compreender as relações estabelecidas entre gestores públicos e prestadores de serviços, ao explicar como a delegação de responsabilidades pode gerar conflitos de interesse, comportamentos oportunistas e custos de monitoramento, que justificam a adoção de contratos, metas, indicadores de desempenho e instrumentos de avaliação como mecanismos de coordenação e controle. (Eisenhardt, 1989; Jensen, Meckling, 1976; Brasil, 2014).

Em termos aplicados ao SUS, essa abordagem permite interpretar a contratualização não apenas como instrumento administrativo de formalização da oferta assistencial, mas como arranjo de governança voltado à coordenação de interesses entre contratante e contratado. Assim, a definição de metas quantitativas e qualitativas, indicadores de desempenho e rotinas de monitoramento pode ser compreendida como estratégia para mitigar problemas típicos da relação principal-agente, sobretudo em contextos nos quais a complexidade técnica dos serviços e a fragmentação da informação dificultam o controle direto da execução (Brasil, 2014; Feliciello *et al*., 2016).

A convergência entre a reforma gerencial do Estado e o cenário de subfinanciamento crônico reconfigurou profundamente a natureza da participação privada no SUS. Sob a égide do PDRAE, a introdução de modelos contratuais flexíveis e pautados por resultados foi justificada pela promessa de superação da rigidez burocrática e pela busca de eficiência alocativa na prestação dos serviços públicos. Essa transição regulatória estabeleceu as bases de uma relação principal-agente permanente, em que a transferência de responsabilidades operacionais para prestadores particulares passou a exigir do gestor público novos e complexos mecanismos de contratualização e monitoramento (Neves, Ferreira e Tonelli, 2018). O gestor público passou a lidar com a necessidade de ofertar serviços à população e salvaguardar o interesse coletivo frente às estratégias de sobrevivência financeira das instituições contratadas.

A participação de entidades privadas na execução de ações e serviços públicos de saúde consolidou-se como um dos mecanismos utilizados pelo SUS para ampliar a capacidade de resposta às necessidades assistenciais da população. Essa relação, entretanto, não ocorre por meio de um único modelo jurídico ou administrativo. Ao longo do processo de consolidação do SUS, diferentes instrumentos de cooperação entre o Estado e instituições

privadas foram incorporados ao ordenamento jurídico brasileiro, cada qual com objetivos, fundamentos legais, formas de financiamento e mecanismos de controle próprios (Feliciello *et al*., 2026. Embora compartilhem a finalidade, esses instrumentos diferem quanto ao objeto contratado, às responsabilidades atribuídas às partes e aos modelos de avaliação e monitoramento adotados.

Entre essas modalidades destacam-se, de um lado, os contratos de gestão firmados com entidades do terceiro setor, especialmente Organizações Sociais (OS) e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), destinados à administração de unidades públicas de saúde e orientados por metas gerenciais e assistenciais previamente pactuadas (Santos e Servo, 2021). De outro lado, situam-se os contratos de prestação de serviços assistenciais, celebrados com hospitais privados ou filantrópicos para complementar a capacidade instalada do SUS, conforme previsto no art. 199, §1º, da Constituição Federal e regulamentado pela Lei nº 8.080/1990. Embora ambos integrem o conjunto das relações público-privadas existentes no sistema de saúde brasileiro, são instrumentos jurídicos distintos (Vargas, 2006), razão pela qual a literatura produzida para um modelo não pode ser automaticamente transposta para o outro.

É nesse segundo modelo que se insere a contratualização analisada nesta pesquisa. O objeto deste estudo não envolve contratos de gestão de unidades públicas por entidades do terceiro setor, mas sim os contratos de prestação de serviços hospitalares firmados entre o gestor municipal do SUS e hospitais integrantes da rede complementar (Santos e Servo, 2021). A contratualização constitui o principal instrumento de governança da relação entre contratante e prestador, estabelecendo procedimentos de avaliação destinados a assegurar que os recursos públicos transferidos sejam convertidos em serviços assistenciais compatíveis com as necessidades da população e com os objetivos da política pública de saúde (Feliciello *et al*., 2016).

É importante destacar que, apesar de ser possível discutir a contratualização no SUS em todos os níveis de atenção, suas implicações político-econômicas são especialmente críticas no nível terciário. No contexto hospitalar de média e alta complexidade, a contratualização transcende a simples coordenação de fluxos e passa a regular a distribuição de significativos recursos financeiros em um ambiente de alta tecnologia, marcado por incerteza e assimetria de informação entre as partes contratantes (Sancho *et al*., 2017). Aí se potencializa a dependência do Estado em relação à estrutura do setor privado e filantrópico, uma vez que a escassez da oferta pública direta e a insuficiência da regulação assistencial ampliam o poder de negociação dos prestadores frente ao gestor público (SANTOS *et al*.,

2024). Isso torna a elaboração dos contratos determinante para a sustentabilidade de toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS).

A contratualização amplifica os riscos de assimetria informacional e risco moral em relação aos outros níveis de atenção. O intrincado labirinto dos procedimentos médicos hospitalares, a flutuação dos preços dos insumos tecnológicos e a imprevisibilidade da permanência dos pacientes em tratamento conferem às metas um caráter de desafio técnico sem igual para a autoridade sanitária em seu acompanhamento (Sancho *et al*, 2017). Portanto, o ponto essencial do controle público na atenção terciária é a capacidade de mudar de um modelo de supervisão puramente burocrático e centrado na produção quantitativa para sofisticados mecanismos de avaliação de desempenho (Feliciello *et al*, 2016, Neves, Ferreira e Tonelli, 2018). É somente com esse aprimoramento regulatório que se consegue conter os jogos de estratégia dos prestadores hospitalares e assegurar que a contratação de serviços de alta complexidade traga, de fato, resolutividade clínica e equidade no acesso à população.

Embora a contratualização tenha sido adotada como medida para estabelecer segurança jurídica e garantir acesso da população aos serviços de saúde na atenção terciária, apontamentos feitos por pesquisadores revelam fragilidades que devem ser enfrentadas pela gestão pública (Pires *et al.*, 2017).

Em um estudo sobre contratos realizados pelo SUS no município de Campinas-SP, Santana (2014) concluiu que os desafios da contratualização afetam todos os setores, desde a participação social, a gestão do sistema e os prestadores de serviços. Ele constatou que os mecanismos de regulação utilizados eram insuficientes devido a um amplo mosaico de nuances da contratação pública. O autor enfatiza em suas conclusões que ainda há um percurso a ser seguido na busca de relações político-administrativo-jurídicas que garantam a eficácia da regulação e da contratualização de serviços no SUS. Indicou ainda que, embora tenha havido avanços no processo de formalização dos contratos e nas medidas de regulação e controle, o estudo evidenciou as dificuldades encontradas para a efetivação de uma política de saúde satisfatória para as partes envolvidas. Por fim, destacou a necessidade de promover transparência no processo de contratualização e nos seus mecanismos de controle (Santana, 2014). Entende-se que a experiência de Campinas demonstra que a complexidade da rede contratada exige um processo de governança que transcenda a formalidade jurídica e abranja um arranjo regulatório sólido.

Em outro estudo sobre a contratualização da gestão hospitalar, cujo objetivo foi estudar as agências, controle estatal e avaliação no SUS, tendo como objeto os contratos estabelecidos entre o governo e instituições de saúde privadas, Santos e Pinto (2017)

concluíram que os termos de convênio, termos de adesão e os contratos, principalmente os da atenção hospitalar, possuíam instrumentos de contratualização diversos. Essa diversidade exigia "o desenvolvimento da capacidade governamental para monitorar, controlar e regular, efetivando a institucionalização da avaliação em saúde" (Santos e Pinto, 2017). Os autores destacaram, de forma incisiva, o imperativo de estabelecer mecanismos seguros de monitoramento e avaliação dos contratos de prestação de serviços de saúde para garantir a sua efetividade, o que é uma responsabilidade natural da administração pública.

Além das dimensões técnico-administrativas, a literatura também aponta que a contratualização deve ser compreendida à luz das transformações ocorridas nas políticas públicas de saúde nas últimas décadas. Desse modo, a intersecção entre a reforma gerencial do Estado e a consolidação de uma política macroeconômica de austeridade fiscal contribuiu para redefinir o papel da contratualização de serviços no âmbito do SUS (Ibañes e Vecina Neto, 2007). O que se estruturou inicialmente como uma modalidade de cooperação complementar para suprir vazios assistenciais passou a assumir papel mais amplo na organização da assistência hospitalar, sobretudo diante das limitações financeiras e operacionais enfrentadas pelo sistema público de saúde (Funcia e Ocké-Reis, 2018; Neves, Ferreira e Tonelli, 2018).

Em suma, o exame da contratualização hospitalar ultrapassa os limites de uma mera avaliação administrativa, revelando-se como um campo de negociação e tensionamento institucional (Albuquerque, 2015). Nesse cenário, o gestor público, com limitações de capacidade de investimento direto, é compelido a administrar permanentemente a tensão entre a racionalidade fiscal do Estado, as necessidades da população e a lógica de sobrevivência econômica dos prestadores de serviços.

O Quadro 1 condensa a arquitetura teórica e os principais resultados das produções científicas revisadas, delineando os parâmetros determinantes para a compreensão do financiamento e da governança no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Quadro 1 – Resumo da produção científica referenciada

(continua)

Autor (Ano)	Objetivo Principal	Metodologia Utilizada	Principal Resultado
Minas Gerais (2024)	Orientar tecnicamente os fiscais de contratos onerosos assistenciais quanto aos procedimentos de fiscalização de contratos de gestão e parcerias na saúde pública.	Manual técnico-normativo elaborado pela Controladoria-Geral do Estado de Minas Gerais (CGE-MG).	Estabelece parâmetros e rotinas de fiscalização para assegurar o cumprimento de metas e a correta aplicação de recursos públicos nos contratos de gestão e parcerias assistenciais.

Quadro 1 – Resumo da produção científica referenciada

(continuação)

Santos e Servo (2021)	Caracterizar os instrumentos de contratualização e os modelos de remuneração de serviços de saúde vigentes no SUS, identificando situação atual e perspectivas.	Estudo técnico-documental sobre os arranjos contratuais e mecanismos de financiamento e remuneração de prestadores no SUS.	Evidencia a coexistência de diferentes instrumentos jurídicos de participação complementar privada (contratos de gestão e contratos/convênios de prestação de serviços), cada qual com lógica própria de financiamento e remuneração.
Albuquerque, Morais e Lima (2015)	Descrever a contratualização como espaço de disputa econômica e política entre o mercado e o Estado regulador.	Análise crítica sobre governança e regulação em saúde.	O empresário busca lucro/escala e o gestor busca suprir vazios com baixa remuneração; o desafio é submeter o privado à regulação.
Andriolo (2006)	Analisar a inserção da administração gerencial e o modelo de Organizações Sociais de Saúde (OSS) no Brasil.	Revisão teórica e documental da reforma do aparelho do Estado de 1995.	A contratualização surge como o instrumento central para viabilizar a agilidade gerencial e a cooperação público-privada.
Brasil (2014)	Fundamentar os mecanismos de avaliação, metas e indicadores de desempenho aplicáveis à contratualização no SUS.	Documento técnico-normativo do Ministério da Saúde.	Estabelece diretrizes para o uso de metas e instrumentos de avaliação como mecanismos de coordenação entre gestor público e prestador.
Eisenhardt (1989)	Sistematizar os pressupostos da Teoria da Agência na literatura de administração e economia organizacional.	Artigo teórico de revisão conceitual.	Consolida o arcabouço da relação principal-agente, explicando como a assimetria de informação gera conflitos de interesse, oportunismo e custos de monitoramento.
Feliciello et al. (2016)	Analisar a organização do componente hospitalar na RAS e a inserção de indicadores de desempenho nos modelos contratuais.	Análise normativa e documental de diretrizes de contratualização e monitoramento do SUS.	A contratualização exige cooperação entre níveis assistenciais e a fixação explícita de indicadores contratuais de estrutura, processo, resultado e governança.
Funcia e Ocké-Reis (2018)	Analisar o impacto macroeconômico da austeridade fiscal e da Emenda Constitucional nº 95 sobre o financiamento do SUS.	Análise político-econômica de finanças públicas e séries históricas de orçamento social.	A imposição do teto de gastos transformou o subfinanciamento crônico em desfinanciamento estrutural, forçando municípios a contratualizarem sob asfixia financeira.
Ibañez e Vecina-Neto (2007)	Avaliar criticamente a aplicação prática dos contratos de gestão e a ênfase em metas quantitativas na saúde.	Estudo crítico-analítico fundamentado em revisão de literatura acadêmica.	A ausência de indicadores qualitativos robustos pode reduzir o cuidado a números de procedimentos, distorcendo a integralidade.
Minas Gerais (2024)	Orientar tecnicamente os fiscais de contratos onerosos assistenciais quanto aos procedimentos de fiscalização de contratos de gestão e parcerias na saúde pública.	Manual técnico-normativo elaborado pela Controladoria-Geral do Estado de Minas Gerais (CGE-MG).	Estabelece parâmetros e rotinas de fiscalização para assegurar o cumprimento de metas e a correta aplicação de recursos públicos nos contratos de gestão e parcerias assistenciais.
Neves, Ferreira e Tonelli (2018)	Avaliar o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS quanto ao eixo de financiamento.	Análise documental e avaliativa de política pública (Portaria GM/MS nº 1.721/2005).	A contratualização rompeu com a lógica de pagamento por produção em favor de metas e incentivos, mas evidencia fragilidades de sustentabilidade financeira diante do subfinanciamento do SUS.

Quadro 1 – Resumo da produção científica referenciada

(conclusão)

Pimenta (2024)	Avaliar a Teoria do Agente-Principal e o papel regulador do Estado frente à crise de eficiência do modelo tradicional.	Análise teórica dos fundamentos da Nova Gestão Pública aplicados à prestação de serviços não exclusivos do Estado.	O Estado deve se desvincular da execução direta, atuando primordialmente no planejamento, na regulação e na fiscalização dos contratos.
Pires et al. (2017)	Avaliar os impactos financeiros e assistenciais da defasagem da Tabela SUS nos hospitais filantrópicos contratados.	Estudo empírico e de revisão sobre sustentabilidade hospitalar.	Os valores pagos não cobrem os custos reais, gerando endividamento crônico e forçando hospitais a priorizar o mercado privado.
Sancho et al. (2017)	Analisar o processo de regionalização da saúde sob a ótica da Teoria dos Custos de Transação.	Ensaio teórico aplicando os pressupostos de Williamson (racionalidade limitada, oportunismo, incerteza) à regionalização do SUS.	A assimetria de informação e a incerteza quanto ao comportamento da outra parte reforçam o oportunismo e a elaboração de contratos incompletos, sujeitos a rompimento.
Santana (2014)	Avaliar os desafios da contratualização de serviços de saúde, com foco na participação social, regulação e prestadores.	Estudo de caso empírico-qualitativo no município de Campinas – SP.	Os mecanismos regulatórios eram insuficientes devido ao amplo mosaico de nuances contratuais; há urgência de transparência no controle.
Santos e Pinto (2017)	Estudar as agências, o controle estatal e a diversidade de instrumentos de contratualização hospitalar.	Análise documental comparativa de convênios, termos de adesão e contratos.	A diversidade de instrumentos exige o desenvolvimento urgente da capacidade governamental para monitorar, controlar e regular.
Santos e Servo (2021)	Caracterizar os instrumentos de contratualização e os modelos de remuneração de serviços de saúde vigentes no SUS, identificando situação atual e perspectivas.	Estudo técnico-documental sobre os arranjos contratuais e mecanismos de financiamento e remuneração de prestadores no SUS.	Evidencia a coexistência de diferentes instrumentos jurídicos de participação complementar privada (contratos de gestão e contratos/convênios de prestação de serviços), cada qual com lógica própria de financiamento e remuneração.
Santos et al. (2024)	Analisar a dinâmica da regionalização em municípios rurais remotos e as implicações dos vazios assistenciais na comercialização da saúde.	Estudo de casos múltiplos, qualitativo, com 76 entrevistas semiestruturadas em 27 municípios de dez estados.	A escassez de oferta pública amplia a dependência do Estado em relação a prestadores privados, que passam a deter maior poder de negociação/barganha.
Vargas (2006)	Analisar a natureza jurídica do contrato de gestão no direito administrativo brasileiro.	Ensaio jurídico-doutrinário (revisão de doutrina administrativista).	O contrato de gestão (OS) e o contrato/convênio de prestação de serviços (art. 199, §1º, CF/88) são institutos jurídicos distintos, com fundamentos constitucionais e legais próprios.

Fonte: Elaborada pelo autor, 2026.

A teoria analisada nesta seção evidencia que a contratualização não se limita a uma formalidade administrativa, mas sim, assume o papel de instrumento central para a resolução

dos conflitos entre a lógica de mercado e o direito universal à saúde. O retrato dos estudos de caso nacionais, aliado à fragilidade operacional dos mecanismos de monitoramento, evidencia que a falta de informações e a escassez de avaliações sistemáticas dificultam um controle estatal efetivo sobre o desempenho assistencial. Com isso, é inevitável que a transição para a próxima seção se faça no sentido de averiguar de que maneira Montes Claros, enquanto polo macrorregional, articula esses mecanismos contratuais e regulatórios diante da pressão por subfinanciamento e alta complexidade.

1.2 Contratualização, financiamento e acesso à atenção hospitalar no SUS

De acordo com a normativa, as políticas assistenciais, as diretrizes e as metodologias de desenvolvimento dos programas e ações no âmbito da saúde pública (Brasil, 1990) baseiam-se nos princípios do SUS. Esses princípios atribuem responsabilidades aos gestores locais, que devem, por meio de ferramentas e métodos específicos, definir as demandas da população e garantir os atendimentos necessários.

Os serviços de atenção especializada e hospitalar devem ser ofertados, preferencialmente, aos cidadãos do próprio município ou para uma população referenciada, conforme a pactuação entre gestores. A oferta deve ocorrer em unidades próprias, ou seja, em postos de saúde, policlínicas e hospitais mantidos pelos municípios (Moreira, 2017). Entretanto, a insuficiência da capacidade instalada na rede própria para atender toda a população local ou referenciada exige a contratação de estabelecimentos privados, em caráter complementar, a fim de prover a oferta dos serviços que a administração pública não consegue executar diretamente.

Para operacionalizar a contratualização, ou seja, a relação entre o ente público e os estabelecimentos privados contratados, especificamente os que prestam serviços hospitalares, o Ministério da Saúde (MS) instituiu normas por meio da Portaria nº 3.410, de 30 de dezembro de 2013. Tal normativa traz as diretrizes a serem adotadas na contratação, conforme a classificação da demanda, estabelecendo critérios de prioridade, formalização dos contratos e obrigatoriedade do monitoramento e acompanhamento da prestação dos serviços mediante instrumentos administrativos específicos da contratualização (Brasil, 2013).

É importante destacar que, por se tratar de contratação pública, a contratualização exige um procedimento de licitação, nos termos das leis 8.666, de 21 de junho de 1993, e 14.133, de 1.º de abril de 2021. Nesse processo, são firmadas as condições de contratação, de

execução dos serviços, regras de pagamento e obrigações das partes, além de previsão orçamentária e a qualificação das fontes de financiamento (Brasil, 2017).

A contratualização hospitalar no âmbito do SUS funciona como um pilar estratégico da gestão pública, pois consiste em um conjunto de ações executadas na esfera pública que busca o aprimoramento da relação entre o poder público, na condição de contratante, e os estabelecimentos de saúde, também chamados de prestadores de serviços, que assumem a posição de contratados. Trata-se de um processo abrangente, que extrapola o ato administrativo de formalização de serviços, configurando-se como um instrumento de governança com foco em resultados da assistência prestada à população (Albuquerque *et al.,* 2015).

Além dos aspectos jurídicos e administrativos, a contratualização é entendida pelo MS como uma ferramenta de mediação das relações, seja entre o setor público e o privado (com ou sem fins lucrativos), seja entre diferentes entes públicos. Seu objetivo é reforçar o caráter público dos estabelecimentos que integram a rede SUS, promovendo uma gestão orientada por desempenho e responsabilidade social (Feliciello *et al.,* 2016).

Este modelo se alinha à perspectiva pós-burocrática da administração pública, que preconiza mecanismos de aferição de desempenho, satisfação do usuário e controle social. A lógica central é vincular o repasse de recursos financeiros ao alcance de resultados predefinidos de produtividade e eficiência (Albuquerque *et al.,* 2015). Para esses autores, tradicionalmente, a alocação de recursos era centrada nas necessidades de custeio dos serviços sem mecanismos consistentes de avaliação de desempenho ou vinculação direta aos resultados assistenciais.

O propósito da contratualização é reverter essa lógica, buscando direcionar a distribuição de recursos para contemplar prioridades assistenciais voltadas ao usuário e às demandas regionais (Albuquerque *et al.,* 2015; Feliciello *et al.,* 2016). A avaliação dessa política deve, portanto, ir além da eficiência operacional, examinando sua capacidade de induzir mudanças na priorização do gasto público.

Segundo Feliciello *et al.* (2016), o arcabouço legal da contratualização no SUS tem suas raízes na Norma Operacional Básica (NOB) 01/93 e na Portaria nº 545/1993, as quais abordam o processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde no território nacional. Logo, não se tratava de uma inovação introduzida pela nova legislação, mas do aprimoramento de práticas já utilizadas pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Essa instituição, na segunda metade do século XX, já

integrava os serviços hospitalares privados na rede assistencial voltada à população (Feliciello *et al.*, 2016).

A consolidação do modelo estratégico hospitalar ocorreu com a promulgação de normativas específicas, como a Portaria nº 3.390/2013, que estabeleceu diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS), posteriormente conferidas pela Portaria nº 3.410/2013, que detalhou as normas para a contratualização de hospitais no SUS. Essa última manteve estreita consonância com a PNHOSP (Feliciello *et al.*, 2016). Os autores destacam que outras normativas, como a Portaria nº 358/2006, já haviam instituído diretrizes para a contratação de serviços assistenciais, mesmo que carecessem do detalhamento e da especificidade com que o tema foi tratado na Portaria 3.410/2013 (Feliciello *et al.*, 2016). Esses documentos normativos definem o roteiro para a formalização de pactos destinados à integração dos prestadores de serviços à rede assistencial regional.

A contratualização é formalizada por meio de arranjos jurídicos, como convênios, contratos e termos de cooperação mútua, aplicados conforme a natureza do prestador e a conveniência do gestor do SUS. Esses instrumentos contratuais representam os acordos estabelecidos entre contratantes, contratados e, prevendo obrigações recíprocas, valores envolvidos e a relação dos serviços a serem prestados. Nota-se que as instituições mais estruturadas do ponto de vista administrativo tendem a apresentar participação mais expressiva nesse processo, conforme apontam Lima e Rivera (2012).

Os instrumentos contratuais são imprescindíveis para conferir transparência às relações pactuadas no processo de contratualização, visto que se trata de estratégia voltada ao atingimento de resultados. De um lado, o gestor público busca cumprir a finalidade estatal de prover ações e serviços de saúde à população; de outro lado, as instituições contratadas procuram assegurar a sustentabilidade econômico-financeira. Contudo, essa sustentabilidade encontra obstáculo crônico no subfinanciamento do sistema (Menezes, 2012). O subfinanciamento é um dos desafios persistentes a serem enfrentados, ao lado da desigualdade de acesso, da gestão ineficiente e da escassez de profissionais. Esse problema, que já despontava desde a criação do SUS, tornou-se ainda mais evidente após a pandemia de Covid-19, devido à crescente demanda por assistência sanitária (Souza, 2025).

Em estudo divulgado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) em 2023, os autores aludem a desfinanciamento, o que parece ser ainda mais grave, já que representa uma redução proporcional gradativa na alocação de recursos no período de 2013 a 2020, sobretudo após a Emenda Constitucional (EC) nº 95. A nota técnica aponta que o subfinanciamento crônico foi transformado em desfinanciamento, ao ancorar o piso da saúde

na inflação passada, em um teto de gastos, resultando em um piso deslizante que se distancia do dinamismo da Receita Corrente Líquida (RCL) e das urgências da saúde (Ocké-Reis *et al.*, 2023). Os autores sustentam ainda que o piso *per capita* se manteve em declínio desde o ano de 2013, alcançando o menor patamar em 2020, evidenciando os impactos negativos da política fiscal e de arranjos políticos sobre o orçamento da saúde. Ressalta-se que esse último ano, marcado pelo menor piso, ocorreu em um momento de alta destinação de recursos à saúde com o intuito de conter a pandemia.

O principal obstáculo à sustentabilidade do atendimento no SUS é, sem dúvidas, a má remuneração dos procedimentos executados, já que a Tabela SUS sofre estagnação desde a sua implantação em relação à maioria dos procedimentos. Essa defasagem é histórica e preocupante para a sustentabilidade do Sistema.

Estudo centrado nas Santas Casas aponta que os atendimentos realizados nos hospitais filantrópicos chegam a representar 40% do total. Isso ocorre em instituições que, por força legal, devem destinar pelo menos 60% de sua capacidade ao atendimento de usuários do SUS e que, em alguns municípios, constituem o único estabelecimento hospitalar existente, o que torna a defasagem da tabela um problema sistêmico e assistencial, e não apenas contratual (Clark, Lelis e Machado, 2022).

Outros estudos, como o de Pires *et al.* (2017), demonstram que os valores pagos não cobrem os custos elevados da assistência hospitalar, levando a endividamento, risco de colapso e dependência de outras fontes de receita, o que resulta em uma tensão entre os atendimentos realizados pelo SUS e aqueles vinculados ao setor privado e aos convênios. Essa defasagem tem consequências estruturais graves. Para que as entidades hospitalares, especialmente as filantrópicas, se mantenham financeiramente sustentáveis, são forçadas a gerar outras receitas, além daquelas provenientes do SUS, para reduzir o déficit crônico (Pires *et al.*, 2017).

A falta de sustentabilidade faz com que a política de contratualização, que deveria garantir e qualificar o atendimento público, empurre os hospitais para maior dependência do setor privado, com vistas a garantir a sua sobrevivência. Outro efeito negativo é a subordinação da capacidade e da qualidade do atendimento ao desempenho do mercado privado. Como resultado, os prestadores passam a priorizar os pacientes privados, enquanto a restrição do acesso para o usuário do SUS gera filas de espera, represamento de determinadas demandas e vazio assistencial, mesmo frente aos compromissos contratuais assumidos.

Dessa forma, percebe-se que a dinâmica do SUS é atravessada por uma tensão estrutural entre o imperativo ético-jurídico da garantia de direitos e a lógica de acumulação de

capital no setor da saúde. Rodrigues *et al.* (2023) asseveram que o Estado brasileiro, historicamente, utilizou o fundo público para fomentar o crescimento do capital privado na saúde, criando um cenário de subordinação dos interesses sociais aos interesses do mercado (Rodrigues *et al.,* 2023). Esse cenário aponta que o atual estágio do capitalismo impõe uma reconfiguração das políticas sociais que visa flexibilizar o SUS, transformando o fundo público em objeto de disputa para a expansão do capital (Lazarini e Sodré, 2019).

Nesse contexto, a promulgação da Emenda Constitucional nº 95/2016 representou um marco disruptivo: o SUS transitou de um estado de subfinanciamento crônico para um processo deliberado de desfinanciamento, em que a rigidez das regras fiscais entra em colisão direta com o conceito constitucional de saúde como direito de cidadania (Funcia, 2022). Dessa forma, a restrição orçamentária do sistema compromete a sua sustentabilidade, uma vez que a renúncia à arrecadação fiscal em saúde e o teto de gastos limitam a capacidade estatal de financiar a média e alta complexidade (Ocké-Reis, 2018).

Ainda assim, a contratualização continua sendo uma tentativa de mitigar o problema do financiamento e induzir eficiência, com foco principal na distribuição mais adequada dos recursos, voltada para as prioridades assistenciais (Albuquerque *et al.,* 2015). Por esse motivo, a introdução de recursos de incentivo, como o Incentivo de Adesão à Contratualização (IAC), representou um novo aporte de recursos no sistema para os hospitais que formalizaram sua participação e funciona como uma espécie de seguro para o contrato de risco assumido com o SUS (Brasil, 2010).

O IAC foi utilizado como um fator de compensação na lógica de orçamentação global, isto é, a contratação dos serviços de média complexidade passou a compor um pacote de procedimentos pagos em dois momentos: no primeiro, é feito um adiantamento dos valores, chamado de pré-fixado, correspondente a 60% do montante, e o restante fica vinculado ao cumprimento de indicadores de qualidade (Brasil, 2013).

No entanto, a orçamentação é apenas uma modalidade entre os diversos modelos de remuneração praticados. Além dela, Santos e Servo (2021) descrevem o pagamento por desempenho (*pay for performance*), por capitação e por caso. Para os autores, enquanto a orçamentação e o pagamento por desempenho apresentam risco para o contratado, o pagamento por capitação e por caso transferem o risco para o contratante.

Nesses últimos, o risco principal é a prática de *cream skimming*, que consiste na preferência pelos casos menos complexos e, portanto, menos onerosos, já que os casos de maior complexidade representam menor margem de lucro, podendo ocasionar o represamento de demanda ou mesmo vazios assistenciais (Santos e Servo, 2021). Um termo muito utilizado

para representar esse conflito de interesses é “comer o filé e roer o osso”, dando a conotação de ser necessário abranger todos os casos, inclusive os não lucrativos, no atendimento ao SUS.

Sob a perspectiva da Economia Política, essa transferência de risco não é neutra. Se, por um lado, ela desencoraja o desperdício e o excesso de procedimentos (comuns no modelo de pagamento por serviço), por outro, ela pode induzir o hospital a reduzir a oferta de serviços de alta complexidade ou de maior custo que possam comprometer o teto orçamentário pactuado (Macedo *et al.*, 2021). Esse fenômeno reforça a necessidade de um monitoramento rigoroso pela CAC, a qual deve atuar para garantir que a busca pela sustentabilidade financeira do prestador não resulte em barreiras de acesso ou queda na qualidade técnica do cuidado assistencial.

O impacto social da contratualização é medido pelo modo como os prestadores são inseridos na rede e por sua importância na RAS. Nesse sentido, é importante garantir a hierarquização dos serviços e promover a equidade no acesso, pois, ainda que os hospitais sejam integrantes da rede de Urgência e Emergência, funcionando como porta de entrada para atendimentos dessa natureza, devem atuar como ponto de atenção referenciada para os atendimentos eletivos, para os quais a forma de ingresso deve ser a Atenção Primária à Saúde (Silva, 2022).

O impacto social da contratualização pode ser mensurado pelo modo como os prestadores privados e filantrópicos se inserem na Rede de Atenção à Saúde (RAS), particularmente quanto ao princípio da hierarquização dos serviços. Nesse sentido, hospitais contratualizados frequentemente funcionam como a única porta aberta de retaguarda de urgência e emergência disponível em municípios de menor porte, papel que tende a ser mais bem consolidado do que sua inserção na oferta eletiva e especializada, historicamente mais fragmentada e desarticulada da rede regional (Silva, 2022). Essa assimetria entre os fluxos de urgência, relativamente bem definidos, e os fluxos eletivos, pouco regulados e sujeitos a pressões políticas pontuais para sua ampliação, evidencia a fragilidade da regulação do acesso.

Para esse autor, a contratualização é uma estratégia essencial no processo de regionalização do SUS, uma vez que busca garantir o acesso dos usuários à atenção especializada ambulatorial e hospitalar, especialmente em municípios de pequeno porte, em suas respectivas regiões de saúde (Silva, 2022). Dessa maneira, pode-se afirmar que a discussão sobre a regionalização engloba a demanda da contratualização, posto que, como já foi abordado, a estrutura de saúde vinculada ao poder público é insuficiente para fornecer os

serviços demandados pela população, o que torna a regionalização e a contratualização variáveis mutuamente dependentes. Deve-se lembrar que a ideia de regionalização considera fatores como economia de escala e escopo, além da garantia de acesso e assistência à saúde.

Pode-se afirmar, então, que, no aspecto social, a contratualização tem o objetivo de instituir compromissos intergestores para garantir o acesso a todos os níveis de serviços (Feliciello *et al.,* 2016). Nesse contexto, os arranjos regionais vão além da relação entre os municípios mediada pela Programação Pactuada e Integrada (PPI), admitindo a existência dos consórcios públicos intermunicipais, os quais se configuram como uma alternativa viável, com amparo da Lei n. 11.107/2005, para efetuar a contratação de serviços em nível macrorregional, garantindo a escala adequada, mesmo que represente um conflito com o comando único do sistema (Brasil, 2016; Feliciello *et al.,* 2016). Assim, a contratualização extrapola a relação entre contratante e contratante, admitindo um terceiro agente representado pelos gestores dos municípios da região de saúde.

Todavia, na visão de Feliciello *et al.* (2016), observa-se baixa correlação entre as metas contratuais e as reais carências assistenciais de saúde do território, o que é um desafio estrutural na implementação da política social do SUS. Para que a contratualização seja efetivada a fim de atender as necessidades regionais, é imprescindível a implementação de um planejamento estratégico regional, que considere maior equidade, com definição de prioridades coerentes com a realidade epidemiológica e assistencial de cada região (Feliciello *et al.*, 2016).

Embora os indicadores inseridos na contratualização busquem determinar um panorama relacionado à melhor utilização da capacidade instalada e das habilitações de cada estabelecimento, existe desconexão entre as metas do contrato, que, na maioria das vezes, concentram-se na produtividade, e a epidemiologia regional, que deve representar o perfil assistencial regional. Essa desconexão impacta negativamente o papel social da política de saúde (Silva, 2022). Se os contratos não são constituídos a partir de um planejamento preciso, que defina prioridades, com ênfase na cobertura de média e alta complexidades em áreas deficitárias, a resolutividade da RAS ficará limitada, mesmo que os indicadores de produção sejam formalmente atingidos.

Silva (2022) ainda argumenta que a falta de um planejamento regional robusto subestima a necessidade da população e leva os gestores a formalizar instrumentos de cooperação intergestores frágeis, insuficientes para atender as demandas reais da população, além de não garantir a segurança jurídica e alocação adequada de recursos com vistas ao atendimento e à abrangência microrregional ou regional (Silva, 2022).

Para que a contratualização atinja a qualidade desejada, é imprescindível a adoção de mecanismos de monitoramento capazes de mensurar o desempenho dos estabelecimentos contratados. Por esse motivo, os modelos contratuais devem conter indicadores que abordem diversas dimensões, incluindo acesso, desempenho assistencial, qualidade percebida e desempenho econômico (Feliciello *et al*., 2016). O grande desafio, nessa questão, é o acesso a informações oficiais de domínio comum entre as partes, a fim de garantir a acurácia mínima dos dados utilizados na análise dos resultados.

Uma tentativa de mitigar esse desafio foi a instituição do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS) pelo MS, por meio da adoção de 21 manuais de acompanhamento e avaliação de contratos, o manual de contratualização (Brasil, 2015; Feliciello *et al*., 2016), além do manual de contratação para prestação de serviços de saúde editado pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (Minas Gerais, 2025), por meio dos quais os gestores contratantes encontram orientações detalhadas acerca dos critérios para a formalização de contratos públicos.

Apesar da existência de estruturas formais de avaliação e de manuais detalhados para orientação aos contratantes e aos órgãos de controle, o processo de contratualização permanece envolto por controvérsias quanto à sua aplicação prática. Sobre esse desafio, especialistas alertam que a contratualização não é uma panaceia, tampouco possui caráter de ação finalística do poder público. Pelo contrário, deve ser vista como um dispositivo de diálogo e pactuação de compromissos entre entidades com finalidades distintas, mas munidas de interesses comuns (Lima e Rivera, 2012), visto que o alcance de seus resultados, assim como sua credibilidade, depende diretamente da construção de um instrumento capaz de diferenciar os estabelecimentos contratados de acordo com o atingimento dos resultados acordados.

Por esse motivo, o fator burocrático torna-se imprescindível para garantir a neutralidade entre regulação, execução e monitoramento. Por meio do processo regulatório, o poder público garante que a assistência executada pelos serviços contratados seja direcionada pelos órgãos reguladores, conforme os protocolos estabelecidos, assim como que o monitoramento e o controle da execução estejam em conformidade com o regramento contratual (Brasil, 2010). Em outras palavras, quando o controle técnico falha em gerar uma fiscalização crítica e independente, a melhoria do desempenho se estagna, comprometendo os objetivos da contratualização.

Nesse contexto, a gestão da contratualização está sob constante escrutínio dos órgãos de controle, como os Tribunais de Contas Estaduais (TCE), o Departamento Nacional de

Auditoria do SUS (DENASUS) e o Tribunal de Contas da União (TCU), o que torna a existência de um serviço de Controle Interno uma obrigação, em tese, com vistas a afastar a possibilidade de erros ou vícios processuais que possam comprometer o órgão gestor e suas lideranças. Em um primeiro momento, o controle interno deve ser exercido pela CAC, responsável pela avaliação sistemática dos resultados alcançados, como os indicadores quantitativos e qualitativos, além do resultado financeiro, com periodicidade definida, a qual pode ser mensal ou mesmo quadrimestral (Brasil 2013, Minas Gerais, 2024).

A metodologia utilizada no processo de avaliação prevê o cálculo de metas quantitativas, que envolve a produção ambulatorial e hospitalar em relação ao Plano Operativo Assistencial (POA), e de metas qualitativas, que se referem aos indicadores, como a Taxa de Ocupação dos Leitos Clínicos e de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), o Tempo Médio de Permanência e a Mortalidade Institucional, entre outros. O desempenho alcançado define o percentual correspondente do valor prefixado a ser repassado, incluindo os incentivos financeiros (Minas Gerais, 2024).

Um ponto importante a ser mencionado é que a CAC deve ser, pelas normas, composta por representantes do gestor do SUS, do estabelecimento contratado e do controle social, já que é responsável pela apuração dos resultados dos indicadores, sinalizadores do atingimento de metas, e principalmente pela proposição de adequações contratuais, quando os dados evidenciarem a necessidade de alteração dos pactos.

Para Menezes (2012), a contratualização hospitalar no SUS visa, em tese, à ampliação da assistência, ao mesmo tempo em que pode transformar a gestão de saúde pública ao introduzir critérios de eficiência, produtividade e qualidade, exigidos nos contratos e monitorados. Os impactos socioeconômicos revelam um sistema de tensões e desequilíbrios motivado por divergências de entendimento quanto ao financiamento e custeio, bem como por interesses empresariais intrínsecos a essa relação (Menezes, 2012).

O ponto central do conflito na relação público-privada é a defasagem crônica e estrutural da Tabela SUS (Menezes, 2012), e esse problema possui caráter fundamental, já que interfere negativamente em grande parte dos ganhos de eficiência prometidos pelo modelo gerencial da administração pública. Nessa tensão entre os contratantes, discute-se a sustentabilidade dos prestadores de serviços, especialmente os filantrópicos, uma vez que eles precisam compensar o déficit por meio de receitas privadas (Santos e Servo, 2021). Isso faz com que a qualidade e o acesso ao SUS se tornem dependentes do desempenho do mercado privado e pode comprometer a equidade, além de exigir a instituição de incentivos financeiros paralelos à lógica de financiamento do SUS.

Do ponto de vista social, pode-se dizer que o principal impacto é a prática de seleção dos procedimentos ou casos mais lucrativos; em outras palavras, a priorização de usuários cuja assistência se torna mais rentável para o contratado, prática conhecida como *cream skimming* (Santos e Servo, 2021), o que representa uma ameaça ao princípio da equidade, já que tal seleção coloca em risco o atendimento dos casos menos rentáveis, independentemente de sua gravidade. Essa seleção de pacientes mais lucrativos é uma forma clássica de seleção adversa decorrente da assimetria de informação entre o prestador, que conhece o custo real do caso, e o gestor.

Hoffmman e Gonçalves (2022), em uma revisão bibliográfica acerca do direito à saúde e da contratualização no SUS, a partir de uma abordagem jurídica, levantaram as contribuições de pesquisadores sobre o assunto à luz de observações teórico-jurídicas. Esses autores concluíram que os processos de contratualização devem buscar atender o regulamento constitucional do Estado e garantir a saúde do cidadão, por meio da adoção de mecanismos de qualificação das demandas dos usuários, sem perder de vista a dinâmica jurídica e administrativa pertinente a esse tipo de relação (Hoffmman e Gonçalves, 2022).

A análise das fragilidades operacionais na contratualização hospitalar ganha contornos mais nítidos ao se examinar a experiência recente de outros polos macrorregionais do estado de Minas Gerais. Minguim e Rocha (2024), ao avaliarem o desenho regulatório no município de Uberaba, evidenciaram que a relação contratual entre o gestor público e a rede complementar é tensionada por uma persistente assimetria de informação. Os autores apontam que a Secretaria Municipal de Saúde, na condição de ente contratante, enfrenta limitações estruturais de capacidade técnica para auditar os custos reais e os processos assistenciais das instituições executoras. Esse desequilíbrio informacional reduz o potencial transformador das comissões de monitoramento, as quais passam a desempenhar funções predominantemente burocráticas e cartoriais, concentradas na conferência de faturamento histórico em detrimento da avaliação da resolutividade clínica e da eficiência produtiva.

Ademais, o cenário de Uberaba ilustra como o subfinanciamento estrutural molda o comportamento estratégico dos hospitais parceiros. Minguim e Rocha (2024) demonstram que a defasagem dos valores financeiros repassados empurra os prestadores para o desequilíbrio fiscal, induzindo-os a adotar medidas defensivas, como o represamento de procedimentos eletivos de alta complexidade, para preservar suas margens operacionais dentro do teto orçamentário estabelecido. Esse diagnóstico converge com evidências de outras realidades nacionais e reforça a hipótese de que a ausência de ferramentas automatizadas de controle e

de uma cultura de avaliação baseada em resultados impede que a contratualização atue como indutora de qualidade (Minguim e Rocha, 2024).

Desse modo, o panorama observado no Triângulo Mineiro fornece um contraponto empírico relevante para investigar em que medida o município de Montes Claros consegue superar esses gargalos estruturais por meio de suas comissões locais e de suas metodologias de acompanhamento de indicadores. Minguim e Rocha (2024) defendem que a celebração dos termos de contrato deve satisfazer os requisitos mínimos para que o Estado exerça o seu papel de garantidor de direitos e assistência com vistas aos princípios de universalidade, equidade e integralidade do acesso à saúde. Todavia, a qualidade dos resultados da contratualização, conforme observado, carece de aprimoramento nos processos de gestão e contratualização, sobretudo no que concerne aos mecanismos de controle e avaliação, para garantir a qualidade da assistência prestada à população (Minguim e Rocha, 2024).

Ao identificar que a contratualização em Uberaba não garantiu, por si, a qualidade dos desfechos assistenciais, o estudo sinaliza um alerta metodológico para esta dissertação: a análise do desempenho em Montes Claros–MG não deve se restringir ao cumprimento de metas, mas à eficácia desses resultados na consolidação da rede de atenção. Ainda assim, a identificação de parâmetros que interferem na melhoria dos resultados para a proposição de uma metodologia de ação já representa um avanço relevante para a contratualização no município.

Em suma, os estudos analisados expõem um padrão nacional de fragilidade na transição do monitoramento administrativo para a avaliação de desempenho. É sob a constatação dessa lacuna de controle que o presente trabalho se propõe a analisar o contexto de Montes Claros, verificando se o modelo de acompanhamento local consegue superar os gargalos estruturais identificados na literatura brasileira.

Como foi exposto, a contratualização é uma ferramenta necessária para a garantia de acesso à assistência à saúde, mas, para atingir a sua funcionalidade, deve ser implementada sobre uma base financeira realista, bem como sob um regime de controle que priorize a análise crítica dos indicadores de saúde, dos fatores epidemiológicos e do desempenho dos estabelecimentos contratados.

1.3 Avaliação da atenção terciária com foco nos indicadores da contratualização

A organização regional da assistência hospitalar constitui um dos principais mecanismos para garantir a integralidade da atenção à saúde, ao concentrar procedimentos de

maior complexidade em estabelecimentos de referência e favorecer economias de escala e de escopo. Em um sistema universal como o Sistema Único de Saúde (SUS), a oferta de serviços deve ser organizada de modo a assegurar o atendimento das necessidades da população em todos os níveis de atenção, desde ações de menor complexidade até procedimentos especializados e de alta densidade tecnológica. Entretanto, a heterogeneidade da capacidade instalada entre as regiões e as limitações estruturais do setor público dificultam a provisão direta de toda a assistência necessária, especialmente no âmbito hospitalar.

Nesse contexto, a participação complementar de hospitais privados e filantrópicos torna-se estratégica para ampliar a oferta de serviços e garantir o acesso da população à atenção especializada. A contratualização desses estabelecimentos representa, portanto, um instrumento de coordenação entre o poder público e os prestadores de serviços, por meio do qual são definidas responsabilidades, metas assistenciais, além de critérios de financiamento e compromissos relacionados ao desempenho esperado. Ressalva-se que a simples celebração de contratos não assegura, por si só, que os recursos públicos sejam convertidos em resultados compatíveis com os objetivos do SUS. Torna-se indispensável, a adoção de indicadores e mecanismos sistemáticos de monitoramento e avaliação que permitam verificar o cumprimento das metas pactuadas, a qualidade da assistência prestada e a efetividade da contratualização como instrumento de governança da política pública de saúde (Feliciello *et al.*, 2016).

Não obstante, é indispensável mencionar os indicadores específicos da atenção hospitalar, que apontam para a qualidade dos serviços prestados na atenção terciária, sendo parte deles relacionada à segurança do paciente, como a taxa de infecção hospitalar e a taxa de mortalidade institucional, além daqueles relacionados à resolubilidade do estabelecimento (Feliciello *et al.*, 2016). Destacam-se, ainda, os indicadores de taxas de ocupação de leito clínico e de UTI, a rotatividade do leito cirúrgico e a taxa de permanência. Conquanto estejam relacionados ao desempenho do hospital, esses indicadores refletem a capacidade de atenção às demandas da população (Minas Gerais, 2024). Em outras palavras, quanto menor for o tempo de permanência no leito cirúrgico, maior será a rotatividade desse leito, o que significa maior quantidade de pessoas sendo atendidas.

Nesse sentido, a contratualização se desponta como ferramenta para garantir o acesso à assistência à saúde, principalmente no nível terciário. Ela é o mecanismo de gestão do SUS, desenhado para alinhar a oferta de serviços hospitalares às necessidades populacionais e às diretrizes da RAS. Diferentemente de um processo meramente burocrático de compra de serviços, a contratualização constitui uma pactuação estratégica entre os gestores e os

prestadores de serviços (Brasil, 2017). Nessa modalidade, são estabelecidas metas quantitativas e qualitativas específicas para o perfil assistencial de cada estabelecimento.

Os órgãos de controle reconhecem a contratualização como um elemento central para a organização da RAS e para a indução da eficiência no âmbito do SUS, sobretudo por se tratar de um processo aberto à participação de instituições de natureza pública e privada, com ou sem fins lucrativos, para atender a demandas elencadas em um processo licitatório (Feliciello *et al.,* 2016). Essa característica deve propiciar amplo conhecimento tanto dos requisitos para participação quanto das obrigações a serem assumidas pelas partes, bem como dos indicadores e métodos de avaliação a serem desencadeados na vigência do contrato. Nesse sentido, é preciso apontar que o processo de avaliação formal do contrato público abrange certa simetria entre quatro dimensões essenciais: estrutura, processos, resultados e transparência (Brasil, 2017).

A avaliação de desempenho da atenção terciária está ancorada em um extenso arcabouço normativo que define as regras para se estabelecer a relação entre o poder público e os prestadores de serviço, tendo como norte a Lei nº 14.133/2021, que alterou a Lei nº 8.666/1993, cujo escopo é o regramento para a contratação pública no território nacional. De certo modo, a Lei de Licitações garante a lisura na relação de parcerias público-privadas, mas não se encerra em si, já que não trata das especificidades das ações e serviços de saúde. Nesse caso, os gestores públicos devem enquadrar os seus processos de contratação no rico conjunto de decretos e portarias, além da Lei Orgânica do SUS, a Lei nº 8.080/1990.

Especificamente sobre a contratualização, além da Lei nº 8.080/1990 e da Lei nº 14.133/2021, merece atenção a Portaria GM/MS nº 3.410/2013, que fixou as diretrizes atuais para a contratualização hospitalar. Essas diretrizes estão alinhadas à PNHOSP, o que exige que os prestadores estejam submetidos a um rigoroso regime de monitoramento, além das regras de distribuição dos recursos financeiros em blocos pré e pós-fixado. Todavia, a existência desse marco legal, a contratualização, ainda encontra desafios, tanto para a sua efetivação e do ponto de vista da institucionalização quanto ao que se refere ao monitoramento das ações e à avaliação do desempenho.

Um elemento crítico evidenciado no processo de avaliação dos serviços é a dependência da Tabela SUS. A princípio, parece não fazer sentido que uma ferramenta de gestão do próprio sistema possa ser apresentada como um fator dificultador, já que tem por finalidade principal determinar os valores a serem pagos pelos procedimentos executados. Mas é exatamente nesse ponto que o problema reside.

A Tabela SUS é utilizada como referência para estipular a orçamentação dos recursos repassados aos estados e municípios para custear os serviços de saúde e, por conseguinte, é utilizada para definir os valores empregados nos contratos com os prestadores de serviços. Quando se trata da orçamentação global – sistema em que os serviços são contratados em um único pacote, com pagamento realizado em parcelas pré e pós-fixadas –, ocorre o principal ponto de tensão. De um lado, o agente capitalista busca a seleção dos atendimentos mais rentáveis ou menos onerosos; de outro, o setor público prioriza o atendimento integral e universal da população, independentemente do retorno financeiro produzido pelo conjunto de atendimentos (Feliciello *et al*., 2016).

Esse impasse, que tem a tabela como pivô, é responsável pela recorrência do descumprimento de metas de qualidade, como a taxa de cobertura das cirurgias eletivas ambulatoriais e hospitalares e a taxa de ocupação dos leitos de UTI com pacientes do SUS, entre outros.

Nesse sentido, a avaliação da conformidade precisa estar elencada entre as ações de controle dos contratos com vistas a garantir a verificação de responsabilidade gerencial. Para que isso seja possível, os instrumentos formais de contratualização de uma mesma instituição devem ser celebrados pelo gestor público de saúde do ente federado contratante, em observância ao princípio do comando único, prevenindo a confusão de responsabilidades, mesmo em casos de cofinanciamento entre entes (Feliciello *et al.*, 2016).

A avaliação do desempenho na atenção terciária exige a aplicação de métodos analíticos capazes de integrar dados de produção, eficiência e qualidade dos serviços. Por sua vez, os processos de monitoramento da qualidade da contratualização devem estar focados nos indicadores fixados nos contratos, em consonância com os manuais de contratualização (Feliciello *et al.,* 2016). Esses indicadores devem refletir os aspectos epidemiológicos, gerenciais e de governança que fundamentam a celebração dos contratos de prestação de serviços.

À luz das discussões apresentadas, Lemos *et al.* (2020) defendem que os indicadores de desempenho ultrapassam a possibilidade de mostrar se as metas estabelecidas entre as partes foram atingidas. A avaliação dos indicadores na Administração Pública tem a finalidade de apoiar as decisões dos gestores, pois, a partir da elucidação de seus resultados, é possível identificar prioridades com mais clareza, produzir sinais e evidências da necessidade de alinhamento, indicar os ajustes que devem ser empreendidos para motivar a adoção de melhorias e reconhecer o desempenho dos colaboradores e das instituições (Lemos, *et al.*, 2020).

Silva (2005) defende que o campo das interações sociais está repleto de mecanismos de avaliação, sejam entre pessoas ou instituições. Porém, a avaliação deve ser um fator balizador quando se trata da aplicação de determinado método ou implementação de medidas, sobretudo na área de saúde. Para a autora, independentemente da abordagem e dos objetos, "a avaliação pode produzir informação tanto para a melhoria das intervenções em saúde como para o julgamento acerca de sua cobertura, acesso, equidade, qualidade técnica, efetividade, eficiência e percepção dos usuários a seu respeito" (Silva, 2005, p. 30).

É por meio de processos de avaliação bem conduzidos que se obtêm as informações necessárias para a avaliação consistente, as quais podem resultar no fortalecimento das ações, graças a decisões assertivas dos gestores.

No que diz respeito à análise da realidade brasileira, Carnut e Narvai (2016), em um estudo crítico sobre a avaliação de desempenho de sistemas de saúde e o gerencialismo na gestão pública brasileira, que teve como objetivo construir uma narrativa crítica sobre a avaliação de sistemas de saúde na perspectiva do que denominaram nova gestão pública brasileira, apontaram a necessidade de estabelecer parâmetros viáveis para um sistema regulatório eficiente, sobretudo quando já havia sido identificado que a assistência em saúde nos níveis secundário e terciário era essencialmente executada por empresas privadas. Logo, o aprofundamento, com delineamento científico e técnico, no que concerne aos conceitos de desempenho, representava uma lacuna a ser preenchida na Administração Pública, especialmente porque existia significativo impacto da seletividade com que tal assunto era abordado, o que poderia interferir no processo avaliativo (Carnut e Narvai, 2016).

Considerando que a avaliação de desempenho está relacionada ao atingimento da eficiência como princípio da Administração Pública, é interessante remeter à contribuição de Modesto (2000). O autor destaca o papel primordial do Estado brasileiro de oferecer ao cidadão as utilidades concretas de que necessita, atendendo à imputação finalística que lhe é peculiar.

Essa perspectiva é corroborada por Gabardo (2017), o qual atribui estreita relação entre racionalização, produtividade, economicidade e celeridade, consideradas fundamentais para o atingimento da finalidade do serviço público. Isso porque tais elementos perpassam os demais princípios constitucionais com igual importância, mas apontam para os resultados obtidos pelos executores de ações vinculadas ao Estado (Gabardo, 2017). Essas contribuições apresentam aporte teórico-jurídico sobre a eficiência da Administração Pública.

Um marco na metodologia de avaliação de serviços de saúde foi o artigo "*Evaluating the Quality of Medical Care"* de Avedis Donabedian (1996). Ao relacionar estrutura,

processo e resultado em uma mesma linha de análise, o autor demonstrou que, embora nem sempre exista relação bem estabelecida entre esses três fatores, do ponto de vista empírico, eles podem ser incluídos em uma cadeia de causalidade. Na visão de Donabedian (1996), eles estão interligados e existe certa dependência entre si, visto que os aspectos relacionados à estrutura dos estabelecimentos propiciarão o desenvolvimento de processos adequados à assistência, de modo que a junção de ambos culminará no atingimento de resultados satisfatórios.

A conclusão do estudo de Donabedian (1966) é que os métodos de avaliação, embora por vezes careçam de rigor e precisão, são capazes de identificar variações drásticas na qualidade do cuidado, desde o excelente até o deplorável, a partir da avaliação dos fatores estrutura e processo. Embora defendesse um método, o autor reconhece que as ferramentas podem ser questionadas, dada a subjetividade do conceito de resultado (Donabedian, 1966). Assim, a avaliação da qualidade é um exercício de julgamento baseado em evidências, mas que requer flexibilidade para compreender o que constitui um bom cuidado. Isso exige uma compreensão profunda da relação causal entre as condições de trabalho, as ações médicas e as mudanças no estado de saúde do paciente, já que existe certa sensibilidade nesses aspectos, nomeadamente no que tange às respostas de cada organismo aos estímulos médicos.

Outro método amplamente adotado é o desenvolvido por Pabón Lasso (1986). Esse autor, diferentemente do que foi proposto por Donabedian, focou suas análises em indicadores quantitativos, em uma abordagem transversal, por meio da qual foi possível instituir um índice de desempenho em relação a uma ação, serviço ou procedimento, em um recorte temporal. Para o autor, três indicadores são fundamentais para avaliar o desempenho de hospitais, uma vez que conseguem apontar o comportamento do estabelecimento quanto à gestão dos leitos hospitalares. Basicamente, a avaliação se concentra em parâmetros definidos para taxa de ocupação de leitos, giro de leitos e tempo médio de permanência (Goshtasebi *et al.*, 2009).

O método Pabón Lasso é interessante e pode ser facilmente adotado em concomitância com aquele proposto por Donabedian, de forma complementar. Ainda que possua forte aplicabilidade e relevância no processo avaliativo, por estar focado na utilização dos leitos hospitalares, os resultados não são suficientes para representar o conjunto de fatores inseridos na atenção terciária. Ainda assim, sua aplicação permite apontar a utilização de recursos assistenciais indispensáveis como os leitos.

É importante apontar que o método Pabón Lasso está intrinsecamente ligado a uma avaliação de produtividade, podendo ser muito útil nas situações de escassez de leitos

hospitalares, mas possui forte limitação quando aplicado em regiões com alta disponibilidade. Outros aspectos que precisam ser avaliados dizem respeito à complexidade e à especialidade dos leitos, pois, em determinados momentos, pode haver a transição da demanda de média para alta complexidade, entre especialidades e vice-versa, o que pode mascarar os resultados obtidos. Nesses casos, é aconselhável atribuir flexibilidade à análise, a fim de considerar as limitações existentes.

Ao posicionar os hospitais em quadrantes de desempenho, o método Pabón Lasso permite a identificação de unidades que operam com alta ou baixa eficiência, o que facilita o *benchmarking*,[1] a partir da identificação dos cases de referência. Estudos que aplicaram o modelo no SUS, como é o caso de Panitz, Prata e Rodrigues (2024), demonstraram que o desempenho hospitalar geralmente melhora com o aumento do número de leitos, ou seja, está relacionado ao porte do estabelecimento. Além disso, observou-se que hospitais públicos de médio a grande porte e hospitais privados sem fins lucrativos frequentemente exibem bom desempenho geral no conjunto de indicadores (Panitz, Prata e Rodrigues, 2024).

Apesar das vantagens do método, que residem principalmente na possibilidade de identificação de situações-modelo para a tomada de decisão, alguns fatores limitadores merecem atenção dos pesquisadores, dado que podem comprometer os resultados e gerar conclusões substancialmente frágeis. O modelo Pabón Lasso possui foco quantitativo e, mesmo que isso possa representar validade matemática, a limitação consiste na ausência de análise qualitativa vinculada aos processos de cuidado e aos desfechos clínicos dos pacientes. Outro fator sensível é a não inclusão da variável complexidade, já que, em um hospital de alta complexidade, por exemplo, o tempo de permanência pode ser maior por necessidade clínica. Além disso, trata-se de uma análise estática, limitada a um período de tempo, o que pode desprezar fatores de incidência longitudinal.

Panitz, Prata e Rodrigues (2024) aplicaram uma metodologia altamente eficaz para a análise de desempenho. No estudo, foi aplicada a análise de variância (ANOVA) juntamente com análise de variação, o que permitiu uma classificação entre unidades e, posteriormente, entre grupos. Essa modalidade permite que resultados discrepantes, tanto superiores quanto inferiores, sejam devidamente controlados a fim de determinar o desempenho obtido pelos participantes. A ANOVA permite identificar diferenças estatisticamente significativas nas

[1] No contexto deste trabalho, aborda-se *benchmarking* como sendo a comparação de processos, produtos ou serviços de uma organização com os de empresas referências do ramo de atuação, com a finalidade estratégica de identificar as experiências bem-sucedidas, para adaptar e implementar melhorias que aumentem a produtividade.

médias de indicadores entre grupos de hospitais, comparando, por exemplo, hospitais públicos, privados sem fins lucrativos e empresariais (Panitz, Prata e Rodrigues, 2024).

Os resultados obtidos em "Análise do desempenho dos hospitais públicos e privados que atendem ao Sistema Único de Saúde" demonstraram que o desempenho variou significativamente em função da natureza jurídica da instituição: os hospitais sem fins lucrativos apresentaram taxas de mortalidade hospitalar mais elevadas. Esse fato pode estar relacionado à maior complexidade dos casos que atendem, em vez de indicar um problema inerente à qualidade do atendimento (Panitz, Prata e Rodrigues, 2024). De modo geral, os resultados encontrados apontam que os hospitais de maior porte apresentaram melhor desempenho do que os de menor porte.

Ao longo do tempo, na tentativa de impor uma rotina de monitoramento da qualidade dos serviços prestados à população, o MS desenvolveu o PNASS. Esse programa se baseia na metodologia estruturada por Avedis Donabedian (1966) para avaliar os serviços médicos, dessa vez aplicada ao sistema de saúde, tendo como fundamento o modelo focado nos resultados a partir da estrutura e dos processos adotados (Estrutura-Processo-Resultado).[2]

A estrutura do PNASS é composta por três instrumentos principais (Brasil, 2015), que perpassam a verificação de elementos relacionados à gestão, como estrutura física, apoio logístico, gestão de contratos e regulação, além de envolverem a abordagem de usuários, por meio da aplicação de questionário de satisfação, percepção e grau de importância, e, por fim, um conjunto de indicadores focados nos resultados e na eficiência das instituições de saúde.

Nota-se que a metodologia do PNASS está alinhada às recomendações de Donabedian, incluindo em seu desenvolvimento aspectos relacionados à estrutura, aos processos desenvolvidos e aos resultados, com as devidas adaptações, como a inserção de questionário destinado aos usuários do sistema. Isso não quer dizer que exista uma metodologia totalmente pronta e inequivocamente eficaz. Ao contrário, ao observar os exemplos das três metodologias, é possível identificar certa complementaridade entre elas, já que a aplicação de métodos variados tende a suplantar as limitações identificadas e produzir resultados mais assertivos.

Por esse motivo, o monitoramento da contratualização exige um conjunto de indicadores que transcendem a simples contagem de procedimentos ou os levantamentos da

[2] O método Estrutura-Processo-Resultado foi desenvolvido por Avedis Donabedian em 1966 (*Evaluating the Quality of Medical Care*). Baseia-se na ideia de que os serviços de saúde precisam ser avaliados por meio de três categorias interdependentes. Embora independentes, existe causalidade linear, pois as estruturas englobam recursos físicos, humanos e materiais; os processos envolvem os procedimentos técnicos, as relações interpessoais e intersetoriais, protocolos e fluxos, que culminam nos resultados, que podem ser clínicos, satisfação dos usuários e funcionais.

satisfação dos usuários. Talvez esse seja o principal ponto a ser abordado, posto que esses indicadores devem estar explícitos nos termos contratuais, assim como as suas faixas de desempenho (Feliciello *et al.*, 2016).

Para Feliciello *et al.* (2016), a definição de metas quantitativas e qualitativas deve considerar o desempenho anterior, demonstrado por análise de série histórica da produção, capacidade organizacional e disponibilidade de recursos, tanto financeiros quanto assistenciais (Feliciello *et al.*, 2016). Nessa visão, é necessário considerar se o estabelecimento possui capacidade de produção e acesso nos vários níveis de complexidade, assim como qualidade assistencial e segurança do paciente, como taxa de mortalidade e infecção hospitalar, por exemplo, além de gestão e eficiência na prestação de serviços, como indicadores de racionalização de custos e otimização de processos (Lima e Rivera, 2012).

Um dos grandes desafios da avaliação de desempenho, no entanto, é o embasamento em dados confiáveis, pois, ainda que os sistemas de informações sejam alimentados periodicamente, a qualidade dos dados ainda carece de melhoria.

Os sistemas utilizados para registro de dados no SUS são considerados fontes primárias, tendo em vista que compõem o conjunto de dados elementares das fichas de registro dos procedimentos utilizados. Para as informações hospitalares, são utilizados essencialmente o SCNES, o SIH, o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e o Sistema da Comunicação de Informação Hospitalar e Ambulatorial (SCIHA).

Esses sistemas fornecem o perfil dos atendimentos, permitindo o cálculo dos indicadores de desempenho essenciais para a aplicação do método Pabón Lasso (Panitz, Prata e Rodrigues, 2024). Todavia, a precisão desses dados é imprescindível para garantir uma avaliação eficiente, especialmente para o SIA e o SIH, cujas coleta e alimentação são realizadas em serviço (Machado, Martins e Leite, 2016; Souza, 2022; Panitz, 2025). Entre os dados com mais inconsistência, destacam-se os relacionados à caracterização dos usuários, como raça/cor, e os referentes à residência.

Um trabalho monográfico desenvolvido por Souza (2022), com base em uma revisão sistemática retrospectiva, com textos publicados no período de 2017 a 2021 nas plataformas Medline, LILACS e SciELO, com o uso dos descritores: sistemas de informação e qualidade dos dados, teve como foco estudos relacionados ao tema no contexto brasileiro. Foram identificados problemas relacionados à incompletude e à inconsistência das informações (Souza, 2022).

Outro estudo fez uma revisão das dimensões de qualidade dos dados e dos métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde, também de cunho bibliográfico,

nas mesmas bases anteriormente mencionadas, além da Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), tendo abordado 176 artigos. Esse estudo avaliou as dimensões de acessibilidade, clareza metodológica, cobertura, completude, confiabilidade, consistência, não duplicidade e validade empregada na coleta e registro dos dados nas bases dos sistemas.

Embora também possa apresentar fragilidades na consistência dos dados, o CNES possui controle do gestor público, responsável pela alimentação da base, uma vez que carece da apresentação de documentação comprobatória e pode ser passível de verificação *in loco* por profissionais habilitados. A verificação da estrutura, bem como a conferência de documentos como notas fiscais de equipamentos, alvarás, registros profissionais e contratos de trabalho, atestam maior confiabilidade das informações registradas.

Nesse sentido, a validade da avaliação da *performance*, como as taxas de mortalidade ajustadas por risco ou os parâmetros de eficiência, está ligada à integridade da informação bruta registrada, visto que a codificação de procedimentos e diagnósticos nas Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) é que aponta o tipo de assistência que está sendo requerida ao setor público. A existência de imprecisão nessa codificação compromete a análise dos dados e, consequentemente, a acurácia da avaliação de desempenho hospitalar (Panitz, Prata e Rodrigues, 2024). Ainda assim, entre o registro da solicitação da AIH e os dados apresentados após o faturamento da produção, podem existir inconsistências, posto que, durante o procedimento, é possível ocorrerem mudanças na abordagem clínica ou cirúrgica, bem como a transição de clínica para cirurgia e vice-versa.

Essas nuances no processo de registro das informações hospitalares devem estar previstas no processo de contratualização, pois o gestor do SUS precisa incluir cláusulas contratuais para garantir a realização de revisão/auditoria contínua da qualidade e acurácia dos dados de internação verificados nos prontuários. Isso ultrapassa a apuração de metas quantitativas voltadas apenas para a produção dos serviços, que privilegiam os quantitativos físicos e financeiros em detrimento da utilização de indicadores capazes de demonstrar mudanças estruturais complexas e resultados assistenciais (Lima e Rivera, 2012).

Uma iniciativa importante do gestor federal foi a implementação de incentivos financeiros vinculados ao desempenho qualitativo dos prestadores contratados, como o Incentivo de Qualificação à Gestão Hospitalar (IGH), que tem sido uma importante ferramenta para a indução da melhoria da qualidade na atenção terciária do SUS. Importante destacar que esse incentivo, criado em 2014, sucedeu ao IAC. O seu repasse é efetuado em parcelas mensais de igual valor pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos fundos de saúde estaduais e municipais.

Para a definição dos valores repassados aos prestadores, o MS calculou o valor do IGH com base em um percentual da série histórica da produção de média complexidade, sendo os percentuais diferenciados para priorizar o investimento em unidades de maior relevância estratégica. Isso significa que os hospitais qualificados deveriam possuir entre 30 e 50 leitos, com permanência mínima de 30% no momento da apuração do cálculo, e faziam jus a um percentual escalonado entre 50% e 80%. Por exemplo, hospitais públicos ou privados sem fins lucrativos certificados como Hospital de Ensino recebiam maior prioridade, chegando a receber 80% da série histórica de produção na forma de incentivos, quando comprovavam também a habilitação como Hospital 100% SUS.

O repasse do IGH ficou condicionado ao cumprimento das metas qualitativas e quantitativas previamente estabelecidas no documento contratual, devendo haver monitoramento contínuo e obrigatório, com periodicidade bem definida (Feliciello *et al.*, 2016; Brasil, 2014). O intuito era que o IGH alavancasse a efetividade da gestão hospitalar e promovesse melhores resultados na assistência hospitalar, em termos quantitativos e qualitativos.

Em 2017, por meio da Portaria nº 2.925, de 1° de novembro de 2017, o IGH foi revogado, sendo mantido apenas para as instituições já contempladas, nos percentuais previstos na Portaria nº 142/2014 (Brasil, 2017). Isso significa que os hospitais que passaram a integrar a rede a partir de dezembro de 2017 deixaram de fazer jus a esse incentivo.

Essa situação retoma um desafio histórico de subfinanciamento do SUS. Se o valor pré-fixado do IGH e a remuneração de tabela forem insuficientes para cobrir os custos operacionais reais, mesmo com máxima eficiência, a dificuldade no cumprimento das metas pode ser atribuída à insuficiência de financiamento, e não apenas à falha gerencial (Reis *et al.*, 2016; Feliciello *et al.*, 2016). O encerramento do IGH, em 2017, representou um ponto de inflexão na política nacional de indução de resultados, exigindo dos municípios a reorganização de seus modelos de contratualização para suprir a lacuna de fomento à gestão técnica anteriormente preenchida pelo programa.

Nesse sentido, a adoção de critérios de resolutividade clínica em substituição a incentivos estritamente financeiros pode constituir mecanismo essencial para mitigar o risco de seleção adversa e garantir que o foco da gestão hospitalar permaneça na efetividade do cuidado assistencial, em detrimento de interesses puramente mercadológicos.

Ainda assim, a efetividade da contratualização está diretamente ligada à capacidade do gestor público de exigir e implementar um regime de *accountability* nas relações públicas com entes da iniciativa privada, transformando a pactuação formal em melhoria prática para o

resultado dos serviços contratados. Nessa relação, bem formalizada, o Estado pode ampliar a autonomia dos prestadores e exigir, em contrapartida, maior responsabilização e efetividade na entrega dos serviços (Jesus *et al.,* 2019). Para que isso aconteça, os instrumentos contratuais precisam prever transparência sobre a entrega de resultados, e o monitoramento dos contratos deve ser acessível e divulgado para a população (Feliciello *et al.,* 2016).

Os processos críticos da contratualização, incluindo estrutura, processos e resultados, são objetos de controle pelos sistemas interno e externo, como detalhado em referenciais de auditoria para hospitais do SUS (Feliciello *et al.,* 2016). Martins (2024) aponta que a questão da transparência nas relações contratuais de serviços hospitalares ainda carece de aprimoramento, tanto do ponto de vista da constituição dos termos de formalização quanto dos métodos de monitoramento e acompanhamento dos contratos. O alcance desses resultados, no entanto, requer esforço conjunto dos gestores públicos, hospitais prestadores de serviços e ajustes no processo de financiamento das ações e serviços de saúde.

Apesar de já existirem metodologias disponíveis para avaliação do desempenho hospitalar, como o PNASS, a aplicação do modelo Pabón Lasso ou mesmo da ANOVA, ainda é necessário transformar dados de avaliação em ações concretas de melhoria sistêmica. No tocante a essa translação do conhecimento, ainda não se observa um sistema nacional contínuo e institucionalizado de avaliação de resultados e desempenho em saúde pública que seja padronizado e que confira o grau de transparência pública desejável.

Desse modo, estudos de caso indicam que a associação entre a formalização da contratualização e a efetiva melhoria da gestão e da assistência ainda é frágil, especialmente em unidades menos estruturadas (Panitz, Prata e Rodrigues, 2024). Isso dá a impressão de que há uma tendência cultural de baixa prestação de contas na Administração Pública, que influencia a dinâmica contratual e dificulta a introdução de práticas de maior responsabilização e controle sobre os resultados.

Enquanto a abordagem de Donabedian oferece uma visão sistêmica sobre a causalidade entre insumos e desfechos, o modelo de Pabón Lasso permite uma análise transversal e comparativa da eficiência operacional dos leitos. A integração de ambos os métodos possibilita, nesta pesquisa, capturar a conformidade estrutural e a produtividade dos hospitais de Montes Claros, a partir das análises dos indicadores da contratualização, com a finalidade de medir a eficácia das unidades produtoras de serviços.

Estudos indicam que, muitas vezes, as metas propostas nos contratos não se relacionam com os indicadores que avaliam a qualidade real da assistência. A ausência de metas qualitativas e de uma avaliação ampliada da saúde limita a percepção de resultados ao

cumprimento burocrático de indicadores (Cancian, Cavalcante e Pinho, 2023). No contexto mineiro, a orientação por resultados já está incorporada no discurso das entidades gestoras, mas ainda subsistem paradoxos relativos à centralidade do papel do Estado e à sua real capacidade de fiscalização (Cancian, Cavalcante e Pinho, 2023, Minas Gerais, 2024).

De modo semelhante, em estudo realizado com hospitais de ensino contratualizados no âmbito do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no SUS, Lima e Rivera (2012) verificaram que a associação entre contratualização e a presença efetiva de mecanismos de qualificação assistencial e gerencial é ainda frágil. Segundo os autores, a insuficiente capacidade gerencial, tanto da secretaria contratante quanto do hospital contratado, compromete etapas centrais do processo, especialmente a elaboração, a negociação, o monitoramento e a avaliação do Plano Operativo Anual (POA), dificuldade também reconhecida na literatura internacional sobre experiências de contratualização (Lima e Rivera, 2012).

Nessa perspectiva, a fragilidade da contratualização hospitalar no SUS não decorre apenas da configuração do instrumento contratual, mas, sobretudo, da limitação da capacidade técnica instalada nas secretarias e nos próprios hospitais para operacionalizar o acompanhamento dos indicadores pactuados (Lima e Rivera, 2012). Os autores também assinalam que aspectos culturais, como a baixa tradição de prestação de contas e a reduzida orientação para resultados, integram o conjunto de obstáculos observados, reforçando a necessidade de investimento contínuo no desenvolvimento gerencial das partes envolvidas no contrato (Lima e Rivera, 2012).

Esse cenário evidencia que, na ausência de capacidade técnica consolidada, o monitoramento contratual tende a assumir um caráter predominantemente formal, restringindo-se à conferência documental e à validação burocrática de informações, sem promover, necessariamente, qualificação substantiva do desempenho assistencial (Lima e Rivera, 2012). À luz dessa discussão, torna-se pertinente problematizar se, em Montes Claros, o processo de acompanhamento dispõe de corpo técnico qualificado e de instrumentos analíticos capazes de converter os indicadores contratuais em efetiva melhoria da gestão hospitalar.

Em estudo para conhecer as impressões dos gestores públicos, gestores hospitalares e outros profissionais envolvidos no processo de contratualização, quanto à sua efetividade, pesquisadores da Universidade Estadual de Londrina concluíram que a utilização de instrumentos de controle foi considerada fundamental na busca da melhoria contínua. Esse estudo demonstrou que fixar as responsabilidades e as metas a serem alcançadas pelas

prestadoras de serviços hospitalares, do ponto de vista qualiquantitativo, é uma importante maneira de garantir a qualidade esperada na assistência à saúde. Para Liberatti *et al.* (2020), apesar dos esforços envidados na formalização das parcerias público-privadas, é notório que permanecem as fragilidades, como clareza dos mecanismos de controle e instrumentos de monitoramento.

O estudo de Liberatti *et al.* (2020) trouxe ainda a visão dos representantes das instituições contratadas, os quais apontam o financiamento deficiente e a reduzida participação de atores nos processos de avaliação. A esse respeito, os autores ressaltam a relevância de repensar o financiamento das ações de saúde, com atenção aos custos assumidos pelos contratados, incluindo os gastos envolvidos na disponibilização dos serviços à população.

Por esse motivo, a avaliação da atenção terciária deve aferir seu papel na rede. A obrigatoriedade de os gestores locais adotarem mecanismos de contratualização que demonstrem o êxito dessa ação no seu território, bem como garantam a inserção plena do hospital na RAS (Panitz, Prata e Rodrigues, 2024), evidencia a necessidade de monitoramento contínuo da assistência. Isso requer a inclusão de indicadores capazes de aferir o desempenho em relação ao atendimento da população local e dos pacientes referenciados de outros municípios, no caso de municípios polos macrorregionais, como Montes Claros, refletindo a capacidade de resposta regional a casos de maior complexidade.

Conclui-se que a contratualização hospitalar no SUS configura um complexo dispositivo de gestão que, ainda que esteja voltado à indução de eficiência e qualidade, é permanentemente tensionado pelas limitações fiscais e pelos interesses divergentes entre o ente público e os prestadores privados. Além disso, a consolidação dos modelos de avaliação de Donabedian e Pabón Lasso neste referencial teórico estabelece os critérios técnicos necessários para o exame crítico do desempenho hospitalar sob condições de escassez e desfinanciamento.

Uma vez delimitado o campo conceitual e os dilemas da economia política da saúde, passa-se para o plano da realidade empírica. O capítulo seguinte dedica-se, portanto, à descrição minuciosa da rede hospitalar contratualizada em Montes Claros, identificando sua estrutura e os mecanismos locais de monitoramento que servirão de base para a análise subsequente dos resultados dos indicadores.

2 O PAPEL DA REDE HOSPITALAR DE MONTES CLAROS–MG NA DESCENTRALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NORTE-MINEIRA

A descentralização consiste na transferência do poder de decisão do Governo Federal para estados e municípios, reorganizando as responsabilidades administrativas, financeiras e assistenciais na gestão da saúde pública. Esse processo, que teve suas bases definidas nas NOB 01/91 e 01/93 de forma solidária, incentivou a inovação, a formalização de parcerias e a gestão de contratos de média e alta complexidade envolvendo a sociedade civil. No entanto, implementar essa autonomia ainda representa um desafio técnico e estrutural para as equipes de gestão, principalmente em pequenos municípios.

Ao mesmo tempo, a regionalização traçou os contornos do território necessário à organização do sistema e à definição das competências político-administrativas, sendo estruturada em Minas Gerais em três níveis: municipal (atenção básica), microrregional (média complexidade) e macrorregional (alta complexidade). Juntamente com isso, a hierarquização teve o objetivo de romper com o modelo centrado no hospital, estabelecendo a atenção básica como a porta de entrada e organizadora do cuidado para acessar os serviços especializados eletivos. Embora a política nacional tenha como objetivo um caráter integral, voltado para a prevenção e a promoção da saúde, a transição completa para esse modelo idealizado pela OMS ainda esbarra na falta de ações intersetoriais coordenadas entre as áreas de estrutura social, saneamento, educação e renda.

Nesse contexto, a intersecção entre a descentralização, a hierarquização e a regionalização materializam-se no conceito de território do cuidado, no qual os limites geográficos ganham sentido por meio das relações assistenciais e da governança local. No estado de Minas Gerais, essa dinâmica territorial evidencia as assimetrias do sistema, uma vez que a fragilidade estrutural dos pequenos municípios acentua a dependência em relação aos centros urbanos mais desenvolvidos. É nesse cenário de busca por sustentabilidade e escala tecnológica que Montes Claros consolida seu papel estratégico como polo regional de saúde. Como sede da Macrorregião Norte, o município funciona como o núcleo de convergência dos fluxos da rede, concentrando os investimentos e os serviços de alta densidade tecnológica essenciais para garantir a continuidade da assistência e a resolutividade dos serviços especializados para uma população que extrapola seus limites territoriais.

2.1 O território do cuidado no processo de regionalização da saúde norte-mineira

Na concepção de Di Méo (2008), os aglomerados urbanos ou as referências territoriais se consolidam para garantir que as populações alcancem as melhores condições de sobrevivência, como acesso a alimentos, segurança e outros fatores a elas inerentes, podendo incluir também serviços relacionados ao tratamento de doenças e à recuperação da saúde, em sentido amplo ou restrito. Uma territorialização bem ajustada às necessidades dos indivíduos nela inseridos, na acepção de uma melhor concordância dos territórios vividos e de gestão, representa a salvaguarda para a sobrevivência dos seus habitantes (Di Méo, 2008), indicando que há uma formação natural dos espaços de troca entre as pessoas, as quais buscam referências culturais, econômicas e de segurança que lhes garantam a sobrevivência.

Esse conceito de território apresentado por Di Méo (2008) descreve o modo como as macro e microrregiões foram formadas, porquanto, além dos aspectos geográficos e de estrutura viária capaz de interligar os municípios, vislumbrou-se a conformação regional em torno de aparelhos públicos provedores de assistência à saúde, segurança, assim como as possibilidades de desenvolvimento econômico por meio da oferta de bens e serviços diversos.

Por sua vez, o PDR mineiro descreve bem o processo de regionalização do estado, apresentando as justificativas para as alterações ocorridas nas suas revisões ao longo do tempo. Todavia, não se trata de uma ação finalística, já que compõe um mecanismo de organização do território da saúde em consonância com a dinâmica de conformação regional a partir do desenvolvimento econômico e social.

Para Simões *et al.* (2004), que analisaram o acesso aos serviços de saúde no estado de Minas Gerais, a partir da lógica de regionalização e agregação de oferta e demanda nos centros regionais, existe uma hierarquia de lugares que é definida pela capacidade dos municípios de darem resposta às necessidades dos cidadãos. De certa forma, estabelece-se uma relação hierarquizada de dependência dos menos aparelhados em relação aos que possuem maior oferta de serviços (Simões *et al.*, 2004).

O estabelecimento das relações entre os municípios é regido também pela proximidade entre os usuários e o componente assistencial, motivo pelo qual se nota grande desigualdade de acesso entre as regiões mineiras. Enquanto nas regiões mais ao sul do estado se observa um aglomerado de municípios, nas regiões mais ao norte, as distâncias são acentuadas, com grandes vazios urbanos entre as cidades, dificultando o acesso e o desenvolvimento de centros fornecedores de serviços de saúde. Os serviços que são dependentes de tecnologia são

concentrados em municípios mais desenvolvidos, aos quais recai a responsabilidade de prover o atendimento aos que lhes são adscritos (Simões *et al.*, 2004).

O processo de regionalização da saúde abrange um conjunto de ações coordenadas que vai além da divisão das regiões com base em aspectos geográficos, culturais e de sobrevivência, como defendem Simões *et al.* (2004), Di Méo (2008) e Lelis (2012). Trata-se, principalmente, da garantia de que os cidadãos terão suas necessidades satisfeitas no território em que vivem.

Nessa perspectiva, a regionalização exige a adoção de instrumentos de planejamento e de gestão capazes de orientar a descentralização do SUS entre as regiões, com vistas a promover maior e mais adequada acessibilidade dos usuários (Minas Gerais, 2025), considerando aspectos assistenciais, físicos e financeiros. Para Yamada (2011), a gestão eficiente dos gastos em saúde perpassa pela adequada alocação dos recursos assistenciais nas regiões, com vistas a firmar pactuações igualmente eficientes. A partir de seus estudos, o autor ressalta que esse planejamento deve contemplar os esforços necessários para assegurar que todos os cidadãos do território tenham acesso aos serviços de saúde, sobretudo aqueles residentes em municípios de menor porte (Yamada, 2011).

Ainda que a regionalização da saúde seja também uma questão econômica, a ser analisada sob o olhar apurado das relações de consumo, a oferta dos procedimentos nesse setor, seja pela esfera pública, seja pela iniciativa privada, está imbricada em fatores que movimentam o mercado de bens e de serviços (Simões *et al.*, 2004; Yamada, 2011).

Em um estudo empírico sobre a regionalização da saúde nos estados brasileiros, Lima *et al.* (2012) abordaram o tema a partir de três dimensões fundamentais: contexto, direcionalidade e características da regionalização. Quanto ao contexto, foram explorados os aspectos histórico-estrutural, político-institucional e conjuntural. Em relação às demais dimensões, abordaram-se as categorias ideologia, objeto, atores envolvidos, estratégias e instrumentos utilizados, além de institucionalidade e governança da regionalização. A partir dessas dimensões e aspectos, os pesquisadores evidenciaram o cenário para aplicação da política de regionalização, com base nas suas condicionantes, identificação das influências e dos padrões preponderantes (Lima *et al.*, 2012).

Foram realizadas entrevistas e análise de documentos, com a finalidade de identificar os principais fatores políticos, sociais e organizativos que interferiram no processo de regionalização, bem como os impactos desses fatores nos resultados alcançados e os diferentes formatos organizativos adotados (Lima *et al.*, 2012). Naquela época, foram encontrados desafios consideráveis em todas as dimensões analisadas, além de situações

desfavoráveis na maioria dos estados, institucionalidade e governança consideradas frágeis ou em processo de evolução.

Essas características demonstram que a regionalização, embora necessária, foi impactada pelas dificuldades encontradas em seu processo de implantação (Lima *et al.*, 2012). Ainda assim, a organização das ações e dos serviços de saúde no contexto territorial dos usuários aproximou a oferta dos cidadãos, o que representa um avanço para o sistema de saúde e para a população atendida, apesar da persistente necessidade de aprimoramento e fortalecimento.

Os resultados apresentados por Lima *et al.* (2012) apontam que o estado de Minas Gerais se destacou por apresentar resultados favoráveis nas três categorias da dimensão contexto. Quanto às categorias de constitucionalidade, governança e impactos institucionais, os mineiros apresentaram padrão avançado, coordenação cooperativa e incremental, respectivamente, além de serem classificados como gerencial, equânime e democrático (Lima, *et al.*, 2012). Em outras palavras, embora tivesse sido identificado um contexto desafiador na maioria dos estados, Minas Gerais já se despontava, naquela época, como um estado em que o processo de regionalização se encontrava em uma situação alinhada com as prerrogativas da política de saúde.

Santos (2019) caracterizou a região de saúde como um microcosmo do sistema, referindo-se ao fato de que, em cada território regionalizado, os princípios e as dimensões devem estar devidamente aplicados para alcançar a finalidade da política de saúde, no sentido de garantir que cada cidadão tenha acesso universal, equânime e integral. Essa organização deve refletir os princípios constitucionais, por meio de governança participativa e compartilhada, planejamento regionalizado, com foco nas necessidades do território e contratos formalizados alinhados ao Plano Regional Integrado (Santos, 2019).

O principal instrumento de organização territorial do estado é o PDR. Por meio desse instrumento é que os gestores definem a distribuição da rede de serviços nas áreas geográficas de gestão. Por possuir caráter organizativo, o PDR não é um documento estático; ao contrário, trata-se de um instrumento que está em constante revisão, com vistas a adequar a alocação dos recursos e referenciamento dos serviços de saúde de acordo com a necessidade da população, com base nos indicadores econômicos, sociais e, principalmente, epidemiológicos (Simões *et al.*, 2004; Lelis, 2012; Minas Gerais, 2025).

Importante destacar que a regionalização é um processo contínuo e sujeito a revisões estratégicas. A Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) mantém documentos orientadores para a revisão do PDR, o que indica que a alocação de recursos e a

definição da hierarquia da atenção são continuamente ajustadas em resposta a fatores demográficos e epidemiológicos (Minas Gerais, 2024). Desse modo, o PDR não serve apenas como um mapa, mas como o principal documento político-técnico para orientar a alocação de recursos e a infraestrutura necessária para a alta complexidade (Lelis, 2012; Bastos, Gomes e Bonioli, 2019).

A estruturação formal da rede, definida pelo PDR, representa um desafio constante para a gestão pública, porquanto está vinculada à realidade geográfica e à disponibilidade de recursos assistenciais, como hospitais, equipamentos de saúde para apoio diagnóstico e terapêutico, entre outros (Lelis, 2012). Por mais sofisticado que seja o planejamento técnico, o processo de organização da rede demanda uma intensa atuação dos gestores de saúde na coordenação das relações intermunicipais e na realização de investimentos (Simões *et al.*, 2004; Lelis, 2012; Bastos, Gomes e Bonioli, 2019; Minas Gerais, 2025).

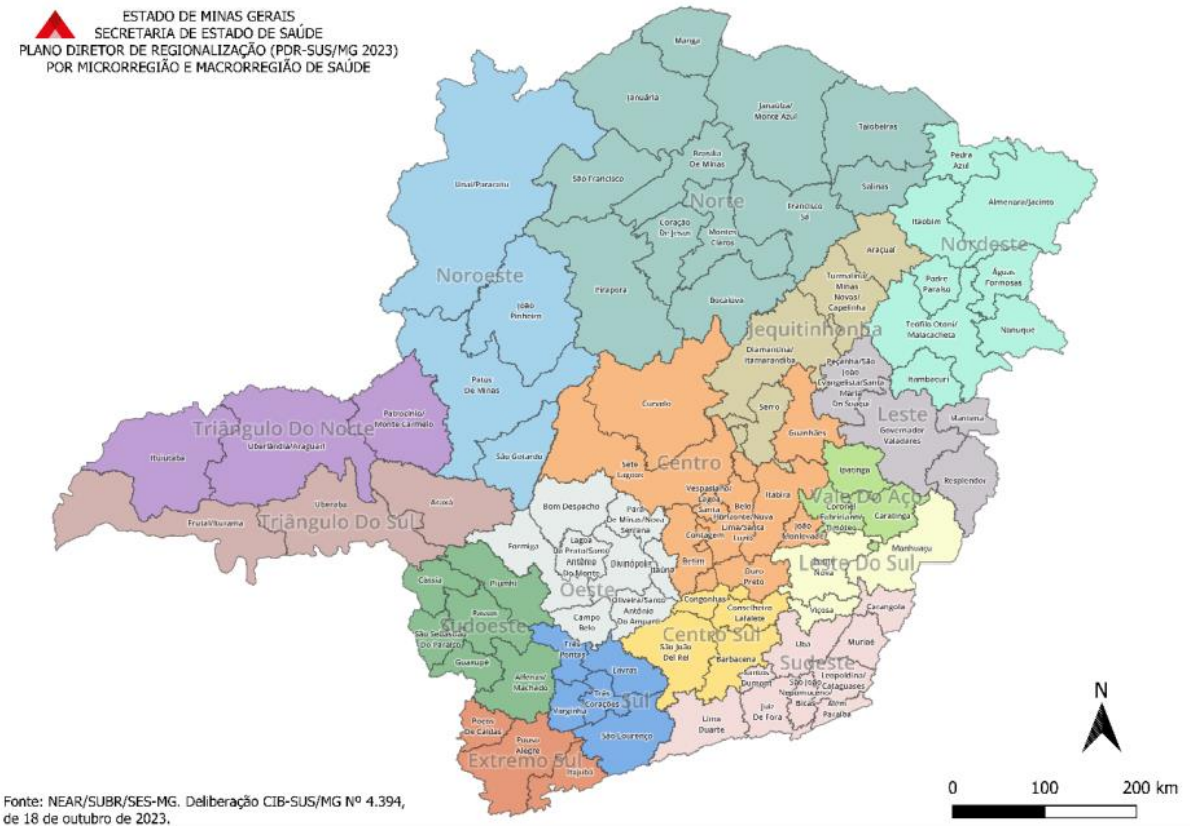
O estudo de Lelis (2012) acerca da resolubilidade como indicador de evolução da assistência à saúde no estado de Minas Gerais abrangeu o período de 2008 a 2011. Os resultados evidenciaram que, ao longo desses quatro anos, houve uma reorganização das macrorregiões, além da melhoria dos investimentos em saúde entre essas regiões, dadas as condições de resolubilidade observadas no decorrer da pesquisa (Lelis, 2012). O pesquisador ainda aponta que a ampliação do acesso aos serviços de saúde, do primeiro ao último ano investigado, está relacionada à reorganização da divisão territorial e da abrangência dos municípios-polo.

Para instituir o índice de resolubilidade, Lelis (2012) utilizou dados oficiais divulgados pelo DataSUS, considerando o município de residência e o quantitativo de procedimentos realizados em cada região analisada. Posteriormente, aplicou um modelo matemático para obter a razão entre os atendimentos de pessoas residentes na macrorregião e a quantidade total de atendimentos nela realizados, independentemente do município de residência dos usuários. Em tese, a melhoria da oferta de serviços de média e alta complexidades na própria macrorregião, isto é, de sua resolubilidade, é um fator preponderante para que os usuários do sistema tenham acesso aos tratamentos de que necessitam. Além disso, essa melhoria implica a redução dos gastos com Tratamento Fora do Domicílio (TFD), cuja economia pode ser revertida para o custeio de outros serviços e ações de saúde (Lelis, 2012).

A divisão do estado de Minas Gerais em Macrorregiões de Saúde (Figura 1) busca garantir, sempre que possível, o acesso da população mineira aos serviços de saúde, estabelecendo fluxos de atenção para o referenciamento daquelas demandas que, por motivos

diversos, não puderam ser contempladas nos polos regionais (Minas Gerais, 2025). Essa proposta representa o modo como os espaços populacionais foram organizados para viabilizar acesso assistencial sem perder suas especificidades regionais (Simões *et al.*, 2004; Bastos, Gomes e Bonioli, 2019).

Figura 1 – Mapa das Macrorregiões de Saúde do estado de Minas Gerais



Fonte: PDR/SES-MG (2023)
Nota: Optou-se por manter a imagem original do Plano Diretor de Regionalização (SES/MG), preservando todas as informações registradas na fonte primária.

Do ponto de vista populacional, observa-se uma diferença expressiva entre 385.590 habitantes na Macrorregião do Jequitinhonha e 6.376.066 habitantes na Macrorregião Centro, cujos valores destoam das demais regiões. Excluindo-se essas duas macrorregiões, que podem ser consideradas *outliers*, a média populacional é de aproximadamente 841 mil habitantes, oscilando entre 643.031 e 1.612.749 habitantes.

Em relação à área territorial, também se verifica grande amplitude, que se estende de 10.021,4 km² no Vale do Aço a 122.880,0 km² na Macrorregião Norte. Essa diferença implica variações no tempo de deslocamento dos usuários até o município polo de referência (Minas Gerais, 2025).

A Tabela 1 demonstra que a Macrorregião Norte está inserida em um dos cenários mais complexos para a aplicação das políticas de regionalização, em razão de sua extensão territorial e do contingente populacional, além das profundas iniquidades socioeconômicas que se refletem diretamente no perfil de saúde da população. Esse contexto decorre da heterogeneidade regional, em que riqueza e pobreza coexistem de forma contraditória (Magalhães e Lima, 2012; Lopes e Pereira, 2022).

Tabela 1 – Macrorregiões de saúde do estado de Minas Gerais, respectivos polos, população e extensão territorial (2023)

Macrorregião	Polo macrorregional	População	Área em km²
Centro	Belo Horizonte, Betim, Contagem, Sete Lagoas e Itabira	6.376.066	56.225,5
Centro-Sul	Barbacena	770.043	15.810,8
Extremo Sul	Poços de Caldas e Pouso Alegre	1.009.047	13.412,7
Jequitinhonha	Diamantina	385.590	27.718,0
Leste	Governador Valadares	643.031	22.425,3
Leste do Sul	Ponte Nova e Manhuaçu	690.204	15.168,5
Nordeste	Teófilo Otoni	712.909	51.384,3
Noroeste	Patos de Minas	712.909	79.594,3
Norte	Montes Claros	1.612.749	122.880,0
Oeste	Divinópolis	1.288.118	28.136,5
Sudeste	Juiz de Fora	1.596.974	24.664,8
Sudoeste	Passos e Alfenas	891.550	24.156,0
Sul	Varginha	891.396	16.612,7
Triângulo do Norte	Uberlândia	1.318.243	42.783,8
Triângulo do Sul	Uberaba	787.105	35.534,8
Vale do Aço	Ipatinga	790.925	10.021,4

Fonte: Elaborada pelo autor com base no PDR/SES-MG (2023).

Em uma análise exploratória de dados espaciais, Lopes e Pereira (2020) avaliaram o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) dos municípios mineiros no período de 2000 a 2010. Os autores concluíram que os maiores índices estavam concentrados nas regiões norte e nordeste do estado, evidenciando profundas assimetrias socioeconômicas em relação às demais regiões mineiras (Lopes e Pereira, 2022).

Os estudos de Ferreira Júnior, Diniz e Fahel (2017), compreendendo o período de 2000 a 2010 e voltados às desigualdades nas necessidades de saúde dos municípios de Minas Gerais, revelam a persistência de expressivas desigualdades regionais em desfavor das localidades situadas no norte mineiro. Essa vulnerabilidade socioeconômica transforma a busca por serviços de média e alta complexidades em um ônus para os pacientes,

especialmente para aqueles das microrregiões remotas, como Manga e Monte Azul (Ferreira Júnior, Diniz e Fahel, 2017).

Assim, mesmo que tenham havido avanços na estruturação das redes de atenção, a capacidade assistencial limitada das microrregiões exige resposta do polo macrorregional e do polo estadual, representado pela capital, Belo Horizonte. A capital é, também, referência para grande parte dos atendimentos de média e alta complexidades para os demais municípios, privilegiando, sempre que possível, terapias pouco disseminadas ou que requerem tecnologias cuja escala inviabiliza a estruturação de unidades em regiões periféricas (Silva, 2020; Minas Gerais, 2025). Todavia, a lógica do sistema se fundamenta na descentralização da atenção e na ampliação do acesso, de modo a reduzir a distância entre os usuários e os serviços de saúde.

A dependência estrutural em relação de alta densidade evidencia um ponto crítico na organização da rede: a ausência de atendimento de média complexidade. A alta complexidade, por sua natureza, se inclina para a centralização em virtude dos custos relacionados à escala e da necessidade de alta tecnologia, enquanto a média complexidade deveria operar de forma descentralizada nas sedes microrregionais, desempenhando um papel de filtro fundamental para o sistema. No entanto, a impossibilidade de atendimento em áreas especializadas ambulatoriais e em cirurgias de pequeno porte nas regiões periféricas compromete a lógica da regionalização, criando um fluxo constante de pacientes que sobrecarrega a infraestrutura do polo macrorregional.

Essa deficiência na média complexidade está intimamente ligada à escassez de recursos humanos qualificados, em número suficiente, e à insuficiência da estrutura física das unidades de saúde periféricas. Como consequência, observa-se uma notória sobrecarga que se reflete diretamente na oferta dos serviços de alta complexidade (Magalhães e Lima, 2012; Minas Gerais, 2025). Nesse sentido, destaca-se que o polo macrorregional, como centralizador dos recursos formadores de mão de obra especializada na área da saúde, atrai profissionais devido à sua infraestrutura de ensino e qualificação, o que agrava a dificuldade das microrregiões mais remotas em fixar médicos especialistas e equipes de apoio.

Quanto à governança, destaca-se a organização da Macrorregião Norte em torno da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), a qual se configura como espaço de negociação e pactuação das ações e serviços de saúde no âmbito macrorregional. As decisões da CIB são tomadas a partir do consenso entre os gestores municipais e os representantes do governo estadual, no que se refere ao Planejamento Regional Integrado, considerando-se ainda o

compartilhamento da gestão da política de saúde e os aspectos operacionais do sistema de saúde (Pereira *et al.,* 2025).

Para garantir o cumprimento das diretrizes da política ou do programa submetido à apreciação da CIB, são organizadas comissões temáticas ou grupos de trabalho, nos quais os temas são debatidos e recebem contribuições de técnicos e dirigentes de saúde, o que confere caráter hierarquizado e técnico às pactuações (Shimizu *et al.,* 2020). Os relatórios técnicos, fluxos e proposições construídos nessas comissões são incluídos nas pautas da CIB macrorregional para pactuação ou homologação (Pereira *et al.,* 2025).

Embora o planejamento formal seja balizado pelo PDR e pelo PRI, a tomada de decisões na CIB é influenciada pelas dinâmicas políticas regionais. Como foi demonstrado por Shimizu *et al.* (2020), em situações de conflito ou de negociação de vantagens na alocação de recursos, os gestores tendem a se articular em grupos de afinidade para obter sucesso nas pactuações. Essa articulação revela que a capacidade de um município em assegurar recursos de alta complexidade frequentemente depende da força de sua coalizão política intermunicipal, e não apenas da estrita necessidade técnica ou das diretrizes previamente estabelecidas (Shimizu *et al.,* 2020; Pereira *et al.,* 2025).

Apesar do esforço empreendido pelos gestores municipais da Macrorregião Norte, no sentido de ampliar o acesso aos serviços de saúde, bem como fortalecer a capacidade instalada das sedes microrregionais, existe uma fragmentação política e burocrática caracterizada por um modelo regulatório muito rígido (Cruz e Alves, 2019). Nota-se, porém, que, como já foi demonstrado anteriormente, a escassez ou mesmo a dificuldade de acesso aos serviços disponibilizados resulta em maior rigidez na regulação da assistência, o que, por um lado, é um mecanismo para otimizar a utilização dos recursos e, por outro, representa uma barreira à universalização do atendimento.

Ainda assim, o êxito da regionalização exige que os gestores municipais e estaduais atuem de maneira cooperativa, aceitando a hierarquia da rede e o fluxo de referência, que deve funcionar de forma orgânica, envolvendo as instâncias regulatórias com base na grade de referência e nas carteiras de serviços estabelecidas pelos gestores (Pereira *et al.,* 2020). Desse modo, nota-se que a efetivação desse modelo ainda carece da atenção do poder público no sentido de prover os recursos necessários para que a assistência à saúde seja disponibilizada no território onde o usuário reside, ou o mais próximo possível, a fim de que o sistema de referenciamento seja acionado apenas em situações de elevada densidade tecnológica, inviabilizada por fatores econômicos de escala (Magalhães e Lima, 2012; Pereira *et al.,* 2020; Silva, 2020).

Conquanto a regionalização seja uma alternativa para melhorar o acesso público ao sistema de saúde, há um percurso a ser percorrido no sentido de sua consolidação no norte de Minas Gerais, porquanto, além do agrupamento dos municípios em torno de serviços com certo avanço e resolubilidade, persiste a necessidade de fortalecimento das microrregiões, para que possam resolver a média complexidade em seu território e passar a demandar do polo macrorregional apenas os serviços de alta complexidade. Esse cenário, porém, exige um esforço coordenado entre as instâncias políticas e administrativas para o planejamento de ações que favoreçam a oferta de serviços e, consequentemente, o acesso da população.

2.2 Montes Claros como polo de atração e densidade assistencial macrorregional

A Lei nº 8.080/1990 trouxe uma nova perspectiva acerca do papel dos municípios para a efetivação da atenção à saúde. É no município que as ações e os serviços de saúde se concretizam; nele, os profissionais estão diretamente ligados aos problemas apresentados pela população e têm a capacidade de agir sobre os casos de forma individualizada ou subsidiar, por meio de informações consistentes, a formulação de políticas focais. Essa potencialidade dos municípios, respaldada pela NOB/96, é o principal fator explorado na regionalização, visto que, na organização do sistema, as municipalidades se tornaram agentes da execução das políticas de saúde no território (Brasil, 1996).

É importante destacar que a trajetória da regionalização da saúde em Minas Gerais teve início no final da década de 1990, quando a Secretaria de Estado de Saúde (SES) implementou propostas para o desenvolvimento regional baseadas na análise dos fluxos assistenciais observados na média e alta complexidades (Brasil, 2017). A aprovação do primeiro PDR, em 2002, em consonância com as Normas Operacionais de Assistência à Saúde, impôs a centralidade da oferta de serviços em Montes Claros, com vistas a reduzir a dependência em relação à capital do estado (Souza, 2011).

Não obstante, no ano de 1999, o município de Montes Claros, localizado na região norte do estado de Minas Gerais, foi elevado à condição de Gestão Plena do Sistema de Saúde, por meio da Portaria nº 3, de 5 de janeiro do mesmo ano, quando passou a gerenciar todos os serviços de saúde do seu território, desde a atenção básica até a alta complexidade (Minas Gerais, 2026). Isso ocorreu em razão da expansão da capacidade de oferta de serviços de saúde pelo SUS, com a presença de quatro estabelecimentos hospitalares atendendo as demandas direcionadas pelo sistema público de toda a região. À época, os hospitais Santa

Casa, Aroldo Tourinho, Dilson Godinho (então São Lucas) e Clemente de Faria possuíam convênio com a Prefeitura para a prestação de serviços.

A elevação à Gestão Plena reforçou o processo de descentralização da gestão no norte do estado e consolidou o município de Montes Claros como polo regional. Esse processo foi favorecido pela capacidade de articulação econômica e assistencial do município, o que impulsionou a alocação de investimentos federais para a industrialização, a estruturação dos serviços de saúde, a expansão de instituições educacionais e a prestação de serviços, conferindo à cidade posição de destaque no desenvolvimento regional (França e Soares, 2007).

Para compreender melhor a centralidade regional do município de Montes Claros, é necessário salientar que ele está localizado na região norte do estado de Minas Gerais, em uma posição estratégica entre as regiões Sudeste, Centro-Oeste e Nordeste, constituindo-se como o segundo maior entroncamento rodoviário do país. Possui população de aproximadamente 437.000 habitantes e densidade demográfica de cerca de 115 habitantes por km², sendo a 1ª da região imediata e a 61ª do estado. O PIB *per capita* é de R$ 32.170,33, correspondendo ao 4.º melhor PIB da região imediata e ao 275.º do estado. Quanto à raça ou cor, há predominância de pretos e pardos.

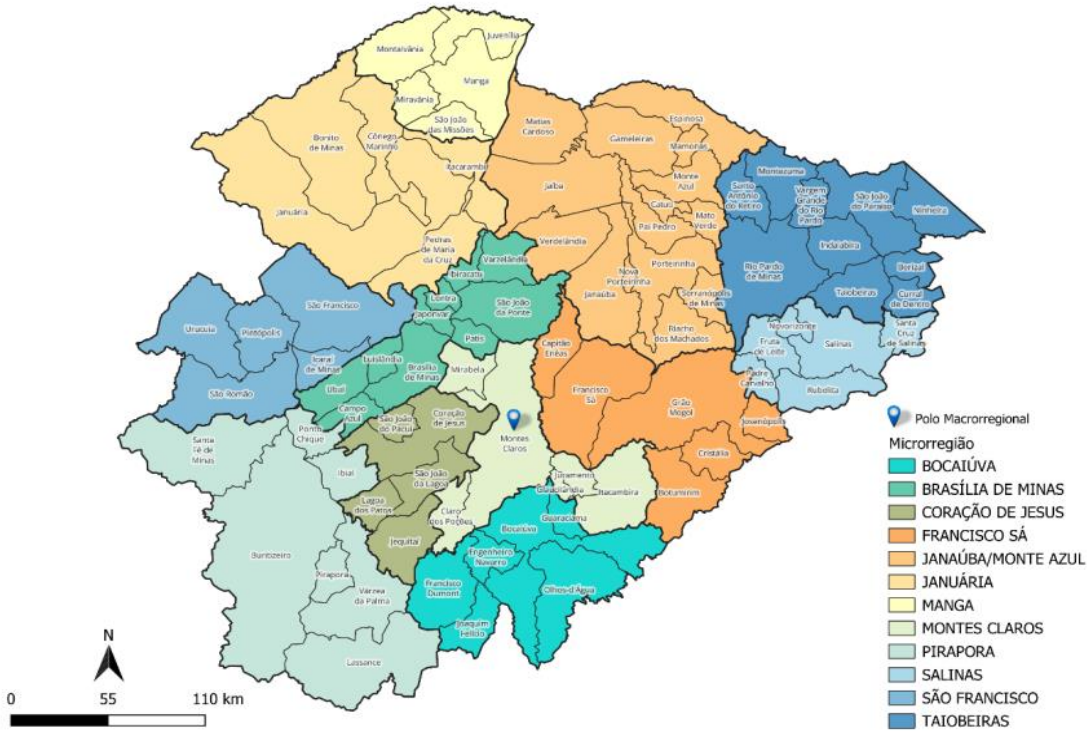
Dessa forma, Montes Claros desempenha um papel estratégico na resposta às necessidades de saúde regionais. O HUCF, por exemplo, é referência para o tratamento clínico de leishmaniose visceral e cutânea, tuberculose e AIDS, enfermidades infecciosas e parasitárias relevantes no contexto da saúde coletiva regional. Além disso, os hospitais Aroldo Tourinho, Dilson Godinho e Santa Casa são referência em procedimentos de alta complexidade em cardiologia, cirurgia cardiovascular e ortopedia, sendo os dois últimos responsáveis pelo tratamento oncológico radioterápico de toda a macrorregião. Isso demonstra que a capacidade especializada do polo deve estar alinhada ao perfil epidemiológico endêmico (Silva, 2020).

A concentração da assistência em grandes centros, como Montes Claros, resulta na centralização da maior parte dos casos complexos da macrorregião. Em períodos de crise sanitária, como na pandemia de Covid-19, essa centralidade intensificou a sobrecarga sobre a rede assistencial, como demonstrado nos estudos de Santos (2023). Coube ao município, como polo regional e detentor da maior capacidade instalada para prestação de serviços complementares ao SUS, atender a maior parte da demanda. No período pandêmico, observou-se aumento significativo na taxa de internação hospitalar, evidenciando a tendência de centralização dos casos agudos na sede regional (Mota, 2023).

Do mesmo modo, a concentração de serviços complexos em Montes Claros é uma resposta à inviabilidade de dispersar serviços de alta densidade tecnológica, como Trauma Nível II e UTI especializadas (Minas Gerais, 2025). Conquanto o polo garanta a retaguarda assistencial planejada, o elevado grau de dependência da Macrorregião Norte em relação a Montes Claros evidencia um modelo de polo-dependência. Assim, se, por um lado, o polo apresenta elevada capacidade resolutiva, por outro, a distância e a complexidade dos arranjos logísticos necessários ao acesso a essa assistência comprometem a proximidade e a equidade do acesso para os municípios periféricos (Pereira *et al.*, 2020).

A Figura 2 apresenta a conformação das microrregiões que compõem a Macrorregião Norte do Estado de Minas Gerais e dá uma noção das distâncias até o polo macrorregional.

Figura 2 – Mapa das microrregiões adstritas à Macrorregião Norte de Minas Gerais (2023)



Fonte: PDR/SES-MG (2023)
Nota: Optou-se por manter a imagem original do Plano Diretor de Regionalização (SES/MG), preservando todas as informações registradas na fonte primária.

Mesmo que, via de regra, as microrregiões sejam responsáveis pela oferta de serviços de média complexidade, esse nível de atenção é identificado como um elo frágil da RAS na Macrorregião Norte. Um estudo publicado em 2012 já apontava que diversas microrregiões não respondiam adequadamente às necessidades da população, provocando um

estrangulamento que forçava os pacientes a procurar o polo de Montes Claros para serviços de rotina ou de menor densidade tecnológica, os quais deveriam estar descentralizados (Magalhães e Lima, 2012). Os resultados apresentados pelos pesquisadores foram corroborados na atualização do PDR de 2025, na qual se demonstrou que a dependência em relação ao polo macrorregional persiste como realidade na região, haja vista o volume de recursos destinados ao município para a assistência da sua população própria e dos circunvizinhos.

Os recursos ordinários a esse atendimento alcançam R$ 292.057.132,93, conforme demonstrado na Tabela 2.

Tabela 2 – Alocação de recursos ordinários para atendimento sob gestão municipal em Montes Claros, conforme a Programação Pactuada e Integrada Assistencial (agosto de 2024).

Grupo	Valores Anuais
100 - Outras programações (complexidade não classificada)	R$ 163.744.687,30
01 - Ações de promoção e prevenção em saúde (MC)	R$ 1.633,50
02 - Procedimentos com finalidade diagnóstica (MC)	R$ 7.927.130,08
03 - Procedimentos clínicos (MC)	R$ 11.830.365,81
04 - Procedimentos cirúrgicos (MC)	R$ 300.271,12
07 - Órteses próteses e materiais especiais (MC)	R$ 63.000,00
100 - Outras programações (MC)	R$ 36.503.433,95
02 - Procedimentos com finalidade diagnóstica (AC)	R$ 1.459.349,37
03 - Procedimentos clínicos (AC)	R$ 673.550,74
04 - Procedimentos cirúrgicos (AC)	R$ 16.975.295,34
07 - Órteses próteses e materiais especiais (AC)	R$ 4.199.848,23
08 - Ações complementares da atenção à saúde (AC)	R$ 28.711.364,48
100 - Outras programações (AC)	R$ 19.667.203,02
Total	**R$ 292.057.132,93**

Legenda: MC = Média complexidade; AC = Alta complexidade
Fonte: Elaborada pelo autor com base na PPI Assistencial/SES-MG (2024)

Em termos assistenciais de saúde, Montes Claros atua como referência macrorregional, responsabilizando-se por uma população de cerca de 1.7 milhão de habitantes, distribuídos em 86 municípios, conforme o Plano Diretor de Regionalização Estadual (Minas Gerais, 2020). Entretanto, além dos municípios adscritos da Macrorregião Norte, outros 18 mantêm pactuação com Montes Claros, totalizando 104 cidades atendidas e uma população superior a dois milhões de pessoas, segundo a PPI (Minas Gerais, 2026).

Esses valores se referem aos recursos alocados no município para a realização de procedimentos de média e alta complexidades, em âmbito hospitalar e ambulatorial, destinados aos municípios pactuados. Ressalta-se que os incentivos financeiros e os repasses

para custeio de extrapolamentos ocorridos em meses anteriores são discriminados na PPI como complexidade não classificada. Isso significa que 4% dos R$ 7.465.127.230,09 programados para a saúde do estado estão alocados no município de Montes Claros (Minas Gerais, 2024).

Embora os valores apresentados expressem o volume de recursos destinados ao município de Montes Claros, a evidência de sua importância como polo macrorregional carece de uma estratificação desses recursos quanto à origem. À luz disso, a PPI aponta que 67% dos recursos apresentados na Tabela 2 são destinados ao atendimento de pessoas residentes nos demais municípios da região de saúde, restando à população local um montante de R$ 96.378.853,86, equivalente a 33% dos recursos programados (Minas Gerais, 2024).

Convém salientar, porém, que os recursos descritos na Tabela 2 referem-se apenas àqueles destinados pela União ao pagamento da produção de procedimentos, tendo a Tabela SUS como referência. Em outros termos, esses valores são calculados com base na expectativa de realização de atendimentos, a partir de estimativas fundamentadas nos parâmetros definidos pela Portaria nº 1.631, de 1º de outubro de 2015, que estabeleceu uma nova lógica para a atribuição dos parâmetros assistenciais no Brasil (Brasil, 2020). Somam-se a esses montantes repasses na forma de incentivos financeiros destinados ao financiamento de programas e ações de saúde, de caráter de custeio, que ampliam significativamente o volume de recursos alocados nos contratos hospitalares, como pode ser observado na Tabela 3.

Tabela 3 – Alocação de recursos destinados ao custeio de programas e redes temáticas em Montes Claros (agosto de 2024)

Incentivo	Valores Anuais
Urgência e emergência	R$ 28.470.952,27
Rede de Atenção Psicossocial	R$ 5.813.797,92
Reabilitação	R$ 3.370.242,61
Rede Cegonha	R$ 3.171.920,08
Incentivos hospitalares	R$ 33.687.793,76
Saúde bucal	R$ 286.389,36
Saúde do trabalhador	R$ 360.000,00
Leitos de UTI/UCI	R$ 28.711.364,48
Total	**R$ 103.872.460,5**

Fonte: Elaborada pelo autor com base na PPI Assistencial/SES-MG (2024)

No que tange ao repasse de incentivos financeiros para a oferta e execução dos serviços das redes temáticas, como a Rede de Urgência e Emergência, a Rede de Atenção Psicossocial, entre outras, os recursos são destinados exclusivamente ao custeio das ações em estabelecimentos específicos. Isso quer dizer que os recursos da Rede de Saúde Bucal, por

exemplo, somente são repassados às instituições que prestam esse tipo de serviço. O monitoramento desses repasses, em todas as redes, obedece à lógica do cumprimento de indicadores específicos, avaliados periodicamente.

Para o entendimento dos recursos descritos na Tabela 3, é importante compreender que o financiamento do SUS ocorre em modalidades distintas (Ugá, Porto e Piola, 2012). Uma parte, demonstrada na Tabela 2, é repassada para o financiamento *per capita* do custeio da produção, levando-se em conta as pactuações intergestores. Outra parcela é financiada conforme a habilitação para a realização de serviços específicos, chamados de programas ou redes temáticas, cujos valores são atribuídos em caráter de incentivos financeiros, como ocorre na Tabela 3 (Tofani *et al.*, 2023). Outra parte que vem tomando corpo é a transferência de valores oriundos de emendas parlamentares, considerados extraordinários, uma vez que o gestor do SUS não possui controle sobre a regularidade de sua alocação (Silva *et al.*, 2024).

Destaca-se, na Tabela 3, que a alocação desses recursos no polo ocorre em função da concentração de habilitações de alta complexidade para atendimento de programas e ações de saúde específicos, que requerem estrutura física, disponibilidade de mão de obra e capacidade tecnológica de alto custo e especialização.

Embora a regionalização seja um princípio embasado na economia, a baixa capacidade de resolução das microrregiões norte-mineiras, evidenciada pela necessidade de transpor as distâncias territoriais rumo ao polo, constitui-se como um sinal de iniquidade assistencial. Essa dinâmica converte a dispersão geográfica em um custo logístico e social para os usuários, o que penaliza especialmente as populações residentes em áreas mais remotas. Tal distorção compromete o princípio da proximidade e a diretriz de integralidade do sistema, uma vez que o estrangulamento da média complexidade nas periferias sobrecarrega a infraestrutura da sede macrorregional com demandas que deveriam estar descentralizadas (Minas Gerais, 2025).

Por isso, Montes Claros se consolidou como um centro de convergência, posicionando-se na hierarquia urbana mineira como uma cidade média que polariza toda a Macrorregião Norte. Essa proeminência é sustentada por uma elevada densidade tecnológica e pela oferta de serviços de alta complexidade, tanto na esfera pública quanto na privada, que lhe conferem capacidade de concentração da demanda assistencial.

Contudo, essa condição é intensificada pela baixa resolutividade das microrregiões adjacentes, visto que, por não suprirem as demandas assistenciais básicas e intermediárias em seus próprios territórios, impulsionam um contínuo movimento pendular de usuários em direção ao polo. Assim, o município não apenas provê o cuidado especializado, mas absorve

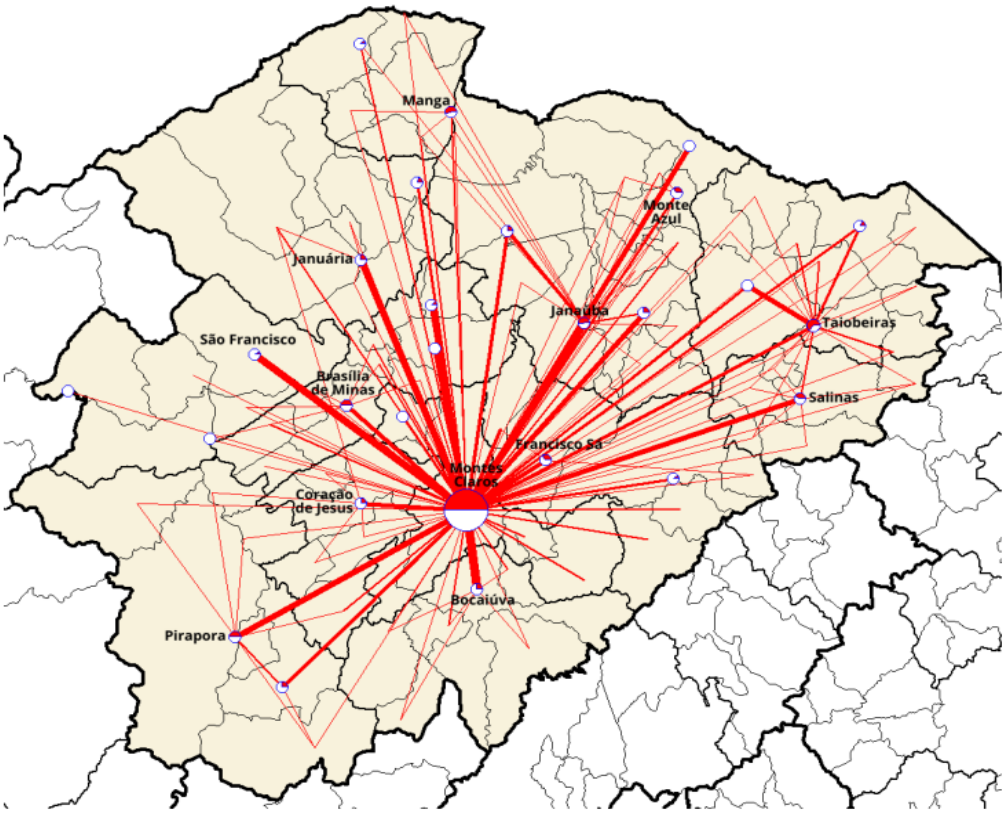
um fluxo assistencial gerado por vazios periféricos, consolidando sua função de referência na organização do sistema de saúde do Norte de Minas (Hermano, Palhares e Silva, 2023).

Hermano, Palhares e Silva (2023), ao estudarem o movimento pendular e a busca por serviços de saúde em Montes Claros nos anos de 2019 e 2022, identificaram elevado deslocamento de pessoas de diversas partes da região em busca de assistência. Esse fenômeno ocorre devido ao grande volume de estabelecimentos públicos e privados na cidade de destino, principalmente os serviços públicos (Hermano, Palhares e Silva, 2023).

A evidenciação do movimento pendular também se justifica pelos princípios organizativos do SUS, ao institucionalizar processos de regionalização e descentralização dos serviços de saúde, incluindo, nessa análise, os serviços públicos referenciados e os atendimentos contratados por consórcios públicos existentes na região (Hermano, Palhares e Silva, 2023). Esses estudos dão conta de deslocamentos para atendimentos dos diversos níveis de complexidade, em sua maioria justificados pela inexistência ou baixa resolubilidade da oferta nos municípios de origem.

A figura 3 apresenta o fluxo de internações na Macrorregião Norte.

Figura 3 – Fluxo de internações na Macrorregião Norte (2023).



Fonte: PDR/SES-MG (2023)
Nota: Optou-se por manter a imagem original do Plano Diretor de Regionalização (SES/MG), preservando todas as informações registradas na fonte primária.

Segundo o PDR estadual, o mapa de fluxo da busca por atendimentos de saúde na Macrorregião Norte, demonstra o deslocamento dos usuários do SUS entre os municípios polos de microrregião, mas enfatiza, o grande fluxo em direção ao município de Montes Claros, para onde são referenciadas demandas de caráter eletivo e de urgência e emergência, sobretudo para a alta complexidade. Dessa forma, Montes Claros cumpre seu papel planejado no PDR como polo macrorregional, concentrando a infraestrutura de saúde de alta densidade tecnológica e os recursos humanos especializados, necessários para atender vasta macrorregião (Hermano, Palhares e Silva, 2023; Minas Gerais, 2025).

A concentração das habilitações de alta complexidade no polo, pormenorizada na Figura 3, fundamenta-se na racionalidade das economias de escala e de escopo. A centralização desses serviços em Montes Claros permite a diluição de custos fixos elevados e a manutenção de equipes multiprofissionais permanentes, sendo essas condições essenciais para a viabilidade de procedimentos com densidade tecnológica superior. Sob essa ótica, a infraestrutura concentrada assegura a continuidade da atenção macrorregional, justificando os aportes financeiros ao Fundo Municipal de Saúde (FMS) para o custeio e a gestão dessas unidades (Minas Gerais, 2025).

Essa dinâmica assistencial ocorre principalmente pela concentração de serviços hospitalares de alta complexidade, tanto privados quanto daqueles habilitados para atendimento às demandas do SUS, no município de Montes Claros, haja vista que a oferta da assistência especializada em cardiologia, cirurgia vascular, endovascular e ortopedia está centralizada no polo macrorregional. Já os tratamentos de neurocirurgia e oncologia contam com a participação do município de Janaúba, também ao norte do estado, cuja atuação é limitada pela falta de habilitação da hemodinâmica e da radioterapia, respectivamente (Minas Gerais, 2025).

A primazia de Montes Claros na rede regional não advém apenas de sua localização geográfica, mas da viabilidade econômica proporcionada pelas economias de escala e de escopo. Na economia da saúde, a prestação de serviços de alta complexidade, como oncologia e cardiologia intervencionista, é caracterizada por uma estrutura de custos na qual os custos fixos, representados por equipamentos de última geração, manutenção de parques tecnológicos e equipes multiprofissionais altamente especializadas, são consideravelmente elevados. Viana *et al.* (2015) argumentam que a concentração desses serviços em polos é uma resposta à necessidade de racionalidade econômica, dado que serviços de alta densidade tecnológica exigem escalas populacionais mínimas para garantir eficiência e qualidade (Viana *et al.*, 2015).

Pode-se afirmar que a infraestrutura hospitalar de Montes Claros é a espinha dorsal da atenção de alta complexidade para a macrorregião, tendo em vista que possui um parque tecnológico e técnico com ampla abrangência no tratamento de doenças diversas. Para além dessa infraestrutura especializada, merece atenção o desenho da rede assistencial, que coloca o município como um ponto de convergência para toda a região, tanto que sua abrangência se estende para além dos limites da macrorregião (Minas Gerais, 2025).

Não obstante, a concentração dessas tecnologias em poucos prestadores hospitalares no polo permite a diluição desses custos fixos por meio de um elevado volume de produção assistencial. Sem o fluxo de pacientes oriundos dos 86 municípios da macrorregião, esses serviços seriam economicamente inviáveis se restritos apenas à população local de Montes Claros. Consequentemente, como pode ser demonstrado no Quadro 2, o polo torna-se o único nó da rede capaz de sustentar a oferta assistencial, criando uma relação de polo-dependência.

Quadro 2 – Relação de Serviços de média e alta complexidade habilitados apenas no município de Montes Claros, por instituição contratada

Estabelecimento	Referência macrorregional exclusiva
Aroldo Tourinho	Cirurgia cardíaca e cardiovascular, cirurgia ortopédica, saúde mental
Clemente de Faria*	Doença respiratória grave, UTI neonatal, HIV e AIDS, pneumologia sanitária, saúde mental e psiquiatria
Dilson Godinho	Oncologia, cirurgia cardíaca, cardiovascular e endovascular, cirurgia ortopédica.
Mário Ribeiro	Cirurgia ortopédica, doença respiratória grave, cirurgia oftalmológica, tratamento de queimados, UTI neonatal, odontologia hospitalar
Santa Casa	Oncologia, cirurgia cardíaca, cardiovascular e endovascular, cirurgia ortopédica, neurocirurgia, cirurgia oftalmológica, tratamento de queimados, UTI neonatal, odontologia hospitalar, tratamento do glaucoma, tratamento do AVC agudo, transplante de órgãos e tecidos.

Fonte: Elaborado pelo autor com base no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/MS, 2026).
Nota: * Hospital público vinculado à Unimontes.

A diversidade de serviços ofertados exclusivamente no município de Montes Claros reforça o seu papel central na macrorregião no que se refere à atenção terciária e justifica a alocação dos recursos destinados à qualificação da assistência hospitalar. Entretanto, como demonstrado por (Silva, 2020), ainda é grande o afluxo de pessoas em busca de atendimentos de média complexidade, que, conforme o PDR, deveriam ser disponibilizados pelas microrregiões. Essa situação, além de representar uma anomalia no fluxo assistencial, tende a sobrecarregar o sistema e dificultar a atenção de alta complexidade, em virtude da capacidade instalada das instituições de saúde.

A centralidade de Montes Claros não é um fenômeno espontâneo. Ao contrário, traduz o resultado de um planejamento estratégico estruturado pelo PDR mineiro (Minas Gerais,

2025), mas vai além disso, visto que consolida o poder de atração que o município exerce sobre diversos setores da economia, sendo a saúde o ponto focal dessa posição como fornecedor de serviços, conforme já foi discutido por Silva (2020), mesmo em um cenário de desigualdades e alta vulnerabilidade social, caracterizado por uma conjuntura econômica desfavorável quando comparada a outras regiões do estado.

Sob a ótica da Economia Política, essa configuração estabelece uma assimetria de poder: os prestadores que detêm a escala tecnológica passam a exercer um papel de centralidade não apenas técnica, mas também política e financeira, condicionando a gestão do sistema à sua capacidade operacional e financeira (Albuquerque, 2018).

De certo modo, a geografia do uso dos serviços de saúde cria hierarquias regionais nas quais o polo detém o capital tecnológico, gerando fluxos que nem sempre são acompanhados por uma governança equilibrada entre os entes federados. Porém, essa conformação exige um esforço conjunto de atores envolvidos na busca de resolubilidade regional por meio do polo. Nessa perspectiva, a contratualização por indicadores torna-se uma ferramenta indispensável para regular a distinção econômica dos hospitais do polo, buscando assegurar que a eficiência econômica se reverta em eficácia social.

A assimetria na rede de atenção à saúde se caracteriza por um modelo em que a racionalidade econômica da eficiência se sobrepõe à equidade distributiva. Enquanto os municípios periféricos se eximem da execução direta de serviços complexos, frequentemente enfrentam uma redução de suas capacidades técnicas locais, ficando à mercê da capacidade instalada disponível no polo e das decisões políticas ali concentradas (Viana *et al.,* 2002). Essa dinâmica gera uma pressão constante sobre o teto financeiro de Montes Claros, que atua como o nó crítico de uma rede na qual 67% dos recursos geridos são destinados a pacientes não residentes. Sob a perspectiva da Economia Política, o polo assume o risco operacional e a sobrecarga de serviços de rotina que deveriam estar descentralizados, enquanto os municípios dependentes do polo perdem autonomia decisória sobre o fluxo de seus próprios cidadãos. No caso do Norte de Minas, essa dinâmica é intensificada pela polo-dependência e pela extensa área de abrangência sob responsabilidade de Montes Claros, cujo papel de referência regional impõe pressão adicional sobre a capacidade de gestão local. Assim, as distâncias territoriais e a concentração dos serviços especializados não apenas ampliam a dependência dos demais municípios em relação ao polo, como também tensionam os processos de pactuação regional (Biscarde, Vilasbôas e Trad, 2019).

Como foi demonstrado (quadro 2), a robustez de sua capacidade instalada do polo, no tocante às habilitações de alta complexidade na atenção terciária, aponta a configuração do

conjunto de prestadores. Isso porque apenas um deles, o Hospital Universitário Clemente de Faria, possui natureza jurídica de direito público, mas, por pertencer à rede estadual, configura-se como prestador de serviços hospitalares contratado pelo município. Por sua vez, os demais estabelecimentos são filantrópicos, entidades privadas sem fins lucrativos que integram a rede SUS macrorregional (Montes Claros, 2026). Isso reforça que a contratualização funciona como um elo de controle sobre o monopólio da oferta de serviços hospitalares contratados.

Essa ponderação é relevante, uma vez que a concentração de tecnologia de ponta no setor filantrópico altera substancialmente a correlação de forças na gestão do SUS local. Por não possuir uma rede própria de alta complexidade, o município encontra-se em uma posição de vulnerabilidade, dependendo da capacidade instalada de entes privados que, na prática, detêm o monopólio da oferta assistencial na macrorregião. Daí a necessidade de consolidar contratos de prestação de serviços nos quais sejam atendidas as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do SUS, bem como dotar os instrumentos contratuais de solidez necessária para assegurar a aferição de resultados por meio do acompanhamento de indicadores, de modo a promover transparência no uso dos recursos públicos (Brasil, 2013; Santos e Merhy, 2006).

Desse modo, a contratualização não apenas regula a relação com o prestador, mas também condiciona a margem de negociação dos gestores nos espaços de pactuação regional. Isso ocorre na medida em que a definição de metas, indicadores, fluxos assistenciais e critérios de financiamento passa a influenciar a própria capacidade do município de sustentar compromissos interfederativos. Em contextos marcados pela concentração da oferta de alta complexidade em poucos prestadores, a contratualização extrapola a esfera da gestão local e repercute diretamente na arena política regional, pois a dependência em relação ao ente contratualizado reconfigura as possibilidades de barganha, coordenação e deliberação entre os gestores. Nesse cenário, o contrato deixa de ser apenas um instrumento de regulação da prestação de serviços e passa a atuar como mediador das relações federativas, incidindo sobre a forma como se distribuem responsabilidades, riscos e poderes no interior da rede assistencial (Santos e Merhy, 2006; Barbosa e Elias, 2010; Biscarde, Vilasbôas e Trad, 2019).

Nesse cenário, a contratualização por indicadores emerge como o principal instrumento de gestão e controle estatal. Ela deixa de ser apenas um repasse financeiro para se tornar uma ferramenta de regulação do setor público sobre o privado, visando alinhar os interesses corporativos das instituições filantrópicas às necessidades epidemiológicas da população (Barbosa e Elias, 2010; Santos e Merhy, 2006). Por meio da fixação de metas de

desempenho e qualidade, o gestor tenta mitigar o risco de seleção adversa e evitar que a autonomia desses prestadores resulte em vazios assistenciais. Por conseguinte, a contratualização atua como um mecanismo de *accountability*, transformando a relação de dependência em uma parceria regulada, na qual o pagamento está condicionado à produção, mas também à entrega de resultados sociais e à eficiência econômica.

É importante salientar, contudo, que a contratualização não pode ser reduzida a uma formalidade burocrática. Pelo contrário, ela representa o principal ponto de controle do poder público sobre a eficiência dos recursos públicos alocados. De certo modo, a contratualização funciona como um elo que vincula o repasse de recursos ordinários, destinados ao pagamento da produção, e extraordinários, relacionados aos incentivos, à expectativa do cumprimento de metas (Barbosa e Elias, 2010; Feliciello *et al*., 2016).

Nesse sentido, argumenta-se que a transição para o terceiro objetivo específico deste estudo, a análise dos indicadores e de seus resultados, torna-se imperativa. Isso porque, sem o monitoramento sistemático dessas métricas, o gestor municipal permanece estruturalmente cego diante da agência dos hospitais contratados, operando sob uma assimetria de informações que fragiliza sua autoridade (Pontes *et al.*, 2012; Santos, 2018).

Assim, a centralidade de Montes Claros no tocante à assistência à saúde do norte de Minas, dada a solidez da infraestrutura hospitalar e a magnitude do fluxo de recursos financeiros descritos neste capítulo, reforça o desafio de impor mecanismos de governança capazes de garantir que essa capacidade instalada se traduza, efetivamente, em desempenho assistencial e eficiência econômica para a região. Nessa relação de polo-dependência, a contratualização desponta como a principal ferramenta de regulação da relação municipal com os serviços contratados. Todavia, o contrato, por si, não garante a consecução dos serviços nem a qualidade assistencial, caso não seja implementado um monitoramento sistemático e rigoroso. É nesse cenário que o acompanhamento dos indicadores fixados nos contratos representa a validação da transparência da gestão e contribui para assegurar o alcance da finalidade pública da assistência hospitalar.

Em razão da importância estratégica do monitoramento dos contratos hospitalares para o desenvolvimento econômico da saúde local, o próximo capítulo dedica-se à apresentação da metodologia empregada nesta pesquisa, detalhando o desenho do estudo, a seleção dos indicadores de contratualização e os procedimentos de coleta e análise de dados que permitirão examinar o desempenho real da rede hospitalar de Montes Claros no período proposto.

3 METODOLOGIA DA PESQUISA

O presente capítulo delineia o percurso metodológico que sustenta a investigação sobre o desempenho dos hospitais contratualizados pelo município de Montes Claros para a prestação de serviços complementares ao SUS na rede hospitalar local. Buscou-se definir rigorosamente os procedimentos de pesquisa como alicerce fundamental para garantir a validade científica e a aplicabilidade das análises aqui propostas, a fim de contemplar a complexidade inerente à economia política da saúde e à governança de redes hospitalares.

A metodologia integra a pesquisa documental e a análise quantitativa de indicadores, abrangendo o período de maio de 2022 a agosto de 2024. Esse desenho metodológico foi concebido especificamente para dar suporte aos objetivos de descrever a rede hospitalar local, analisar o processo de monitoramento contratual e interpretar os resultados de desempenho sob uma ótica sistêmica.

Nas seções que se seguem, detalham-se a natureza e a abordagem da pesquisa, os critérios de delimitação da amostra, bem como a metodologia analítica, cos base em estatística descritiva e a triangulação de dados, que foram utilizadas para converter registros administrativos e contratuais em inteligência estratégica para a gestão pública.

3.1 Natureza e Abordagem da Pesquisa

Parte da estratégia metodológica utilizada neste estudo foi a pesquisa documental. Sua finalidade principal foi abordar a contratualização do SUS no município de Montes Claros, sua composição e, principalmente, o processo de monitoramento dos indicadores de desempenho dos estabelecimentos contratados. A principal fonte de pesquisa constituiu-se em documentos públicos produzidos pela Secretaria Municipal de Saúde, com vistas a registrar o processo de pactuação das obrigações contratuais assumidas entre a Prefeitura e os estabelecimentos de saúde credenciados para a prestação de serviços hospitalares.

Foram exploradas particularidades da contratualização no município de Montes Claros, com projeção macrorregional, e enfoque nos indicadores de desempenho fixados nos contratos de prestação de serviços. Isso justifica a pesquisa documental, abrangendo os três tipos de documentos principais – contrato, relatórios de monitoramento e atas de reuniões da Comissão de Acompanhamento da Contratualização (CAC) – cujo conteúdo foi suficiente para elucidar os fatores essenciais envolvidos no processo de contratualização.

Marconi e Lakatos (2008), assim como Martins e Theóphilo (2009), defenderam que, entre as vantagens da utilização da pesquisa documental, sobreleva-se a possibilidade de análise com base em documentos produzidos em determinado processo (fontes primárias), em detrimento de possíveis vieses ideológicos e percepções das partes envolvidas (Marconi e Lakatos, 2008; Martins e Theóphilo, 2009).

Além da análise documental, esta pesquisa possui também uma dimensão quantitativa, apoiada na extração, tabulação e processamento estatístico-descritivo dos indicadores oriundos das fontes consultadas. Essa convergência analítica viabiliza a avaliação sistemática de um conjunto específico de indicadores estratégicos, os quais servem de parâmetro para o exame comparativo do desempenho operacional e gerencial dos estabelecimentos hospitalares contratualizados.

Quanto ao tempo de realização, este estudo possui caráter longitudinal, uma vez que se propôs a analisar os resultados dos indicadores da contratualização no período de 2022, a partir do 2.º quadrimestre, até o 2.º quadrimestre de 2024. O recorte inicial no ano de 2022 se deu em função da Portaria nº 913/2022, que declarou o encerramento do estado de emergência em saúde pública devido à pandemia de covid-19 (Brasil, 2022). Já o recorte final coincide com o último quadrimestre analisado e disponibilizado quando do início da escrita desta dissertação.

A escolha do segundo quadrimestre de 2022 como ponto de partida também decorre da necessidade de examinar um período marcado pela retomada da plena autonomia da gestão municipal e pela reintrodução de metas contratuais exigíveis. Historicamente, a gestão hospitalar em Montes Claros passou por instabilidades: entre 2015 e 2018, o controle foi exercido pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, sendo a gestão gradualmente devolvida ao município até o início de 2020.

Na sequência, a pandemia de covid-19 (março de 2020 a abril de 2022) impôs a suspensão das metas quantitativas e qualitativas para fins de repasse financeiro, amparada pelas Leis federais nº 13.992/2020, 14.061/2020 e 14.189/2021. Esse cenário alterou significativamente a operação das unidades, com a conversão de leitos cirúrgicos em clínicos, nos termos do Decreto nº 4.002/2020, bem como com impacto direto na taxa de mortalidade institucional. Embora a Secretaria Municipal de Saúde tenha mantido o monitoramento técnico, a ausência de consequências financeiras sobre o cumprimento das metas fragilizou a comparabilidade dos dados anteriores a 2022, justificando o foco no período subsequente.

3.2 Coleta dos dados

O campo de investigação delimitou-se ao âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros – MG, detentora dos acervos administrativos e dos instrumentos contratuais originais firmados com as cinco instituições hospitalares que compõem o universo do estudo: o Hospital Aroldo Tourinho, o Hospital Universitário Clemente de Faria, o Hospital Dilson Godinho, o Hospital Mário Ribeiro da Silveira e a Santa Casa de Montes Claros.

O corpo documental constituiu-se de fontes primárias de livre acesso e sem restrições de confidencialidade, alinhando-se ao princípio da publicidade que rege a administração pública. A coleta desses documentos compreendeu tanto o levantamento de registros físicos, especificamente os relatórios quadrimestrais de monitoramento de desempenho e as atas oficiais das reuniões da CAC, quanto o acesso digital aos contratos de prestação de serviços hospitalares disponibilizados no sítio eletrônico do setor de licitações do município.

Para delimitar o diagnóstico da capacidade instalada e da dinâmica de financiamento e regulação da rede assistencial, realizou-se o levantamento de dados secundários no sítio eletrônico do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e da Programação Pactuada e Integrada (PPI) do estado de Minas Gerais.

A consulta ao CNES permitiu mapear detalhadamente a infraestrutura de saúde do município, extraindo variáveis relativas à tipologia das instituições, à natureza jurídica, às habilitações em alta complexidade, além do quantitativo e da distribuição de leitos clínicos, cirúrgicos e de Unidades de Terapia Intensiva (UTI).

Paralelamente, a análise dos tetos financeiros e das metas de pactuação intermunicipal fixadas pela PPI de Minas Gerais forneceu o embasamento necessário para compreender o papel de Montes Claros como polo de referência macrorregional. Essa vertente de coleta permitiu explicitar o desenho do fluxo assistencial e o volume de recursos alocados para o atendimento da população própria e referenciada, permitindo confrontar o planejamento regionalizado do SUS com o desempenho real observado nas metas contratuais.

3.3. Caracterização da rede hospitalar contratada pelo município de Montes Claros

Com base nos dados do CNES, foram descritas a capacidade instalada e o perfil assistencial das instituições hospitalares de Montes Claros, conforme segue abaixo:

1. tipo de estabelecimento;
2. natureza jurídica;

3. habilitações para a prestação de serviços ao SUS;
4. complexidade da atenção;
5. quantidade e tipologia dos leitos.

Quadro 3 – Descrição dos atributos selecionados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (2024)

Seq.	Atributo	Descrição
1	Tipo de estabelecimento	Como a finalidade do estudo é a contratualização de serviços hospitalares, somente serão incluídas instituições hospitalares, que podem ser classificadas como Hospital Geral ou Hospital Especializado.
2	Natureza jurídica	Pública ou privada
3	Serviços especializados/habilitações para a prestação de serviços ao SUS	Atenção à saúde do idoso; atenção à obesidade grave; atenção à saúde auditiva; atenção à saúde bucal; atenção à saúde ocular; atenção à saúde mental; atenção à saúde do trabalhador; cardiovascular; cuidados prolongados; dor crônica; DST/AIDS; hospital dia; internação domiciliar; materno infantil; nefrologia; neurologia/neurocirurgia; oncologia; osteogenesis imperfecta; planejamento familiar/esterilização; pneumologia; reabilitação; terapia nutricional; transplantes; traumato-ortopedia; unidade de terapia intensiva - UTI; urgência; unidade de cuidados intermediários neonatal; videocirurgias.
4	Complexidade da atenção	Alta complexidade ou Média Complexidade
5	Leitos hospitalares	Clínicos, cirúrgicos, UTI, outros.

Fonte: Elaborado pelo autor com base no Manual Técnico do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - Versão 2, em 23/03/2025

É importante mencionar que a base de dados do CNES é utilizada como parâmetro para os demais sistemas de saúde, como o Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), os quais são utilizados para fins de faturamento, controle e avaliação da produção dos serviços de saúde vinculados ao SUS, por meio de conciliação da capacidade instalada, habilitações, serviços permitidos e dos dados dos profissionais cadastrados (Brasil, 2010; Brasil, 2015).

A análise dos dados consolidados no permitiu mapear a estrutura hierárquica dos estabelecimentos pesquisados, fornecendo subsídios para avaliar o equilíbrio operacional da rede assistencial. Além disso, a caracterização dos estabelecimentos foi fundamental para estabelecer um paralelo entre a capacidade instalada dos hospitais, seu desempenho e a cobertura da rede assistencial.

3.4 Indicadores de desempenho da contratualização em Montes Claros - MG

Os contratos de prestação de serviços hospitalares estabelecidos pelo município de Montes Claros contemplam dois grupos de indicadores, qualitativos e quantitativos, os quais são descritos nas subseções a seguir. A partir desses indicadores, monitora-se a qualidade dos serviços prestados pelos estabelecimentos contratados e se avalia o cumprimento dos quantitativos de serviços contratados, sendo que, para esse segundo grupo, realizam-se medições relacionadas a metas físicas e financeiras.

No contexto deste estudo, os indicadores de qualidade são entendidos como ferramentas quantitativas ou qualitativas capazes de medir o desempenho dos estabelecimentos hospitalares, a partir da pactuação de resultados preestabelecidos e balizados pela referência científica. Esses indicadores permitem verificar se os objetivos estão sendo alcançados ou se há necessidade de ajustes no processo ou na pactuação (Ibañes, Rocha e Castro, 2016).

Os indicadores possuem importância estratégica na gestão do SUS, porquanto, além da produção, evidenciam o impacto real na vida da população. Desse modo, quando um hospital cumpre as metas de qualidade, demonstra uma gestão eficiente dos recursos públicos. Por esse motivo, os conceitos de metas qualitativas e quantitativas serão tratados, neste estudo, em consonância com o Manual de contratação para a prestação de ações e serviços de saúde ao SUS/MG (Minas Gerais, 2025).

Na contratualização, especialmente, os parâmetros de qualidade servem como base para o pagamento dos contratos, visto que demonstram a efetivação dos compromissos assumidos. Contudo, sua finalidade não é apenas financeira: o resultado hospitalar, medido pelo alcance das metas, reflete a função racional da organização, que carrega objetivos específicos para seu posicionamento no mercado e para a sociedade. Dessa forma, a avaliação do seu desempenho evidencia o exercício do papel organizacional (Carnut e Narvai, 2016).

Nesse sentido, os contratos hospitalares de Montes Claros contemplam uma diversidade de métricas avaliativas que atendem tanto a legislação nacional (Brasil, 2013) quanto as expectativas locais de *performance* dos estabelecimentos. Notou-se que coexistem indicadores de desempenho de caráter geral, aplicáveis a todos os hospitais contratualizados, e indicadores específicos, vinculados às habilitações assistenciais de determinadas instituições.

Considerando que o objetivo desta pesquisa consiste em analisar comparativamente o desempenho dos hospitais da rede sob uma mesma perspectiva avaliativa, optou-se por utilizar exclusivamente os indicadores comuns a todos os prestadores. Essa decisão

metodológica assegura a uniformidade dos critérios de avaliação e a comparabilidade dos resultados, evitando vieses decorrentes da inclusão de indicadores relacionados a serviços de alta complexidade disponíveis apenas em parte das instituições. Assim, foram excluídos da análise os indicadores específicos de linhas de cuidado, como oncologia, cardiologia e outras especialidades habilitadas, uma vez que sua aplicação restrita impossibilita a comparação direta entre todos os hospitais investigados e poderia comprometer a consistência das análises propostas.

Com base nesse critério, foram selecionados 16 indicadores de desempenho comuns a todos os hospitais contratualizados, abrangendo aspectos relacionados à eficiência assistencial, à qualidade e segurança do cuidado e ao cumprimento das metas pactuadas. Em conjunto, esses indicadores permitem uma avaliação abrangente do desempenho institucional e oferecem uma base homogênea para a análise comparativa entre os prestadores integrantes da rede hospitalar.

1. taxa de ocupação geral dos leitos hospitalares (incluindo UTI);
2. tempo médio de permanência em leito da clínica médica;
3. tempo médio de permanência em leito da clínica cirúrgica;
4. taxa de mortalidade institucional;
5. taxa de ocupação dos leitos de UTI adulto (em unidades com leitos de UTI);
6. comprovação da atuação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH);
7. comprovação de atuação da Comissão de Avaliação de Óbitos (CAO);
8. comprovação da atuação do serviço de Ouvidoria;
9. percentual de cumprimento da escala de plantões da rede de resposta às urgências e emergências;
10. garantia da realização de 100% de agendamento de retorno pós-alta hospitalar, nos casos de AIH cirúrgicas;
11. Comprovação da educação permanente;
12. comprovação da atuação do Núcleo de Segurança do Paciente conforme Programa Nacional da Segurança do Paciente;
13. taxa de atingimento da meta físico-financeira de diárias de UTI;
14. taxa de atingimento da meta físico-financeira de AIH para o teto de urgência hospitalar;
15. taxa de atingimento da meta físico-financeira de cirurgias eletivas hospitalares;
16. taxa de atingimento da meta físico-financeira de procedimentos ambulatoriais.

É importante considerar que a avaliação do desempenho hospitalar constitui um processo multidimensional, uma vez que a qualidade e os resultados da assistência não podem ser adequadamente representados por um único indicador. Nesse contexto, a literatura recomenda a utilização de conjuntos de indicadores capazes de contemplar diferentes dimensões do desempenho institucional, permitindo uma análise mais abrangente e consistente da atuação dos serviços de saúde (Donabedian, 1988). Essa abordagem possibilita identificar não apenas a capacidade produtiva dos hospitais, mas também a qualidade dos processos assistenciais e o grau de alcance dos objetivos pactuados entre gestores e prestadores.

Nesse sentido, os indicadores selecionados nesta pesquisa foram organizados em três categorias analíticas: “Eficácia Assistencial”, “Qualidade, Segurança e Governança Assistencial” e “Desempenho Contratual e Cumprimento das Metas”. A primeira reúne indicadores relacionados à utilização da capacidade instalada e à eficiência operacional dos hospitais; a segunda contempla indicadores associados aos processos organizacionais, à segurança do paciente e aos mecanismos de governança clínica; e a terceira compreende indicadores destinados a mensurar o cumprimento das metas físico-financeiras estabelecidas na contratualização. Essa organização busca integrar diferentes perspectivas da avaliação de desempenho, permitindo analisar, de forma articulada, como os recursos são utilizados, como os processos assistenciais são conduzidos e em que medida os compromissos assumidos contratualmente são efetivamente alcançados.

Além de favorecer uma interpretação sistemática dos resultados, essa categorização contribui para a identificação de padrões de desempenho entre os hospitais, evidenciando potencialidades e fragilidades em diferentes dimensões da gestão. Embora essa classificação não corresponda a uma taxonomia previamente estabelecida na literatura, ela constitui uma proposta analítica fundamentada nos modelos clássicos de avaliação da qualidade em saúde, especialmente na abordagem de Donabedian (1988). Dessa forma, a categorização amplia a capacidade interpretativa da análise comparativa e reforça a compreensão da contratualização como um instrumento de monitoramento orientado por resultados.

A categoria Eficácia Assistencial, reúne os indicadores que avaliam a utilização da capacidade instalada e a eficiência operacional dos hospitais. Eles medem como os recursos físicos como leitos de enfermaria e de UTI são utilizados e o giro de pacientes. Foram elencados:

1. Taxa de ocupação geral dos leitos;

2. Tempo médio de permanência em clínica médica;

3. Tempo médio de permanência em clínica cirúrgica;

5. Taxa de ocupação dos leitos de UTI adulto.

A taxa de ocupação evidencia o grau de utilização da capacidade hospitalar, permitindo identificar tanto situações de subutilização dos recursos quanto cenários de saturação da oferta, que podem comprometer o acesso e a qualidade do atendimento. Por sua vez, o tempo médio de permanência reflete a eficiência dos processos assistenciais e da gestão clínica, indicando a capacidade da instituição de conduzir o tratamento do paciente de forma resolutiva, evitando internações desnecessariamente prolongadas e favorecendo a disponibilidade de leitos para novos atendimentos. A análise conjunta desses indicadores possibilita compreender o equilíbrio entre produtividade e qualidade da assistência, uma vez que tempos excessivamente reduzidos podem indicar altas precoces, enquanto permanências prolongadas podem sinalizar ineficiências organizacionais, complicações clínicas ou dificuldades na continuidade do cuidado.

Quanto à categoria Qualidade, Segurança e Governança Assistencial, consiste no agrupamento de indicadores relacionados à qualidade da assistência, segurança do paciente, continuidade do cuidado e mecanismos de governança clínica. Esses indicadores avaliam se o hospital dispõe de processos organizacionais mínimas capazes de assegurar assistência segura, efetiva e centrada no usuário. São os indicadores:

4. Taxa de mortalidade institucional;

6. Atuação da CCIH;

7. Atuação da Comissão de Avaliação de Óbitos;

8. Atuação da Ouvidoria;

9. Cumprimento da escala de plantões;

10. Agendamento de retorno pós-alta;

11. Educação permanente;

12. Atuação do Núcleo de Segurança do Paciente.

Diferentemente dos indicadores de eficiência operacional, que se concentram na utilização dos recursos hospitalares, essa categoria busca mensurar a existência e o funcionamento de mecanismos institucionais voltados à promoção da qualidade do cuidado, à prevenção de riscos e à segurança do paciente. Esses indicadores refletem o grau de maturidade da gestão hospitalar ao evidenciar a adoção de práticas sistemáticas de monitoramento, avaliação e aprimoramento dos processos assistenciais.

Embora a taxa de mortalidade institucional seja tradicionalmente classificada como um indicador de resultado, sua ocorrência está fortemente condicionada à qualidade dos processos assistenciais desenvolvidos ao longo da internação. A efetividade das ações de prevenção de infecções, da gestão de riscos, da qualificação das equipes, da organização da assistência e do monitoramento sistemático dos eventos adversos influencia diretamente os desfechos clínicos dos pacientes. Dessa forma, a mortalidade institucional constitui uma medida sintética da qualidade da assistência prestada, razão pela qual foi incorporada a esta dimensão analítica. No contexto da contratualização hospitalar, a análise integrada desses indicadores permite avaliar não apenas se os hospitais cumprem exigências normativas, mas sobretudo se desenvolveram uma estrutura de governança capaz de sustentar processos assistenciais seguros, qualificados e orientados para a melhoria contínua dos resultados em saúde.

A terceira categoria, Desempenho Contratual e Cumprimento das Metas, contempla indicadores que mensuram o cumprimento das metas físico-financeiras estabelecidas no contrato. Representam o desempenho do hospital frente aos compromissos quantitativos pactuados entre gestor e prestador, constituindo o principal mecanismo de monitoramento da contratualização:

13. Atingimento da meta físico-financeira de diárias de UTI;
14. Atingimento da meta físico-financeira de AIH de urgência;
15. Atingimento da meta físico-financeira de cirurgias eletivas;
16. Atingimento da meta físico-financeira de procedimentos ambulatoriais.

Nesse contexto, o desempenho é analisado a partir da correspondência entre as metas contratadas e os resultados efetivamente alcançados, constituindo um importante parâmetro para o acompanhamento da execução contratual.

No âmbito da contratualização hospitalar, o monitoramento sistemático dessas metas constitui um dos principais instrumentos de gestão por resultados. Ao estabelecer objetivos quantitativos previamente pactuados e acompanhar periodicamente seu cumprimento, o gestor público dispõe de informações objetivas para avaliar a efetividade da execução contratual, orientar processos de regulação, negociar ajustes nas metas, reprogramar a oferta de serviços e subsidiar decisões relacionadas ao financiamento e à renovação dos contratos. Sob essa perspectiva, os indicadores de desempenho contratual fortalecem os mecanismos de transparência, responsabilização e prestação de contas (*accountability*), ao mesmo tempo em que promovem maior alinhamento entre a oferta de serviços hospitalares e as necessidades

assistenciais da população. Assim, sua utilização transcende a simples verificação da produção realizada, configurando-se como um instrumento estratégico para o monitoramento da eficiência da contratualização e para o aperfeiçoamento da gestão da rede hospitalar.

3.5 O monitoramento dos indicadores da contratualização

O contrato de prestação de serviços é composto por duas partes: o corpo principal, onde constam as cláusulas contratuais, formas de pagamento e obrigações dos contratantes, e o anexo técnico, dividido em Plano Operativo Assistencial (POA), que representa as metas quantitativas, e a relação de indicadores qualitativos.

Segundo os contratos de Montes Claros, o pagamento será realizado conforme a complexidade dos serviços prestados, média ou alta, sendo adotado um sistema de pagamento específico para cada nível. Dessa forma, a orçamentação foi organizada em duas partes: a média complexidade, subdividida em pré e pós-fixado, e a alta complexidade, paga integralmente no pós-fixado. Para maior clareza, a parte pré-fixada corresponde a 90% da média complexidade contratada, repassada ao estabelecimento até o 5.º dia útil após o recebimento dos recursos federais pelo FMS, independente do cumprimento de metas, e a outra parte de 10% é paga conforme a apuração dos resultados dos indicadores. Já o pagamento da alta complexidade permanece vinculado à apuração da produção.

Quanto aos 10% pós-fixados da média complexidade, o prestador de serviços precisa atingir a média global de 90% das metas estabelecidas para receber o valor integral. Caso contrário, o pagamento será realizado conforme o sistema definido no anexo técnico.

O monitoramento desses contratos é realizado pela Comissão de Acompanhamento da Contratualização (CAC), conforme a Portaria 3.410/2013. A CAC é um importante dispositivo na relação entre o ente público e os prestadores de serviços contratados. Funciona como o olho da gestão pública sobre o que foi pactuado, tanto em termos qualitativos quanto quantitativos, tendo como base os indicadores de qualidade, além das metas físicas e financeiras estabelecidas (Brasil, 2013). Esse monitoramento representa o esforço do estado para reduzir o risco moral, situação na qual o hospital poderia reduzir a qualidade para economizar recursos após a assinatura do contrato.

O estado de Minas Gerais regulamentou a atuação da CAC por meio do Manual de Monitoramento e Avaliação dos Contratos Assistenciais, definindo parâmetros para sua atuação e diferenciando as ações de auditoria e do serviço de controle e avaliação, que devem

ser exercidas por equipe independente. Sua existência e operabilidade são, portanto, imprescindíveis para a validação das relações contratuais (Minas Gerais, 2025).

A CAC é composta por representantes da gestão municipal, dos prestadores de serviços e por membros do Conselho Municipal de Saúde (CMS). Sua atuação está prevista na Portaria nº 3.410/2013 e nos próprios contratos. Cabe a essa comissão avaliar o desempenho das instituições a cada mês, para aferição dos indicadores qualitativos, com vistas ao pagamento da parte pós-fixada, e, em seguida, quadrimestralmente, para validar as avaliações mensais e subsidiar os contratantes quanto ao dimensionamento contratual.

Quanto à avaliação dos indicadores, realizada em dois momentos, merece detalhamento, o que ajuda a compreender a escolha das avaliações quadrimestrais em detrimento das mensais.

Inicialmente, é importante mencionar a lógica do faturamento da produção, o processamento das informações e a alimentação das bases de dados do SIA e do SIH. A primeira etapa é a realização dos atendimentos durante o mês, de 1.º a 31.º dia. Os dados dos atendimentos realizados nesse período são inseridos nos sistemas citados, no módulo do estabelecimento, e enviados à SMS até o 5.º dia útil do mês subsequente. As informações são processadas pelo setor responsável da SMS e encaminhadas ao MS conforme cronograma do DataSUS, geralmente ao final do mês. O DataSUS realiza novo processamento e disponibiliza os dados oficiais a partir da metade do mês subsequente. Isso implica que os dados oficiais somente são divulgados cerca de dois meses após o período de produção.

Por esse motivo, a avaliação mensal é realizada com dados provisórios, que estão em processamento ao longo do período. Geralmente, esses dados têm como base os sistemas das instituições, podendo ser validados pela CAC. Já a avaliação quadrimestral é feita com dados oficiais divulgados pelo DataSUS, o que permite averiguação ampla e irrestrita e garante a transparência dos resultados.

Nota-se então, que o enfoque da CAC são as metas qualitativas, aferidas pelos indicadores da contratualização, informados pelos estabelecimentos por meio de relatórios técnicos mensais e quadrimestrais, avaliados pela equipe técnica municipal e posteriormente validados em reunião ordinária da comissão.

Diante disso, para descrição e análise do processo de monitoramento dos indicadores da contratualização (figura 4), tomaram-se como referência os relatórios quadrimestrais, elaborados conforme os dados oficiais divulgados pelo MS. Essa condição permite a verificação dos resultados, considerando que a base de dados do DataSUS é de domínio público.

Figura 4 – Fluxograma da avaliação de contratos de prestação de serviços hospitalares no município de Montes Claros – MG



Fonte: Elaborada pelo autor com base no documento descritivo dos contratos

Além dos resultados dos indicadores da contratualização, os relatórios quadrimestrais trazem justificativas apresentadas pelos estabelecimentos para o não atingimento, o que corroborou as discussões realizadas neste trabalho quanto ao desempenho alcançado pelos hospitais. Observou-se, porém, que o formato do relatório difere entre as instituições, razão pela qual foram considerados nesta análise apenas o quadro de resultados dos indicadores e as justificativas de não cumprimento execução apresentadas.

De modo complementar, mas com semelhante importância, as atas das reuniões de avaliação quadrimestrais foram incluídas nessa etapa, posto que contêm as discussões realizadas pela CAC, incluindo a percepção dos técnicos da SMS e do CMS. Esses documentos contribuem para a visualização das medidas tomadas imediatamente após a avaliação, seja para correção do próprio relatório, seja para a adoção de ações que visem mitigar pontos críticos identificados.

A análise das atas de reunião permite identificar pontos de tensão entre os contratantes e a forma como as divergências são tratadas, apontando para práticas de governança na contratação pública.

3.6 Análise de conteúdo das atas de reuniões da CAC

Bardin (2016) defende que a pesquisa documental oferece ao pesquisador a possibilidade de editar as informações encontradas a fim de torná-las acessíveis ao observador, de forma que o tratamento dado contribua para o conhecimento acerca do conteúdo. Para que isso aconteça, o uso de técnicas de análise de conteúdo mostra-se muito eficaz, visto que possibilita o rastreio e o tratamento das informações selecionadas (Bardin, 2016).

Nesse sentido, a análise de conteúdo é uma escolha apropriada para o exame das atas das reuniões da CAC, com foco nas justificativas apresentadas pelos hospitais, na participação do controle social e no posicionamento da Secretaria Municipal de Saúde. Essa abordagem é importante para descrever como o desempenho alcançado pelas instituições é tratado pelos membros da comissão, sobretudo nas situações de baixo desempenho ou descumprimento de metas, quando há adoção de medidas corretivas e implementação de ações com vistas à melhoria da *performance* aferida.

Para o tratamento dos dados qualitativos provenientes da pesquisa documental, foi utilizada a Análise de Conteúdo, conforme a proposta metodológica de Bardin (2016). Destaca-se que essa técnica permite alcançar uma compreensão mais profunda das mensagens e dos processos de gestão em três etapas fundamentais (Souza e Santos, 2020):

- Etapa 1 - Pré-análise: leitura flutuante[3] do corpo documental, composto pelos contratos de prestação de serviços, relatórios de monitoramento quadrimestrais e atas das reuniões da CAC. Buscou-se assegurar que os documentos selecionados atendessem os critérios de exaustividade, representatividade e pertinência em relação ao problema de pesquisa.
- Etapa 2 - Exploração do Material: os dados brutos foram submetidos a operações de codificação e categorização. No contexto deste estudo, buscaram-se identificar unidades de registro recorrentes, como justificativas para o não atingimento de metas, (extraídas dos relatórios técnicos das instituições) e medidas mitigadoras e corretivas (registradas nas atas da CAC).
- Etapa 3 - Tratamento dos resultados, inferência e interpretação: as categorias temáticas emergentes foram confrontadas com a literatura de economia da saúde e regionalização do SUS. O objetivo foi explorar a lógica da contratualização em Montes Claros, correlacionando a capacidade instalada

[3] A leitura flutuante é a fase inicial da pré-análise em análise de conteúdo, caracterizada como um contato intuitivo e exaustivo do pesquisador com o material coletado (entrevistas, documentos etc.). Ela permite ao pesquisador familiarizar-se com o texto, absorver primeiras impressões, identificar temas recorrentes e validar se o material atende os objetivos da pesquisa (Souza e Santos, 2020).

> dos hospitais com os resultados observados e as decisões tomadas pela comissão de monitoramento.

Por fim, a triangulação das análises qualitativa e quantitativa.

No que tange ao processamento operacional e à sistematização do volume de dados textuais que compõem o corpo desta pesquisa, utilizou-se a ferramenta de Inteligência Artificial baseada em Grandes Modelos de Linguagem (LLM[4]), o Gemini AI[5], como ferramenta de codificação assistida. A inclusão dessa tecnologia alinhou-se estritamente ao referencial de Laurence Bardin (2016), servindo de apoio computacional nas fases de Exploração do Material e Tratamento dos Resultados.

A operacionalização da ferramenta ocorreu por meio de engenharia de comandos específicos (*prompting*), instruindo a plataforma a realizar de forma automatizada: (I) a contagem e lematização preliminar de termos técnicos frequentes; (II) a identificação e o agrupamento inicial de unidades de registro semelhantes; e (III) a extração sistemática de citações diretas vinculadas às suas respectivas instituições de origem. O *prompt* foi ancorado nas três etapas do método proposto por Bardin (2016): pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, assim como nos critérios de exaustividade, representatividade, homogeneidade, pertinência e exclusividade. Por fim, foram consolidadas cinco categorias analíticas: Ajuste Técnico-Metodológico, Pactuação de Desempenho, Contextualização Assistencial, Complexidade e Casuística e Validação de Conformidade, devidamente constituídas no prompt final, cada qual com definição conceitual própria e critérios de codificação explícitos

Para a geração do *prompt*, foi realizada a calibração a partir de um em processo iterativo de validação, nas seguintes etapas: a) inicialmente aplicado a uma ata, com ajustes sucessivos até que a codificação gerada correspondesse à análise manual prévia realizada pelo autor; em seguida, b) aplicado às atas dos cinco hospitais de um mesmo quadrimestre, com ajustes pontuais até nova correspondência; e, por fim, aplicado ao conjunto integral de 35 atas. A validação por correspondência com a análise manual assegurou que a ferramenta reproduzisse o julgamento do pesquisador, cabendo a este a definição do referencial, a calibração do instrumento e a interpretação final dos achados.

Ressalta-se que o processo de refinamento vocabular, a definição conceitual aprofundada de cada categoria, a inferência final e a interpretação crítica à luz do referencial

[4] A sigla LLM vem do inglês *Large Language Model*.
[5] Gemini 1.5 Pró, desenvolvido pela Google.

teórico adotado foram realizadas integralmente pelo pesquisador, assegurando o rigor científico, a fidedignidade e a autoria intelectual dos resultados apresentados.

3.7 Análise dos indicadores de desempenho hospitalar

A análise quantitativa foi conduzida por meio de uma abordagem descritiva longitudinal, que acompanha a evolução dos indicadores de desempenho ao longo do tempo, tomando como referência os instrumentos de contratualização hospitalar. Optou-se por esse desenho metodológico justamente por permitir observar como cada hospital se comportou ao longo do período estudado, sempre em relação às metas pactuadas entre o gestor público e os prestadores de serviços de saúde.

A adoção da abordagem descritiva longitudinal, em detrimento de procedimentos inferenciais, se de por razões de ordem metodológica e de adequação ao objeto. Em primeiro lugar, o período analisado, entre o segundo trimestre de 2022 ao segundo trimestre de 2024, compreende apenas sete observações temporais por indicador e por hospital, amostra insuficiente para a estimação robusta de modelos inferenciais e para a verificação confiável de pressupostos estatísticos, como normalidade e homocedasticidade. Em segundo lugar, o estudo não visa generalizar estimativas populacionais, mas descrever e compreender o comportamento dos indicadores de contratualização em um contexto institucional específico e delimitado, o que confere à análise descritiva plena adequação aos objetivos da pesquisa. Em terceiro lugar, a heterogeneidade estrutural entre os hospitais analisados, os quais se distinguem em relação ao porte, densidade tecnológica, perfil assistencial e vocação clínica, inviabiliza a comparação inferencial direta entre instituições, sendo a meta contratual o referencial analítico mais coerente para a avaliação do desempenho.

Assim, a escolha pela análise longitudinal está diretamente relacionada à própria lógica da contratualização no âmbito do Sistema Único de Saúde, cujo monitoramento é contínuo e se apoia em indicadores previamente definidos e metas pactuadas ao longo do tempo (Panitz, Prata e Rodrigues, 2024). Nesse sentido, a representação gráfica da evolução dos indicadores se mostra um recurso analítico valioso, pois favorece a percepção de tendências, persistências e variações de desempenho, o que contribui para uma compreensão mais ampla e qualificada sobre a efetividade da contratualização como instrumento de gestão e avaliação dos serviços hospitalares.

Para cada indicador contratual, elaboraram-se gráficos de linhas, nos quais o eixo horizontal representa os períodos avaliados e o eixo vertical corresponde ao valor observado

do indicador em cada momento. Cada hospital aparece representado por uma linha própria, o que torna possível visualizar, lado a lado, a trajetória de desempenho das diferentes instituições ao longo do tempo. A esses gráficos foi acrescentada uma linha horizontal indicando a meta contratual definida para cada indicador. Esse recurso facilita a identificação visual dos momentos em que o desempenho esperado foi alcançado, aproximado ou não atingido (Reis e Reis, 2001).

Os indicadores de comprovação de ações gerenciais e de segurança do paciente, CCIH, CAO, Ouvidoria, educação permanente e Núcleo de Segurança do Paciente, não apresentaram variabilidade significativa, mas foram mantidos no conjunto analisado por constituírem requisitos estruturais e processuais essenciais à qualidade assistencial, cuja verificação sistemática interessa à gestão da contratualização. Sua manutenção visa documentar a conformidade da rede contratada, e não discriminar desempenho entre instituições, reconhecendo-se, desde logo, sua limitada capacidade discriminatória."

Além da análise pontual do cumprimento das metas em cada período, buscou-se compreender o comportamento dos indicadores ao longo de toda a série temporal. Assim, foram observados aspectos como a tendência de evolução dos resultados, sua estabilidade ou oscilação entre os períodos avaliados, e as diferenças de desempenho entre os hospitais contratados. Esse tipo de leitura permite identificar padrões mais consistentes no comportamento dos prestadores, evitando conclusões baseadas em observações isoladas ou pontuais.

3.8 Triangulação dos achados qualitativos e quantitativos

A etapa final da análise consistiu na triangulação dos resultados produzidos pelas abordagens qualitativa e quantitativa apresentadas nas seções anteriores. A adoção dessa estratégia metodológica foi aplicada para assegurar a validade e a força das conclusões apresentadas. A combinação de diferentes abordagens permite uma compreensão mais profunda do objeto de estudo e funciona como um cerco para afastar os vieses inerentes a um único método de análise. A utilização de evidências distintas e convergentes funciona como um certificado da confiabilidade dos resultados da pesquisa (Martins e Theóphilo, 2009).

Nesse sentido, os resultados da análise descritiva longitudinal dos indicadores contratuais, representados nos gráficos de linhas que comparam o desempenho observado de cada hospital com as metas pactuadas ao longo dos períodos avaliados, foram interpretados em diálogo com os achados da análise de conteúdo das atas das reuniões da CAC. Buscou-se,

assim, verificar em que medida as oscilações, tendências de queda ou estabilidade identificadas graficamente em determinados indicadores encontravam correspondência nas justificativas apresentadas pelos hospitais e nas medidas corretivas ou mitigadoras deliberadas pela comissão.

Essa articulação permitiu ir além da simples verificação numérica do cumprimento ou descumprimento das metas, possibilitando compreender o contexto institucional e gerencial que se expressa por trás dos números. Por exemplo, quando um período de queda de desempenho era observado no gráfico de determinado hospital, investigou-se se essa alteração havia sido objeto de discussão na CAC, quais justificativas haviam sido apresentadas pelo prestador e se, de fato, foram adotadas ações corretivas nos períodos subsequentes. Da mesma forma, procurou-se identificar se hospitais com trajetórias de desempenho estável ou com cumprimento consistente das metas apresentavam, nas atas, um padrão de acompanhamento e de discussão distinto daquele observado nas instituições com desempenho mais irregular.

Desse modo, a triangulação não se limitou à justaposição de dois conjuntos de dados, mas buscou promover um diálogo interpretativo entre a evidência quantitativa expressa no comportamento dos indicadores ao longo do tempo e a evidência qualitativa, registrada no processo decisório e argumentativo das atas. Com isso, foi possível construir uma leitura mais ampla e consistente sobre a efetividade da contratualização como instrumento de gestão e monitoramento dos serviços hospitalares no município.

3.9 Considerações Éticas e Limitações do Estudo

O acesso e a divulgação dos dados das fontes pesquisadas foram autorizados pela Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros.

Apesar do rigor metodológico adotado, reconhece-se a existência de limitações que delimitam o alcance dos achados.

O recorte temporal (2022–2024) compreende uma fase de transição e retomada da produção hospitalar após o encerramento da emergência sanitária de covid-19, cujo contexto de normalização das atividades assistenciais pode refletir oscilações e ajustes operacionais que talvez difiram de padrões estruturais de longo prazo.

A análise está condicionada à fidedignidade dos dados inseridos nos relatórios de monitoramento das instituições e na redação das atas da CAC. Eventuais inconsistências no preenchimento, inerentes a registros administrativos, representam uma variável exógena que pode influenciar a precisão da análise de desempenho.

Como foi feita a exclusão de indicadores de alta complexidade específicos, como oncologia e cardiologia, para garantir a comparabilidade entre as unidades, a análise ficou restrita à capacidade hospitalar generalista. Logo, o modelo não captura a totalidade da *performance* das instituições que atuam como referência para tais especialidades.

O escopo da pesquisa restringe-se ao desempenho aferido pelos indicadores contratuais. Embora esses sejam vitais para a governança e *accountability*, eles não abrangem dimensões qualitativas subjetivas, como a satisfação dos pacientes ou desfechos clínicos reportados pelos usuários.

Ademais, a construção de um índice a partir de resultados de indicadores específicos dos hospitais de Montes Claros não permite a generalização dos resultados para outros municípios, ficando limitada aos hospitais do município, no período avaliado.

3.10 Produto técnico

Durante a análise documental, observou-se que, embora os dados referentes às análises da contratualização sejam produzidos periodicamente pelos hospitais contratados e validados pela CAC, eles permanecem restritos ao domínio dos hospitais, em processos burocráticos, sem a devida divulgação à população. Além disso, não existem análises agregadas e sistêmicas das informações contratuais de todos os hospitais de Montes Claros que possibilitem uma comparação mínima de desempenho entre eles, considerando suas particularidades.

O primeiro limite identificado é a ausência ou descumprimento do Princípio da Publicidade da Administração Pública, visto que as ações são realizadas, existe um trabalho desenvolvido com responsabilidade e zelo, com a participação do CMS, porém, a sociedade permanece privada do acesso aos resultados, uma vez que esses se restringem aos relatórios hospitalares e às atas de reunião da CAC.

O segundo refere-se ao fato de que, embora o CMS exerça o controle social do SUS, no âmbito da CAC, a não publicização dos resultados do desempenho hospitalar, ainda que seja em seção periódica na assembleia do CMS, restringe o acesso às informações aos representantes da comissão.

Nesse sentido, o desenvolvimento deste produto técnico reafirma a urgência de superar a fragmentação que hoje caracteriza o monitoramento contratual. A dispersão dos dados em processos burocráticos individualizados configura-se como um óbice gerencial importante, visto que a ausência de um modelo analítico unificado impede gestores públicos e

o controle social de obterem uma visão holística e integrada do desempenho da rede de saúde. O protocolo proposto mitiga o problema da desarticulação de informações ao estruturar uma ferramenta que, além de viabilizar o diagnóstico sistêmico e comparativo dos prestadores, resgata a transparência e consolida práticas de governança e *accountability* essenciais à condução do SUS no polo macrorregional.

A proposta não se restringe a um documento de impressão única com os resultados da pesquisa, mas um a *template* de como esse relatório deve ser construído periodicamente, demonstrando sua estrutura e oferecendo sugestões para orientar a equipe responsável por sua edição.

O título proposto é *Protocolo de Monitoramento e Transparência da Contratualização Hospitalar: Modelo de Relatório Técnico Consolidado para o Município de Montes Claros – MG*.

Sua organização contempla um painel comparativo dos indicadores de desempenho dos hospitais, estruturado por categorias analíticas, que abordam: eficácia assistencial; qualidade, segurança e governança assistencial; e desempenho contratual e cumprimento das metas. Esse painel permitirá visualizar, para cada indicador, a evolução temporal dos hospitais, as metas pactuadas, os resultados médios da rede e o nível de cumprimento alcançado por cada instituição. O relatório também inclui um sumário executivo individual para cada hospital, destacando seus principais resultados, potencialidades e aspectos que demandam maior atenção por parte da gestão, além de um guia de interpretação destinado aos gestores, profissionais de saúde, conselheiros e cidadãos interessados no acompanhamento da política pública.

A construção do protocolo fundamenta-se nos resultados da análise descritiva desenvolvida nesta pesquisa, utilizando os próprios indicadores da contratualização como eixo estruturante do monitoramento. A organização dos dados em categorias temáticas e sua apresentação por meio de gráficos, tabelas e análises comparativas permitem transformar informações dispersas em um instrumento gerencial de fácil interpretação, favorecendo o acompanhamento da evolução dos hospitais ao longo do tempo e a identificação de tendências, avanços e fragilidades da rede.

Dessa forma, o protocolo consolida uma metodologia padronizada para produção e divulgação periódica dos resultados da contratualização hospitalar, contribuindo para ampliar a transparência, fortalecer o controle social e qualificar os processos de monitoramento e avaliação da gestão municipal. Ao reunir, em um único documento, os principais indicadores de desempenho dos hospitais contratualizados, o modelo proposto oferece uma visão

integrada da rede assistencial, apoiando a tomada de decisão baseada em evidências e fortalecendo os princípios de governança, *accountability* e publicidade que orientam a administração pública e a gestão do Sistema Único de Saúde.

4 ANÁLISE DO DESEMPENHO HOSPITALAR NO POLO MACRORREGIONAL DE MONTES CLAROS (2022-2024)

Este capítulo apresenta a consolidação e a análise dos resultados obtidos a partir do monitoramento da contratualização dos hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) em Montes Claros, considerando o período entre o segundo quadrimestre de 2022 e o segundo quadrimestre de 2024. O objetivo central é compreender o desempenho da rede hospitalar por meio da articulação entre a análise qualitativa das reuniões da CAC e a análise descritiva dos indicadores pactuados, buscando identificar padrões de desempenho, desafios do monitoramento e aspectos relacionados à gestão da contratualização.

A primeira seção apresenta os resultados da análise de conteúdo de 35 atas das reuniões da CAC, conduzida conforme os procedimentos metodológicos propostos por Laurence Bardin. Essa etapa permitiu identificar cinco categorias temáticas que evidenciam a dinâmica do processo de acompanhamento contratual, destacando os mecanismos de negociação, pactuação e tomada de decisão que permeiam a governança da rede hospitalar.

Na sequência, são apresentados os resultados da análise quantitativa, fundamentada na estatística descritiva dos indicadores de contratualização. Os indicadores foram organizados em três categorias analíticas: eficácia assistencial; qualidade, segurança e governança assistencial; e desempenho contratual e cumprimento das metas, permitindo examinar a evolução temporal dos hospitais, comparar seus resultados com as metas pactuadas e identificar tendências, aproximações e diferenças de desempenho entre as instituições ao longo do período estudado.

Por fim, a integração entre os resultados qualitativos e quantitativos possibilita uma compreensão mais ampla do processo de contratualização hospitalar. Enquanto a análise documental evidencia como as decisões são construídas e negociadas no âmbito da CAC, a análise descritiva dos indicadores demonstra os resultados produzidos por esse processo de monitoramento. A articulação dessas duas perspectivas fortalece a interpretação dos achados da pesquisa e fornece subsídios para a formulação de recomendações voltadas ao aprimoramento da transparência, da governança e do monitoramento da contratualização hospitalar no município de Montes Claros (MG).

4.1 A organização da rede assistencial de estabelecimentos contratados

O conhecimento da organização assistencial da rede hospitalar do município de Montes Claros é o primeiro passo para compreender a sua importância para a Macrorregião Norte do estado, além de funcionar como base analítica para estabelecer relações com os resultados dos indicadores e, por conseguinte, o desempenho dos estabelecimentos contratados. Por esse motivo, a exposição da análise dos dados coletados é etapa essencial para a demarcação da capacidade instalada e da densidade tecnológica disponibilizada.

Os resultados refletem uma análise conduzida por meio de um cruzamento multidimensional de dados que abrangem, para além dos aspectos quantitativos da oferta, a vocação funcional de cada instituição. Para a caracterização institucional, foram abordados aspectos como a identificação do perfil jurídico e administrativo dos estabelecimentos, o que revela o cenário de governança da rede municipal.

Além disso, o detalhamento da capacidade de internação por especialidades, com ênfase na oferta de leitos SUS e na densidade de cuidados críticos em leitos de UTI, atrelado à análise da distribuição das habilitações específicas junto ao MS, permitiu mensurar a resolutividade de cada unidade e identificar possíveis vazios ou concentrações assistenciais.

Associada a esses elementos, a sistematização desses dados permitiu verificar o fenômeno da especialização hospitalar, por meio do qual se observa que a concessão de recursos e de habilitações de Alta Complexidade nem sempre guarda relação direta com o volume físico de leitos. Essa característica revela uma rede interdependente e, ao mesmo tempo, segmentada em linhas de cuidado.

Esses achados atuam como subsídio para a discussão sobre a eficácia do modelo de regionalização vigente e a sustentabilidade do sistema de saúde local, haja vista que os resultados das análises apontam medidas efetivas para o aprimoramento gerencial da rede, além de fornecer ao controle social instrumentos de análise dos serviços de saúde disponibilizados no município de Montes Claros, que possui importância macrorregional em razão de seu papel como polo assistencial.

O levantamento de dados relacionados às características gerais da rede hospitalar de Montes Claros revelou que os cinco hospitais analisados – Aroldo Tourinho, Clemente de Faria, Dilson Godinho, Mário Ribeiro e Santa Casa – são classificados como Hospitais Gerais. Essa classificação demonstra que a totalidade das instituições contratadas não se restringe a especialidades; ao contrário, todas elas possuem estrutura para atender a diversas

áreas médicas, incluindo a assistência em regime de urgência e emergência, também a internação eletiva.

Do ponto de vista do nível de complexidade, nota-se que os componentes da rede hospitalar operam tanto na Média quanto na Alta Complexidade (Quadro 4). Isso reforça a atuação de Montes Claros como um centro de referência regional polirresolutivo, capaz de absorver procedimentos de densidade tecnológica superior, atendendo não apenas a demanda de seus munícipes, mas a toda a Macrorregião do Norte de Minas Gerais.

Quadro 4 – Perfil jurídico-administrativo e nível de complexidade da rede hospitalar contratualizada (Montes Claros, 2022-2024)

Estabelecimento	Perfil Assistencial	Natureza Jurídica	Esfera Administrativa	Complexidade
Aroldo Tourinho	Hospital Geral	Sem fins lucrativos	Privado	Média e Alta
Clemente de Faria	Hospital Geral	Administração Pública	Estadual	Média e Alta
Dilson Godinho	Hospital Geral	Sem fins lucrativos	Privado	Média e Alta
Mário Ribeiro	Hospital Geral	Sem fins lucrativos	Privado	Média e Alta
Santa Casa	Hospital Geral	Sem fins lucrativos	Privado	Média e Alta

Fonte: Elaborado pelo autor (2026), com base em dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/DATASUS).
Nota 1: A classificação média e alta complexidade refere-se à habilitação dos estabelecimentos para realizar procedimentos de diferentes densidades tecnológicas, conforme pactuado no Plano Diretor de Regionalização (PDR) de Minas Gerais.
Nota 2: O Hospital Clemente de Faria é a única unidade de administração pública direta (Estadual/Unimontes), enquanto as demais instituições possuem natureza jurídica privada sem fins lucrativos (filantrópicas).

A despeito das características assistenciais comuns às unidades hospitalares, a rede apresenta uma distinção clara quanto ao regime jurídico de seus prestadores, distribuídos entre hospitais filantrópicos e a Administração Pública direta.

Os hospitais filantrópicos (sem fins lucrativos) predominam, correspondendo a 80% das instituições (n=4), representados pelos hospitais Aroldo Tourinho, Dilson Godinho, Mário Ribeiro e Santa Casa. O Hospital Clemente de Faria, vinculado à Unimontes (governo estadual), é o único pertencente à Administração Pública direta. Por estarem inseridas no processo de contratualização, todas as instituições atuam de forma complementar ao SUS, sendo regidas por contratos de prestação de serviços que vinculam o repasse de recursos ao cumprimento de metas e indicadores.

É importante atentar para o fato de que a coexistência de um hospital de Administração Pública com quatro hospitais filantrópicos de grande porte exige um processo

de coordenação municipal eficiente, considerando que esses hospitais garantem a capilaridade e o volume necessário para a manutenção da Alta Complexidade e representam a maioria dos contratos. Essa configuração sugere que a governança da saúde em Montes Claros é baseada em um modelo híbrido de cooperação, em que o setor público coordena uma rede majoritariamente executada por instituições do terceiro setor.

Além das características gerais, levantou-se a matriz de habilitações de serviços de saúde específicos concedidos aos hospitais de Monte Claros, sendo identificadas 48 categorias, totalizando 68 entre as cinco instituições. Esse levantamento revelou a configuração do arranjo tecnológico de saúde local.

Conforme os dados apresentados na Tabela 4, a Santa Casa detém 44,11% (n=30) do total de habilitações, seguida pelo Hospital Dilson Godinho com 20,58% (n=14). Os hospitais Aroldo Tourinho e Clemente de Faria apresentam, individualmente, 13,23% (n=9), enquanto o Hospital Mário Ribeiro detém 8,69% (n=6) das habilitações registradas.

Tabela 4 – Matriz de habilitações de alta complexidade e serviços especializados por estabelecimento hospitalar (Montes Claros, 2022-2024)

Hospitais / habilitações	Cirúrgica	Clínica	Oncologia	Terapia Intensiva	Urgência	Total
Aroldo Tourinho	6	2	-	1	-	9
Clemente de Faria	2	4	-	3	-	9
Dilson Godinho	5	5	3	1	-	14
Mário Ribeiro	3	-	-	3	-	6
Santa Casa	14	8	3	4	1	30
Total	**30**	**19**	**6**	**12**	**1**	**68**

Fonte: Elaborado pelo autor (2026), com base em dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/DATASUS).
Nota 1: O detalhamento dos leitos por especialidade / clínica está descrito no ANEXO 2.

A análise das habilitações mostra-se relevante neste estudo porque permite identificar a concentração de serviços por áreas temáticas de assistência, sobretudo por se tratar de procedimentos de Alta Complexidade, cuja concessão é restrita a critérios definidos pelo MS.

Em relação à oferta de procedimentos de transplantes, como fígado, rins, córnea, músculo esquelético e células progenitoras, bem como ao atendimento a queimados, as habilitações estão concentradas na Santa Casa. Da mesma forma, os serviços relacionados à Oncologia Pediátrica e à Neurologia/Neurocirurgia estão restritos a essa instituição.

No que concerne às linhas de cuidado cardiovascular e nefrológico, a distribuição é compartilhada, com predominância da Santa Casa e do Hospital Dilson Godinho, posto que

ambos são habilitados em Cirurgia Cardiovascular, Cirurgia Vascular, Cardiologia Intervencionista e nas modalidades de Doença Renal Crônica com Hemodiálise e Diálise Peritoneal. O Hospital Aroldo Tourinho, por sua vez, integra a rede de atenção cardiovascular nessas especialidades, mas sem os serviços relacionados à Nefrologia.

O Hospital Clemente de Faria e a Santa Casa compartilham habilitações voltadas à Gestação de Alto Risco e ao selo Hospital Amigo da Criança, componentes da Rede de Atenção à Gestação, ao Parto e ao Puerpério. Entretanto, a assistência materno-infantil *stricto sensu* encontra-se vinculada apenas à Santa Casa.

Os Serviços de Atenção às Doenças Infectocontagiosas estão vinculados exclusivamente ao Hospital Clemente de Faria, que detém as habilitações para o atendimento específico em DST/Aids e Pneumologia Sanitária. É importante destacar a participação desse estabelecimento na rede, uma vez que, por sua configuração como Hospital Universitário, a concentração de procedimentos essencialmente vinculados à clínica médica é fundamental para a formação profissional na área da saúde.

Em relação aos serviços de Terapia Intensiva para adultos, essa é a única habilitação presente em 100% das instituições analisadas, o que configura a rede como de alta capacidade para atendimento a pacientes em estado crítico. As unidades de UTI Neonatal e Pediátrica estão presentes em 60% da rede (n=3), nos hospitais Clemente de Faria, Mário Ribeiro e Santa Casa.

Quanto às habilitações para as demais especialidades, observou-se que áreas como Traumato-Ortopedia e Cirurgia Cardiovascular apresentam maior distribuição entre os prestadores, 80% e 60%, respectivamente. Esses resultados sinalizam uma rede hospitalar vocacionada ao atendimento de Alta Complexidade, em áreas que requerem estrutura e aparato tecnológico altamente especializados e de alto custo.

É possível categorizar as instituições conforme a natureza da oferta especializada. Dessa forma, a Santa Casa é classificada como multiespecialidade, com diversidade superior a 25 habilitações distintas, o Dilson Godinho e Aroldo Tourinho com especialização focal, baseado na concentração em eixos específicos de média e alta complexidade, enquanto o Clemente de Faria e Mário Ribeiro podem ser classificados como de assistência prioritária, com habilitações específicas como infectologia e tratamento da obesidade, respectivamente.

Outro levantamento e análise realizados, diz respeito à capacidade instalada e tipologia dos leitos contratados da rede hospitalar de Montes Claros. Constatou-se uma estrutura composta por e 865 leitos vinculados ao SUS, distribuídos em sete categorias

principais: clínicos (n=306), cirúrgicos (n=228), UTI (n=145), pediátricos (n=142), obstétricos (n=70), outras especialidades e hospital dia (n=14).

Quanto à distribuição geral e ao perfil de oferta, notou-se que a Santa Casa detém a maior parcela da oferta total, com 33,52% (n=290) dos leitos, o que representa uma estrutura ampla, além de conter todas as tipologias analisadas. Em seguida, o Hospital Mário Ribeiro responde por 22,19% do total de leitos (n=192), com destaque para a maior concentração de leitos de terapia intensiva da rede. Os hospitais Clemente de Faria (n=157), Aroldo Tourinho (n=126) e Dilson Godinho (n=100) completam a grade de leitos contratados, conforme demonstrado na Tabela 5.

Tabela 5 – Distribuição da capacidade instalada de leitos hospitalares contratualizados pelo SUS, por estabelecimento e especialidade (Montes Claros, 2022-2024) ano de 2026

Leitos contratados pelo SUS	Aroldo Tourinho	Clemente de Faria	Dilson Godinho	Mário Ribeiro	Santa Casa	Total
Leitos complementares	25	22	10	52	36	145
Especialidade cirúrgica	27	24	45	52	80	228
Especialidade clínica	74	58	40	36	98	306
Hospital dia	-	-	5	-	1	6
Obstétrico	0	24	0	15	31	70
Outras especialidades	0	8	0	0	0	8
Pediátrico	-	21	0	37	44	102
Total de leitos SUS	**126**	**157**	**100**	**192**	**290**	**865**

Fonte: Elaborado pelo autor (2026), com base em dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/DATASUS).
Nota 1: Os leitos complementares englobam as Unidades de Terapia Intensiva (UTI) nas modalidades Adulto, Pediátrica, Neonatal e de Queimados, representando a oferta de cuidados críticos da rede.
Nota 2: Os hifens (-) indicam a inexistência de leitos contratualizados na referida especialidade para o estabelecimento no período observado.
Nota 3: O detalhamento dos leitos por especialidade / clínica está descrito no ANEXO 1.

Quando analisados por especialização e/ou categoria, identificou-se que os leitos complementares (UTI) representam 16,76% do total de leitos contratados (n=145), sendo a maior parte deles instalada no Hospital Mário Ribeiro (n=52), com destaque para os leitos de UTI Adulto (n=32) e UTI Pediátrica e Neonatal (n=20). A Santa Casa aparece em seguida (n=36), porém, com destaque para a exclusividade dos leitos de UTI para Queimados (n=6).

Quanto aos leitos clínicos e cirúrgicos, a especialidade de Clínica Geral é a maior categoria individual da rede, com 167 leitos (19,30%), sendo que, no segmento cirúrgico, há prevalência das áreas de Cirurgia Geral (n=64) e Ortopedia/Traumatologia (n=45), presentes em todos os hospitais.

Em relação ao segmento materno-infantil e pediátrico, essa categoria aparece em terceiro, com oferta pediátrica (n=102) e obstétrica (n=70), concentrada em apenas três hospitais: Santa Casa, Mário Ribeiro e Clemente de Faria. Os hospitais Aroldo Tourinho e Dilson Godinho não possuem leitos contratados nessas especialidades específicas;

As especialidades de Oncologia e Transplantes estão concentradas nos hospitais Dilson Godinho e Santa Casa, respectivamente, sendo os transplantes restritos apenas a esse último. Em relação à Oncologia (clínica e cirúrgica), somam-se 35 leitos, com 77% dessa capacidade concentrada no Hospital Dilson Godinho (n=27). A reserva para Transplantes e suas intercorrências é exclusiva da Santa Casa (n=3);

Quanto aos Os leitos de Saúde Mental (n=22) estão concentrados nos hospitais Aroldo Tourinho (n=10) e Clemente de Faria (n=12), sendo que este último também concentra os leitos de Psiquiatria (n=6) e Pneumologia Sanitária (n=2).

Os dados referentes à distribuição dos leitos na rede indicam uma divisão de trabalho, inferido que, enquanto a Santa Casa e o Mário Ribeiro absorvem a maior carga de leitos críticos e de alta rotatividade (cirúrgicos e UTI), o Clemente de Faria e o Aroldo Tourinho mantêm proporção maior de leitos clínicos em relação ao seu total, desempenhando papel fundamental na retaguarda de cuidados prolongados e na saúde mental. O Hospital Dilson Godinho reafirma sua vocação especializada com 45% de seus leitos voltados para a área cirúrgica.

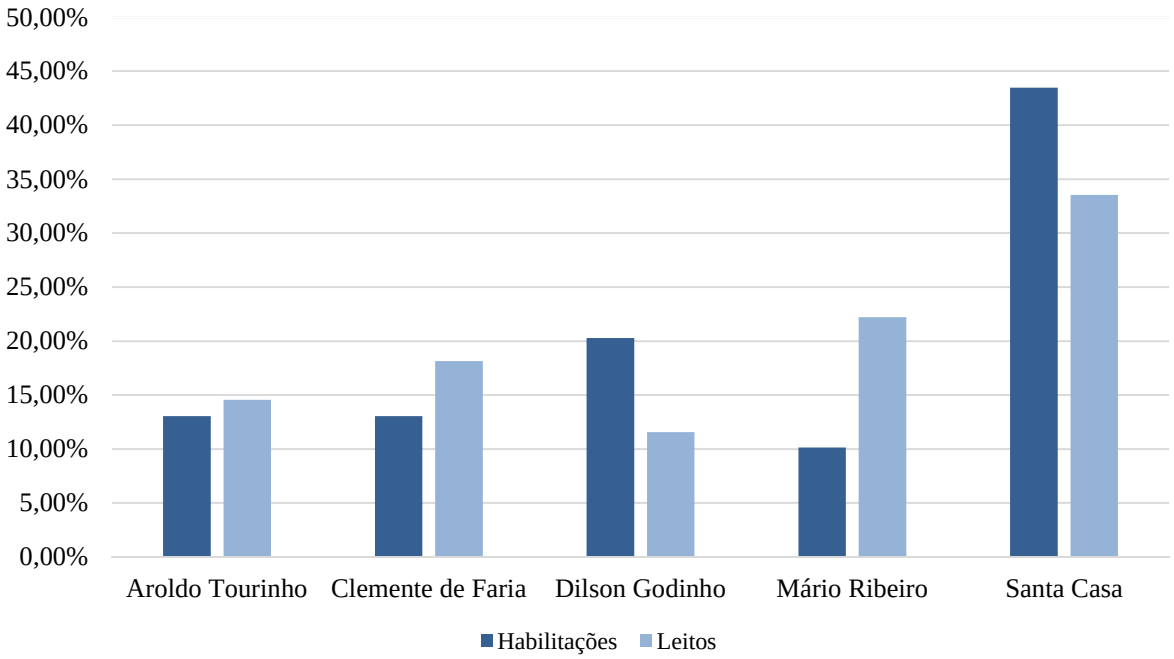
Embora a análise da concentração de habilitações e a distribuição dos leitos hospitalares expliquem, por si, a robustez da rede de Montes Claros, é importante comparar essas variáveis, visando construir um parâmetro de análise da densidade tecnológica. Nesse contexto, a comparação entre a participação percentual de leitos e a concentração de habilitações específicas revela uma assimetria estrutural na rede assistencial de Montes Claros.

Nessa perspectiva, a Santa Casa e o Hospital Dilson Godinho apresentam as maiores distorções negativas da rede, de -9,95 e -8,73, respectivamente. Esse dado é significativo, porque demonstra que essas instituições concentram uma densidade tecnológica superior àquela que seria esperada com base em sua participação física na oferta de leitos. A Santa Casa consolida-se como o polo irradiador da rede, concentrando 43,5% das habilitações com apenas 33,5% dos leitos, enquanto o Dilson Godinho revela um perfil de alta especialização, operando como uma unidade enxuta de Alta Complexidade.

Com o objetivo de caracterizar a estrutura da rede hospitalar de Montes Claros, realizou-se uma análise descritiva da distribuição relativa dos leitos hospitalares e das

habilitações específicas registradas no CNES. Para cada hospital, calculou-se sua participação percentual no total de leitos da rede e, separadamente, sua participação no conjunto das habilitações específicas existentes. A comparação entre essas duas distribuições teve finalidade exclusivamente descritiva, permitindo identificar diferentes perfis de capacidade instalada e de densidade tecnológica entre os estabelecimentos, sem pressupor proporcionalidade entre essas dimensões nem constituir medida de desempenho hospitalar.

Gráfico 1 – Distribuição relativa dos leitos hospitalares e das habilitações específicas dos hospitais contratualizados de Montes Claros–MG (2022–2024).



Fonte: Elaborado pelo autor (2026), com base em dados do DATASUS/CNES (2022-2024).

A comparação entre a participação relativa dos leitos hospitalares e das habilitações específicas evidencia a heterogeneidade estrutural da rede hospitalar de Montes Claros. Observa-se que a distribuição da capacidade física não reproduz, necessariamente, a distribuição da capacidade tecnológica, indicando diferentes vocações assistenciais entre os hospitais contratualizados.

A Santa Casa permanece como o principal estabelecimento da rede, concentrando aproximadamente 43,5% das habilitações específicas e 33,5% dos leitos hospitalares, o que demonstra elevada densidade tecnológica associada à sua condição de hospital de alta complexidade e referência macrorregional. Situação semelhante, embora em menor magnitude, é observada no Hospital Dilson Godinho, cuja participação nas habilitações supera

sua participação relativa em leitos, sugerindo perfil assistencial mais especializado e maior concentração de serviços de média e alta complexidade.

Em sentido oposto, o Hospital Mário Ribeiro apresenta participação proporcionalmente mais elevada na oferta de leitos do que no conjunto das habilitações específicas, indicando atuação predominantemente voltada para a ampliação da capacidade física da rede. O Hospital Clemente de Faria apresenta comportamento intermediário, enquanto o Hospital Aroldo Tourinho demonstra distribuição relativamente equilibrada entre ambas as dimensões.

Esses resultados reforçam que a organização da rede hospitalar é marcada por diferentes perfis institucionais, nos quais a disponibilidade de leitos e a oferta de serviços especializados representam dimensões complementares, porém não equivalentes, da capacidade assistencial. Essa heterogeneidade constitui elemento fundamental para a adequada interpretação dos indicadores de desempenho apresentados nas seções subsequentes.

4.2 Dinâmica operacional e governança dialógica nas atas de monitoramento

A análise de conteúdo evidenciou cinco categorias temáticas mutuamente excludentes, que foram desenhadas a partir de critérios semânticos e pragmáticos: Ajuste Técnico-Metodológico, Pactuação de Desempenho, Contextualização Assistencial, Complexidade e Casuística e Validação de Conformidade. Esse agrupamento permitiu converter o conteúdo registrado nas atas em dados sistematizados. Assim, foi possível mensurar a frequência de termos técnicos e a representatividade de cada categoria analisada.

Desse modo, foi identificado o conflito latente entre os dados oficiais de faturamento observados no DataSUS e as informações internas das instituições, bem como a existência de estratégias defensivas dos prestadores frente aos limites de sua governabilidade. Observa-se que a comissão opera um ajuste discricionário dos parâmetros contratuais ao acolher as justificativas apresentadas pelos hospitais diante dos gargalos crônicos do SUS. Esse processo de aceitabilidade técnica funciona como um mecanismo de calibração que readequa as metas originalmente pactuadas à realidade prática do território. Isso reduz o peso punitivo do imperativo financeiro nos julgamentos de deferimento e conformidade institucional. Por fim, a partir das evidências sistematizadas, percebe-se a atuação estratégica dos participantes da CAC ao propor o refinamento estrutural dos relatórios, visando ao aprimoramento da transparência.

Para facilitar a compreensão dos resultados da análise de conteúdo à qual as atas foram submetidas, as subseções seguintes apresentam as informações obtidas conforme a categorização adotada, com base no agrupamento dos registros ou intervenções realizadas pelos membros da CAC. A identidade dos prestadores correspondentes aos trechos analisados será preservada, mantendo-se apenas as citações para fins de análise conjuntural.

4.2.1 Ajuste técnico e metodológico para o saneamento das divergências de dados

As citações agrupadas na categoria Ajuste Técnico-Metodológico correspondem ao esforço analítico de saneamento de divergências e correção de assimetrias entre os sistemas de informação. Ela envolve os resultados da conferência cruzada entre a plataforma oficial (DataSUS/TabWin) e registros internos da instituição, como prontuários físicos, censos hospitalares e *software* de gestão hospitalar. Além disso, abarca adequações aritméticas, retificações de faturamento de AIH e retirada de casos não pertinentes ao objeto ou ao período de análise, como óbitos inevitáveis (fetais e de pacientes em estado terminal), para refletir a produção e o desempenho reais.

Selecionou-se uma amostra de trechos extraídos das atas das reuniões que demonstram a importância dessa categoria para a análise da operabilidade da CAC e do monitoramento dos indicadores do contrato:

> *"[...] ao confrontar o resultado encontrado no TabWin com os dados secundários de censos e relatórios de visitas técnicas [...] há uma divergência significativa".*
>
> *"[...] foi então necessário revisar todo arquivo físico da média complexidade e alguns da alta complexidade, dada a divergência entre esse e o arquivo eletrônico".*
>
> *"[...] a instituição contabilizou 157 leitos, porém, não foram retirados os 11 leitos COVID, conforme acordado".*
>
> *"Problema interno no faturamento dos prontuários dos pacientes de terapia intensiva, em que pode se observar uma divergência dos dados".*
>
> *"[...] dos óbitos ocorridos no mês de dezembro, devem se excluir da taxa de mortalidade os óbitos fetais por se tratarem de óbitos não evitáveis".*

A análise desta categoria evidencia que o monitoramento contratual opera, primariamente, como uma auditoria de governança de dados. Isso indica que, antes de avaliar o mérito assistencial qualitativo, a CAC atua como um filtro corretivo para o ruído estatístico gerado pela fragmentação dos registros. Ademais, os registros sugerem que a complexidade

do processo de análise impõe desafios à aplicação sistemática de todos os filtros necessários à validação dos dados.

Ainda assim, as citações referentes à revisão de arquivos físicos *versus* eletrônicos e aos gargalos internos de faturamento revelam fragilidades na interoperabilidade tecnológica dos hospitais. Essa constatação sugere que os indicadores não alcançados, nesses cenários, refletem limitações na captação de dados, o que pode resultar na subnotificação do desempenho clínico real.

Embora o sistema TabWin seja imposto como a principal âncora para tabulação de dados pelo ente gestor, as atas documentam frequentes divergências entre os dados tabulados e a dinâmica operacional das instituições. Esse aspecto consome o capital intelectual da comissão, que emprega o tempo da reunião na correção de divergências informacionais em vez de focar a discussão na formulação e/ou no acompanhamento de planos de ação voltados à melhoria assistencial.

Da mesma forma, a exclusão de óbitos fetais da taxa de mortalidade demonstra um refinamento técnico pela comissão. Isso evidencia que indicadores brutos de mortalidade ou tempo de permanência punem matematicamente os hospitais que absorvem a Alta Complexidade, porque a inevitabilidade da assistência impõe a manutenção de internações sujeitas à extrapolação da permanência pactuada ou à evolução para o óbito. Ao permitir o expurgo de óbitos definidos como não evitáveis ou em estado terminal, a avaliação tenta isolar o dado que realmente importa para a gestão em saúde, ou seja, aquela informação que indica falhas assistenciais preveníveis. Esse ajuste torna o indicador mais equânime e fidedigno ao esforço da equipe médica.

Desse modo, além dos aspectos apontados, esta categoria revela o reflexo da imaturidade da transformação digital na região. O elevado volume de correções manuais retrospectivas indica que o modelo atual de avaliação possui caráter reativo, revelando fragilidades estruturais no sistema de saúde e impondo certa passividade da gestão municipal em relação à execução dos serviços hospitalares. As medidas corretivas tendem a ser adotadas apenas após a identificação de falhas que culminam no descumprimento contratual, reduzindo o potencial preventivo da atuação gestora.

4.2.2 Autonomia da CAC na pactuação do desempenho institucional

A categoria Pactuação e Desempenho apresenta a essência deliberativa e o exercício do poder administrativo da CAC. Nela estão agrupadas as unidades de registro que

evidenciam o momento culminante do ciclo de monitoramento, constituído pelo julgamento formal sobre os escores qualitativo e quantitativo alcançados pelos hospitais. Mais do que uma simples demonstração da conferência de metas, esta categoria traduz um espaço de negociação institucional baseado nos dados técnicos e nas justificativas apresentadas. Esse movimento decisório resulta no deferimento, no indeferimento, na majoração ou na redução de pontuação.

A importância desta categoria está no seu impacto direto na sustentabilidade econômica dos hospitais que compõem a rede municipal, pois é nesse núcleo temático que se define a viabilidade da execução financeira do contrato de prestação de serviços. A análise das atas demonstra que o resultado das discussões não decorre de uma aplicação estrita da matemática. Ao contrário, ele reflete o produto de consensos colegiados que consideram o grau de governabilidade da instituição sobre as falhas apresentadas.

As atas evidenciam o uso recorrente de verbos de resolução formal, como “manter”, “deferir”, “aumentar” ou “indeferir”, consolidando o papel da comissão como um fórum de repactuação continuada. Essas expressões verbais extraídas das reuniões ilustram a dinâmica decisória que regula o pagamento dos recursos reservados à parte pós-fixada da média complexidade (10%), confirmando que a avaliação de desempenho no município de Montes Claros se baseia em evidências e deliberação colegiada.

Entre as unidades de registro detectadas que se enquadram nessa categoria, selecionou-se uma amostra das expressões mais utilizadas, as quais ilustram o processo de negociação dos resultados e a tomada de decisão quanto ao desempenho do hospital no quadrimestre:

> *“[...] a Comissão de Acompanhamento da Contratualização decide deferir o indicador e o escore que era de 4 pontos passará para 8 pontos”.*
>
> *“[...] ambos os indicadores são indeferidos pela Comissão e permanecem com a pontuação apresentada no relatório”.*
>
> *“[...] comunicou deferimento parcialmente do indicador Taxa de mortalidade”.*
>
> *“[...] ficou definido MANTER o escore do indicador: Percentual de cumprimento da escala de plantões”.*
>
> *“DEFERIR em sua totalidade os indicadores: Taxa de mortalidade institucional (10/10), Taxa de Ocupação dos Leitos de UTI Adulto (10/10)”.*
>
> *“Ao fim, o prestador passa a atingir na competência onde receberá o valor integral previsto em contrato”.*

A análise dos termos técnicos das atas demonstra que a atuação da CAC não se limita à homologação burocrática dos resultados do faturamento hospitalar. Isso se explica pela presença de verbos diretivos conjugados em resoluções ativas, como “deferir”, “indeferir” e “manter”, além de expressões decisórias modificadoras de desempenho, como “o escore passará”, o que revela que o processo de monitoramento dos indicadores confere à comissão o poder discricionário de reconfigurar o desfecho financeiro da competência avaliada.

Essa flexibilidade aritmética, materializada em decisões como a reclassificação de escores, atesta que o modelo local opera sob a lógica da regulação contratual contínua. O cálculo por trás do indicador, muitas vezes insuficiente para capturar a complexidade clínica ou as limitações estruturais da rede, é submetida a um crivo qualitativo posterior. Ao deliberar por “deferimentos parciais” ou “em sua totalidade”, o colegiado atua no ajuste do rigor imposto à pactuação, inserindo as contingências concretas enfrentadas pelos prestadores nos parâmetros de análise e decisão. Isso sinaliza que as metas estabelecidas no contrato servem à estruturação da rede, e não à sua prerrogativa punitiva.

Desse modo, a unidade de registro que decreta que “*o prestador passa a atingir a competência onde receberá o valor integral”* encapsula a finalidade última desta categoria, pois o processo de negociação e reavaliação de escores não é um fim em si. Trata-se de um mecanismo legalmente constituído para assegurar que fatores exógenos não interfiram na liquidez da parcela pós-fixada (10%), componente essencial à sustentabilidade dos hospitais.

Conclui-se, portanto, em relação a esta categoria, que a pactuação de desempenho não encerra o contrato, mas funciona como uma retroalimentação, utilizando o julgamento das evidências como ferramenta para manter o equilíbrio econômico-financeiro dos estabelecimentos contratados, bem como para pactuar medidas mitigadoras das inconsistências encontradas nos relatórios e promover a busca pela qualificação da gestão.

4.2.3 A realidade operacional hospitalar por meio da contextualização assistencial

Esta categoria concentra as unidades de registro que materializam as defesas operacionais e clínicas elaboradas pelos prestadores de serviço durante o processo de avaliação. Sua importância reside em ser o eixo analítico que desloca a discussão do campo puramente aritmético para a incorporação do contexto hospitalar na apreciação da CAC.

Nos documentos analisados, esta categoria se configura como o espaço no qual os prestadores de serviço apresentam as justificativas que podem explicar as divergências de dados e os fatores externos alheios à governabilidade do prestador que interferem nos

resultados das metas. Essa contextualização ocorre por meio do detalhamento de elementos crônicos e agudos, como a transição de sistemas de informação, o perfil clínico dos pacientes, os gargalos na cadeia de suprimentos e a imprevisibilidade inerente à gestão de recursos humanos.

Sua relevância está na demonstração da função mediadora da CAC entre o rigor dos indicadores pactuados e a complexidade da assistência executada no SUS. Por meio desse processo, os hospitais evidenciam os limites de sua governabilidade sobre o desfecho contratual.

Sob essa perspectiva, as atas revelam que as instituições utilizam esse espaço para demonstrar que a métrica quantitativa, se analisada de forma isolada, pode penalizar injustamente os hospitais, especialmente diante de falhas estruturais da rede, como a falta de insumos no mercado ou a escassez de especialistas para compor as escalas de plantão.

As expressões extraídas e agrupadas nesse núcleo ilustram o esforço contínuo dos prestadores em converter os desafios da assistência médica em linguagem gerencial, fornecendo ao ente municipal o substrato qualitativo necessário para que a repactuação financeira ocorra com base na realidade local:

> *"[...] o cenário que a instituição vivenciou desde julho de 2024 com a implantação de um novo sistema de gestão hospitalar, interferiu na apuração dos dados e está em fase de ajustes".*
>
> *"[...] os pacientes em cuidados paliativos afetam o resultado do indicador e, portanto, a Comissão compreende que a exclusão é justificativa pertinente".*
>
> *"[...] a vacância de plantões na escala de pediatria justifica o indeferimento".*
>
> *"[...] o encerramento de 252 contratos técnico-administrativos na instituição, teve grande impacto no resultado da instituição".*
>
> *"Morosidade na disponibilização de materiais por parte do fornecedor, interferiu no resultado das cirurgias eletivas".*
>
> *"[...] a mudança da clínica médica para UTI também interfere no faturamento, pois antes havia alta administrativa com 30 dias e hoje não ocorre mais".*
>
> *"[...] a instituição estava internando os pacientes em leito de UTI sem o perfil clínico para esta tipologia".*

A análise das citações que compõem esta categoria possibilita traçar conclusões sobre a governança em saúde no âmbito da CAC, sobretudo sobre a forma como os dados são avaliados à luz do contexto institucional dos estabelecimentos contratados, atrelado a fatores gerenciais e administrativos que interferem nos resultados. Isso fica mais evidente quando

comparados os registros desta categoria com a anterior, Pactuação e Desempenho, revelando a dinâmica pela qual a CAC conecta os resultados matemáticos com os aspectos qualitativos.

Por um lado, o cruzamento entre as justificativas apresentadas e os vereditos proferidos revela que a CAC atua como um termômetro da governabilidade hospitalar, em se tratando da avaliação dos indicadores dos contratos. A flexibilização em relação ao resultado das metas, exemplificada na majoração de notas ou na concessão do seu deferimento total, ocorre em maior parte quando o hospital comprova que o déficit no indicador foi causado por pressões exógenas ou sistêmicas.

Destaca-se, a partir da análise, que o acatamento de argumentos como o impacto de pacientes em cuidados paliativos, a morosidade de fornecedores externos, demissões em massa, caracterizada pelo encerramento de 252 contratos técnicos em um dos estabelecimentos, ou a transição para um novo sistema demonstra que a CAC compreende a contratualização como um processo dinâmico e contínuo, o que o torna vulnerável às crises micro e macroeconômicas, além de eventos de natureza epidemiológica. Nesses cenários, a pactuação atua como uma válvula de escape para proteger o contrato, o que resulta no impedimento da descapitalização de instituições e evita a desassistência.

Por outro lado, as decisões de indeferimento delineiam uma fronteira da tolerância administrativa, uma vez que, quando as falhas recaem sobre a gestão clínica interna ou sobre a desassistência direta, como nos casos de vacância prolongada na escala de plantões da pediatria ou da alocação indevida de pacientes em leitos de UTI sem o perfil clínico exigido, cabe à CAC assumir seu papel de fiscalizadora da execução contratual de maneira mais rigorosa. Nessas situações, indeferir as justificativas apresentadas sinaliza para os estabelecimentos a necessidade de implementar medidas para corrigir ineficiências gerenciais diretas e quebra de protocolos de segurança do paciente. Isso garante que o recurso público destinado ao pós-fixado não subsidie falhas estruturais de gestão sob governabilidade estrita do hospital.

Em síntese, conclui-se que o processo de Pactuação e Desempenho documentado nas atas reflete um modelo de regulação solidária, porém balizada e bem delimitada. Diante disso, percebe-se que a matemática aplicada à avaliação do contrato não é cega à realidade do SUS, nem mesmo aos aspectos de cunho gerencial e de governança. Ao contrário, ela serve como instrumento de interpretação dos resultados que fazem parte de um contexto multifatorial.

Ademais, em vez de aplicar glosas automáticas, balizadas pela frieza dos resultados numéricos, o ente municipal e os hospitais utilizam o espaço da CAC para promover um equilíbrio constante, que envolve garantir a assistência à população e proteger o custeio das

ações das instituições contratadas contra os fatores inevitáveis. Ao mesmo tempo, impõe-se uma trava financeira de caráter punitivo para situações decorrentes de falhas administrativas injustificáveis.

4.2.4 Complexidade e a casuística como determinantes exógenos da assistência

Analisar complexidade e casuística é imprescindível para avaliar o desempenho hospitalar, tendo em vista que torna possível identificar as causas subjacentes aos descumprimentos de metas. Nesse contexto, é importante evidenciar os fatores exógenos, como a judicialização e a regulação compulsória, dado que esses determinantes interferem no alcance dos resultados, fogem à governabilidade da instituição e refletem falhas estruturais da própria rede de

Por isso, essa categoria abriga as unidades de registro que capturam o impacto direto dos determinantes exógenos e das demandas de alta densidade tecnológica sobre o cumprimento das metas. Enquanto a contextualização assistencial trata dos desafios operacionais internos do hospital, como escalas e sistemas, esta categoria mapeia os fenômenos externos que sobrecarregam a capacidade instalada e distorcem os indicadores de qualidade. Sua importância consiste na capacidade de evidenciar que os hospitais da macrorregião operam, por vezes, além do escopo previsível.

Nas atas da CAC analisadas, ela se materializa nos relatos sobre a superlotação gerada pela judicialização da saúde, na pressão compulsória das centrais estaduais de regulação e na absorção de pacientes críticos que exigem permanência hospitalar muito superior aos parâmetros estipulados nos protocolos assistenciais. As unidades de registro capturadas das atas demonstram as dificuldades enfrentadas pelos prestadores em relação à complexidade da atenção e à descrição de casos que apontam para as dificuldades para cumprir os indicadores:

> *“Sobrecarga que a instituição tem enfrentado com os pacientes oncológicos da especialidade de cirurgia cabeça e pescoço (CCP), por ser a única a estar atendendo essa especialidade”.*
>
> *“[...] o paciente em estado crítico chega a instituição em 'vaga zero', aumentando assim o índice de mortalidade da instituição”.*
>
> *“[...] internações sociais (pacientes que estavam em processo de judicialização) são considerados moradores do hospital”.*
>
> *“[...] a suspensão das cirurgias eletivas tem se dado devido à dificuldade de fornecimento de medicamentos, como a atropina e a efedrina”.*

> *"[...] o paciente veio dirigindo do estado da Bahia e foi atendido na instituição, porém após o tempo da janela terapêutica".*
>
> *"[...] o não atendimento pelo outro prestador oncológico de pacientes classificados em caráter de urgência relacionada à necessidade de traqueostomia e demais procedimentos".*

Como pôde ser visto, os trechos categorizados nesta subseção revelam como os prestadores de serviços estão sujeitos a certa vulnerabilidade frente a variáveis que dificultam o alcance das metas, como o ingresso de pacientes em vaga zero[6] ou a admissão de casos fora da janela terapêutica oriundos de outro Estado. Essas citações caracterizam a tensão entre o teto financeiro pactuado e o dever constitucional de prover assistência aos casos mais graves. Essa categoria evidencia as pressões enfrentadas pela rede local. Consequentemente, esta análise consolida o entendimento de que o desempenho hospitalar não pode ser aferido de forma isolada do ecossistema de saúde. Ao mesmo tempo em que o ajuste técnico-metodológico atua na correção do ruído estatístico entre sistemas e a contextualização assistencial justifica as fricções operacionais de natureza interna, esta categoria revela a vulnerabilidade das instituições frente às falhas estruturais da própria rede.

Diferentemente das categorias anteriores, que tratam de variáveis com certa margem de controle gerencial, como a escolha de sistemas de gestão ou escalas de plantão, a categoria "complexidade e casuística" mapeia fenômenos que fogem à governabilidade hospitalar. Um exemplo disso é a incidência de pacientes em vaga zero, uma vez que a instituição é compelida a absorver casos críticos e terminais, que invariavelmente resultam na elevação da mortalidade.

Atrelado a isso, as unidades de registro evidenciam que os hospitais funcionam como polos de amortecimento de carências regionais e até interestaduais. O relato do paciente oriundo da Bahia, que chega fora da janela terapêutica, somado à sobrecarga em especialidades como Cirurgia de Cabeça e Pescoço, em que uma única instituição sustenta a demanda regional, demonstra que o cumprimento de metas é frequentemente sacrificado.

Outro fenômeno que merece atenção é o das internações sociais, impulsionado pela judicialização da saúde. Ele transforma leitos hospitalares em moradias provisórias, paralisa a rotatividade necessária, compromete a mão de obra existente e aumenta o gasto com insumos alheios à assistência hospitalar. Somado a isso, a fragilidade da cadeia de suprimentos,

---

[6] Conforme a Resolução CFM nº 2.077/2014, a vaga zero é uma medida emergencial que obriga os hospitais integrantes da rede de urgência e emergência a aceitar pacientes em risco iminente de morte, mesmo em face da indisponibilidade de leitos. Deve ser encarada como um mecanismo de exceção, garantido por lei, focado na necessidade de aparato tecnológico detido por alguns estabelecimentos.

evidenciada pela falta de fármacos básicos como atropina e efedrina, comprova que a execução das cirurgias eletivas está, por vezes, à mercê de instabilidades de mercado.

Em síntese, a categoria Complexidade e Casuística apresenta fundamentos para a flexibilização e repactuação no âmbito da contratualização, afastando o caráter de rigidez burocrática da administração pública, ao reconhecer que o resultado real muitas vezes foge à governabilidade da instituição. Todavia, não se pode atribuir a esse fator a totalidade das justificativas para o descumprimento das metas, uma vez que, como foi demonstrado anteriormente, existe uma fronteira de tolerância inerente à atuação da CAC e, com base nela, é notório que as análises são rigorosas no sentido de avaliar e acatar essas justificativas.

4.2.5 Consolidação dos resultados por meio da validação da conformidade

Nesta categoria, foram agrupadas as unidades de registro que refletem a etapa derradeira e formal do ciclo de monitoramento, ou seja, representam a instância em que as discussões qualitativas e os ajustes técnicos se consolidam em indicadores quantitativos finais. Esta dimensão analítica sintetiza o desempenho global de cada estabelecimento de saúde, traduzindo o esforço assistencial e as negociações em escores e taxas percentuais de execução.

A função primordial da etapa de consolidação é verificar a conformidade dos indicadores avaliados no quadrimestre com as metas estabelecidas no contrato, operando como o mecanismo técnico que autoriza o fluxo financeiro para os prestadores, mesmo que esteja vinculado apenas à parte pós-fixada do valor referente aos serviços de média complexidade.

Diferentemente das categorias que exploram as causas e os contextos dos possíveis desvios, nesta categoria, o foco se mantém na conclusão objetiva do pacto. Pode-se afirmar que esta etapa estabelece a linha divisória entre o pagamento integral dos recursos e a aplicação de glosas ou descontos contratuais baseados no desempenho.

Nas atas analisadas, esta categoria se manifesta por meio de declarações conclusivas que encerram o processo avaliativo, consolidando a percepção da CAC sobre a eficácia do serviço prestado em conformidade com as metas originalmente pactuadas ou administrativamente recalibradas. Como exemplos de unidades de registro, destacam-se os seguintes trechos:

> *“[...] o resultado final da análise dos Indicadores Qualitativos [...] foi de 131/145 pontos, representando 90% de cumprimento das metas propostas”.*

> *"[...] o prestador atingiu no quadrimestre a média de execução de 97,39%".*
>
> *"[...] a instituição alcançou 153 pontos e 87,42% da média de execução".*
>
> *"[...] a taxa média de execução dos indicadores contratualizados é de 93,33%, não havendo descontos dos valores".*
>
> *"[...] a instituição hospitalar atingiu dessa forma, 83 pontos, o que representa 92,22% de execução dos indicadores contratualizados".*

A análise final da categoria validação de conformidade permite concluir que o ciclo de monitoramento não é um ato meramente matemático, já que representa a formalização de um percurso analítico-negocial, desenvolvido estrategicamente ao longo das demais dimensões categorizadas. Os resultados finais são demonstrados em percentuais porque deixam de ser dados brutos e passam a representar o veredito institucional sobre a eficácia do estabelecimento. Dessa forma, o cumprimento das metas propostas é, na verdade, um resultado calibrado pela realidade da rede de saúde local, e não uma aplicação fria do rigor contratual.

Do ponto de vista da economia política da saúde, essa categoria atua como o gatilho de liquidez para as instituições. As declarações de que "*não haverá descontos dos valores*" ou de que o prestador "*receberá o valor integral previsto*" confirmam que os resultados alcançados foram submetidos à metodologia de avaliação da CAC e considerados homologados, a ponto de garantir a sustentabilidade financeira das instituições, desde que atingido o patamar mínimo pactuado.

A categoria Validação de Conformidade assevera, portanto, a segurança jurídica necessária para o repasse da parcela pós-fixada de 10%, encerrando o rito administrativo com a chancela de que o serviço foi prestado nos limites da governabilidade aceitável, conforme pactuado entre as partes. Isso implica que, enquanto as categorias anteriores discutem os porquês do desempenho, essa categoria fixa o quanto o município irá remunerar o esforço assistencial dos prestadores.

4.2.6 Análise de frequência de palavras nas atas de monitoramento da CAC

A dimensão quantitativa desta análise de conteúdo revela os núcleos de sentido que estruturam o discurso da CAC no município de Montes Claros. Essa sistematização léxica de todos os quadrimestres avaliados entre 2022 e 2024 demonstra uma hegemonia de termos

administrativos e financeiros sobre os estritamente clínicos, refletindo a natureza fiscalizatória e regulatória do Secretaria Municipal de Saúde.

Desse modo, a distribuição volumétrica apresentada na Tabela 6 mapeia a densidade do discurso institucional em cada estabelecimento de saúde ao longo do período avaliado, permitindo comparar como os temas de gestão, assistência e faturamento são priorizados entre os diferentes prestadores. Essa sistematização evidencia o caráter predominantemente técnico e fiscalizador das deliberações, ao mesmo tempo em que aponta assimetrias na densidade dos registros entre as instituições. Essa variabilidade permitiu compreender se o foco da comissão recai predominantemente sobre o desfecho assistencial dos pacientes ou sobre a regulação financeira do contrato.

Tabela 6 – Frequência dos principais termos técnicos e administrativos identificados nas atas da CAC (Montes Claros, 2022-2024)

Termo (Palavra)	Aroldo Tourinho	Mário Ribeiro	Dilson Godinho	Clemente de Faria	Santa Casa	Total
Indicador(es)	45	42	71	53	59	270
Leito(s)	12	21	13	28	24	98
Ocupação	11	22	16	17	25	91
Meta(s)	24	7	21	20	16	88
Instituição / Hospital	10	9	17	16	25	77
Pontos	12	7	14	10	13	56
Paciente(s)	0	1	7	7	41	56
Mortalidade	14	13	13	1	7	48
Relatório	8	9	14	7	9	47
Permanência	1	10	16	6	13	46
Reunião	9	7	12	7	8	43
Dados / TabWin	9	4	16	3	10	42
Comissão	7	7	10	7	7	38
Contratualização	6	7	8	8	6	35
Execução	6	7	6	6	7	32
Resultado(s)	4	4	16	2	2	28
Saúde	5	5	5	7	5	27
Faturamento	2	0	11	3	1	17
Atendimento(s)	0	0	8	0	8	16
Avaliação	3	2	4	2	2	13
Total	**178**	**184**	**305**	**210**	**293**	**1170**

Fonte: Elaborado pelo autor (2026), com base nos resultados da análise de conteúdo das atas de monitoramento (2022-2024).
Nota 1: Os dados foram submetidos ao processo de lematização, agrupando variações morfológicas de mesma raiz vocabular.
Nota 2: Foram excluídas palavras funcionais sem carga semântica (artigos, preposições e conectivos) para garantir a exaustividade da análise temática.

O termo “indicador” é, isoladamente, a unidade de registro mais frequente (n=270). Sua predominância em todos os hospitais, com destaque para o Dilson Godinho (n=71), seguido da Santa Casa e do Clemente de Faria (n=59, 53, respectivamente), confirma que as

reuniões são rigidamente pautadas pelo monitoramento do rol de indicadores da contratualização. Somado aos termos “meta” (n=88), “pontos” (n=56), “relatório” (n=47), “contratualização” (n=35), “execução” (n=32) e “resultado(s)” (n=28), esse conjunto de palavras demonstra o caráter finalístico da CAC, voltado ao cumprimento de metas estabelecidas e corresponde a 47,52% do total de termos identificados.

Contudo, o agrupamento dos termos “leito” (n=98), “ocupação” (n=91) e “permanência” (n=46), que totaliza 235 ocorrências (20,08%), consolida-se como o segundo grande núcleo temático. A predominância desses termos sugere que a principal preocupação da comissão, após o cumprimento formal de metas, são a rotatividade e a otimização da capacidade instalada. O Hospital Universitário Clemente de Faria se destaca nesse núcleo, uma vez que apresenta alta frequência de ocorrência do termo “leito” (n=28), refletindo as discussões recorrentes sobre tipologia e faturamento de diárias.

As 42 menções aos termos “dados” e “TabWin” concentram-se majoritariamente no Hospital Dilson Godinho (n=16) e na Santa Casa (n=10), ligando-os à categoria analítica de Ajuste Técnico-Metodológico. Nessas instituições, o debate sobre as divergências identificadas na comparação entre os relatórios apresentados pelas equipes das instituições e os dados da Secretaria Municipal de Saúde é mais acirrado, o que exige maior esforço de saneamento pela comissão.

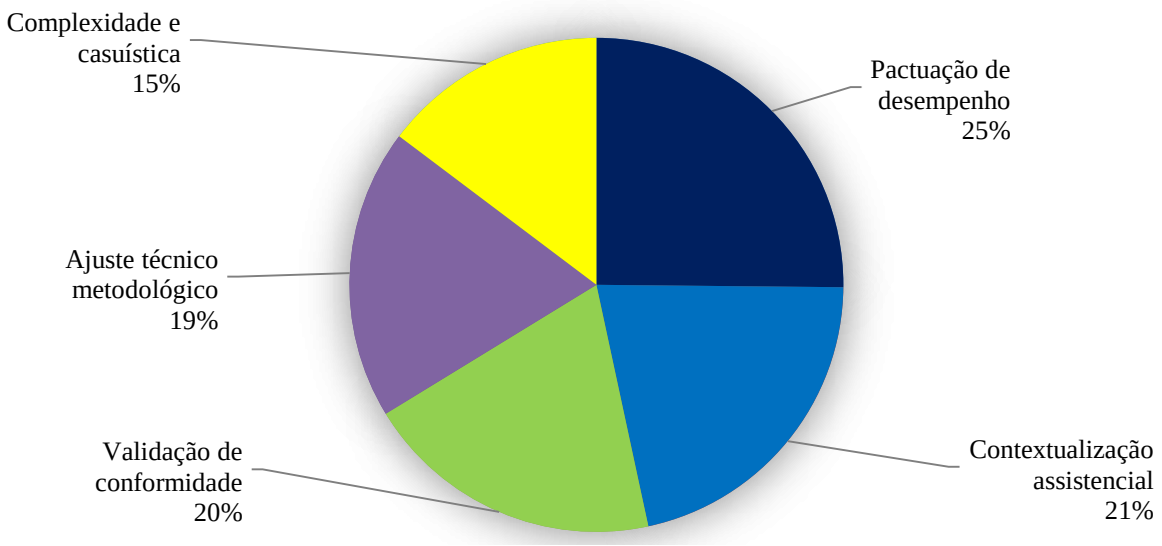
Destaca-se que o hospital com maior volume de termos levantados é o Dilson Godinho (n=305), o qual apresenta as discussões mais complexas em torno de “faturamento” e “resultados” quando comparadas às dos demais hospitais, seguido da Santa Casa (n=293). Assim, pode-se inferir que a alta densidade de registros está relacionada à complexidade da assistência prestada nesses estabelecimentos, sobretudo porque, como demonstrado, ambos estão classificados como de alta qualificação técnica e operação no limite da capacidade.

Um dado atípico e relevante é a distribuição do termo “paciente”. Enquanto em hospitais como o Aroldo Tourinho sua frequência é nula nas tabelas de termos técnicos, na Santa Casa ele atinge 41 ocorrências. As atas dessa instituição possuem caráter mais narrativo e centrado no desfecho clínico, detalhando casos específicos de cuidados paliativos ou mortalidade, em vez de se limitarem aos escores numéricos.

A distribuição das unidades de registro entre as categorias temáticas, apresentada na Gráfico 2, revela uma predominância de natureza administrativa e deliberativa sobre o desempenho hospitalar. A categoria Pactuação de Desempenho lidera a representatividade com aproximadamente 25,15%, o que consolida o papel da comissão como instância julgadora dos indicadores para fins de repasse financeiro. Em seguida, a Contextualização

Assistencial aparece com 21,47%, indicando que cerca de um quarto do esforço documentado é dedicado às justificativas sobre desvios clínicos e operacionais que fogem ao controle direto da gestão hospitalar. Essas duas categorias somadas representam quase metade dos registros qualitativos (46,62%), confirmando que o processo avaliativo é, essencialmente, uma negociação entre as metas pactuadas e a realidade clínica das instituições.

Gráfico 2 – Distribuição das categorias temáticas da Análise de Conteúdo das atas da CAC (Montes Claros, 2022-2024)



Fonte: Elaborado pelo autor (2026) com base na Análise de Conteúdo (Bardin, 2016) de 35 atas de reunião da CAC
Nota: As cinco categorias identificadas são mutuamente excludentes e baseadas em critérios semânticos e pragmáticos extraídos dos registros das reuniões.

As demais categorias, Validação de Conformidade (19,63%) e Ajuste Técnico-Metodológico (19,02%), apresentam pesos equivalentes, refletindo a necessidade burocrática de finalização dos resultados e de saneamento das informações oriundas das bases oficiais. Em contraste, a categoria Complexidade e Casuística apresenta a menor representatividade, com 14,72%, embora cumpra um papel estratégico ao documentar fatores externos.

Essa distribuição proporcional caracteriza um modelo de monitoramento que, embora centrado no cumprimento de metas, depende fortemente de um diálogo qualitativo denso para validar os escores quantitativos e assegurar a transparência na aplicação dos recursos públicos.

Assim, a conclusão central que emerge da distribuição proporcional entre as categorias, quando associada às etapas de análise, é que o modelo de monitoramento em Montes Claros transita de uma auditoria aritmética para uma governança negociada de

evidências. Essa constatação decorre da predominância das categorias de decisão e justificativa sobre as de conferência pura, o que indica que o resultado final da contratualização é moldado pela capacidade de demonstrar dos prestadores frente às falhas estruturais da rede.

Dessa forma, a integração entre as etapas do processo permite inferir que a distribuição quase equânime entre Pactuação de Desempenho (25,15%), Contextualização Assistencial (21,47%) e Ajuste Técnico-Metodológico (19,02%) revela um afunilamento da discussão até a tomada de decisão. Antes que um indicador seja validado na etapa final, ele atravessa dois filtros críticos: o saneamento de dados, representado pelo Ajuste Técnico-Metodológico, e a justificativa qualitativa, expressa pela Contextualização Assistencial. Essa dinâmica demonstra que o Índice de Cumprimento de Metas documentado na Validação de Conformidade (19,63%) não é um dado bruto, mas um valor previamente calibrado por negociações institucionais.

Nessa perspectiva, ocorre a subordinação do resultado numérico ao contexto clínico, ou seja, embora a categoria Complexidade e Casuística apresente a menor proporção (14,72%), ela exerce um papel de fundamentação jurídico-administrativa que interfere diretamente na flexibilização do contrato. Da mesma forma, o fato de as categorias de justificativa, compostas por Contextualização Assistencial e Complexidade e Casuística, somarem aproximadamente 36% demonstra que mais de um terço das discussões da comissão é dedicado à interpretação contextual dos resultados, contemplando desde questões operacionais internas até fatores externos, como a judicialização e a vaga zero.

Desse modo, conclui-se que a CAC reconhece que a eficiência hospitalar depende da estabilidade da rede SUS e utiliza a negociação para evitar que problemas exógenos resultem em punições financeiras indevidas aos prestadores, desde que as justificativas sejam consideradas tecnicamente aceitáveis. Em contrapartida, quando não há elementos que sustentem a influência de fatores exógenos, o descumprimento dos indicadores tende a ser associado a falhas de gestão e a problemas operacionais sob governabilidade da instituição.

Ademais, a análise da frequência de unidades de registro prova que a CAC é um órgão técnico-burocrático especializado. A baixa frequência de termos voltados à satisfação do usuário ou à humanização, em contraste com a altíssima incidência de “indicador”, “meta” e “pontos”, sugere que o modelo de contratualização em Montes Claros é focado na eficiência econômica e no equilíbrio financeiro do contrato.

Em relação à comparação da narrativa entre as atas, é importante destacar que foi notada uma disparidade na densidade descritiva, que pode comprometer a confiabilidade

primária do registro histórico da gestão municipal de saúde (fator limitante). Os documentos referentes à Santa Casa e ao Hospital Dilson Godinho apresentam um caráter narrativo amplo, englobando debates estratégicos, justificativas clínicas detalhadas e a participação ativa de múltiplos atores. Em franca oposição, os registros referentes às análises dos hospitais Aroldo Tourinho e Mário Ribeiro são marcadamente sintéticos, limitando-se à exposição aritmética de escores deferidos ou indeferidos, sem detalhar o contexto subjacente.

Essa assimetria metodológica gera um viés documental grave, pois mascara gargalos crônicos das instituições com atas resumidas e prejudica analiticamente os hospitais que adotam uma postura de transparência sobre suas falhas assistenciais. Sugere-se a adoção de um instrumento de registro semiestruturado, com campos de preenchimento obrigatório que garantam a isonomia no volume e na qualidade da informação coletada entre todos os prestadores.

Outra limitação identificada refere-se à existência de certa vulnerabilidade linguística no uso administrativo da palavra “deferir”. O termo é aplicado indistintamente a duas situações de naturezas opostas: a primeira reporta-se à validação de um indicador legitimamente alcançado pelo hospital e a outra, ao ato de acatar uma justificativa operacional para explicar uma meta não atingida, alterando administrativamente a nota. Em longo prazo, essa sobreposição semântica contamina a série histórica de desempenho contratual, visto que, ao não separar tecnicamente o resultado executado do resultado justificado, o município perde a capacidade de identificar declínios assistenciais mascarados por boas defesas retóricas nas reuniões da comissão.

Além disso, a atuação documentada da CAC possui uma orientação temporal estritamente voltada para a competência encerrada, evidenciando uma lacuna no estabelecimento de ciclos de melhoria prospectivos. As atas concentram-se no diagnóstico da não conformidade, porém, omitem a exigência de desdobramentos operacionais ou o relato de resultados de desdobramentos pactuados, caso existam. A ausência de informações referentes à adoção de metodologias de gestão fundamentais, como a definição formal de uma causa-raiz para os indeferimentos e a vinculação desses eventos a um Plano de Ação com prazos e responsáveis bem definidos, mantém a comissão em um estágio reativo. Sem essa formalização, as vulnerabilidades recorrentes arriscam receber justificativas cíclicas a cada quadrimestre, sem que haja uma resolução definitiva dos problemas identificados.

As discussões acerca de inconformidades em faturamentos, atrasos na digitação de AIH e conflitos entre bancos de dados internos e os oficiais tendem a desvirtuar a finalidade qualitativa da comissão. As atas indicam que muitas não conformidades derivam estritamente

de fluxos de dados incongruentes e não da ausência de assistência na ponta. A sugestão documentada de criação de um painel de monitoramento, aliada ao saneamento prévio de bases de dados antes do encontro colegiado, é uma alternativa tecnicamente viável. Essa iniciativa limitaria o retrabalho aritmético, reservando o capital intelectual da comissão para a formulação de estratégias assistenciais e para a análise do impacto direto na saúde do paciente.

Por fim, a constante necessidade de manobras de ajuste metodológico para excluir perfis específicos de pacientes, como cuidados paliativos, internações de curtíssima permanência e óbitos fetais, evidencia que as fichas técnicas dos indicadores estão descalibradas em relação à realidade da Alta Complexidade. A ausência de parâmetros preditivos para a ocorrência de óbitos no âmbito da oncologia e da assistência cardiovascular, ou para as internações sociais, exige atenção redobrada da comissão para a análise e discussão caso a caso.

Nessa perspectiva, a atualização formal dos instrumentos contratuais, introduzindo critérios de exclusão amostral diretos e matematicamente transparentes nos editais futuros, reduziria a carga de subjetividade nos julgamentos e proporcionaria maior segurança contratual, além de promover um ajuste no foco da gestão pública.

4.3 O desempenho da contratualização hospitalar na rede de Montes Claros - MG

Esta seção apresenta e discute os resultados obtidos a partir da análise descritiva dos indicadores de desempenho dos hospitais contratualizados da rede hospitalar de Montes Claros. A organização dos resultados busca evidenciar o comportamento dos indicadores ao longo do período analisado, permitindo identificar tendências, diferenças entre as instituições e o grau de cumprimento das metas estabelecidas nos instrumentos de contratualização.

A análise quantitativa fundamenta-se na estatística descritiva individualizada dos indicadores, possibilitando uma avaliação detalhada do desempenho assistencial e contratual dos hospitais. Essa abordagem permite examinar a evolução temporal de cada indicador, comparando os resultados observados com as metas pactuadas e evidenciando os padrões de desempenho das instituições.

Para facilitar a interpretação dos resultados, a análise foi organizada em três categorias temáticas de indicadores. A primeira contempla os indicadores de Eficácia Assistencial, que avaliam a capacidade dos hospitais em produzir resultados relacionados ao acesso, à resolutividade e ao uso eficiente dos recursos assistenciais. A segunda reúne os indicadores de

Qualidade, Segurança e Governança Assistencial, voltados à avaliação dos processos de cuidado, da segurança do paciente e da organização dos serviços hospitalares. Por fim, a terceira categoria compreende os indicadores de Desempenho Contratual e Cumprimento das Metas, destinada a mensurar o atingimento das metas físico-financeiras estabelecidas nos contratos, constituindo o principal instrumento de monitoramento da execução contratual.

Os resultados de cada indicador são apresentados por meio de gráficos de linha, nos quais o eixo horizontal representa o período analisado e o eixo vertical corresponde aos valores observados para cada indicador. Cada hospital é representado por uma linha específica, acompanhada de uma linha de referência correspondente à meta pactuada, permitindo visualizar a evolução do desempenho institucional, as oscilações ao longo do tempo e o grau de conformidade com os parâmetros estabelecidos pela gestão pública.

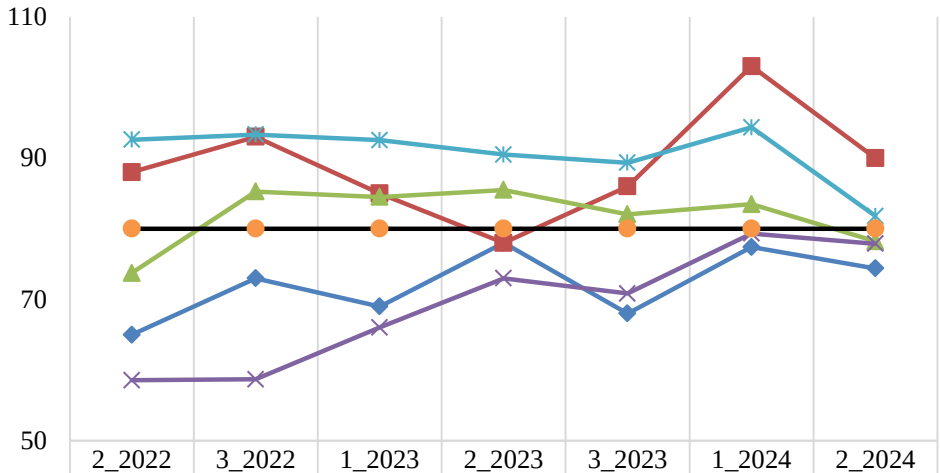
4.3.1 Análise dos indicadores de eficácia assistencial

Os indicadores de Eficácia Assistencial constituem um conjunto de medidas voltadas à avaliação da utilização da capacidade instalada e da utilização dos leitos de enfermaria e de UTI dos hospitais contratualizados. Nesta seção, são analisados quatro indicadores estratégicos: taxa de ocupação dos leitos hospitalares, tempo médio de permanência em leitos clínicos, tempo médio de permanência em leitos de clínica cirúrgica e taxa de ocupação dos leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI). A análise é apresentada por meio de séries temporais, permitindo comparar a evolução do desempenho das instituições entre 2022 e 2024 em relação às metas estabelecidas na contratualização, identificando padrões de comportamento, oscilações e diferenças entre os hospitais da rede de Montes Claros (MG).

A série apresentada no Gráfico 3 revela uma divisão comportamental na rede, na qual três instituições operam com registros predominantemente superiores à linha de referência, enquanto outras duas unidades transitam em faixas de valores inferiores à meta estipulada. Observa-se uma dispersão contínua das métricas, sem convergência unificada para a meta, evidenciando heterogeneidade no grau de utilização da capacidade instalada.

A avaliação estatística demonstra que a Santa Casa obteve a maior média agregada do período, calculada em 90,63%, oscilando entre o valor máximo de 94,34% no primeiro recorte de 2024 e o mínimo de 81,79% no momento subsequente, o que consolida uma amplitude de 12,55 pontos percentuais.

Gráfico 3 – Evolução da taxa de ocupação dos leitos hospitalares, incluindo leitos de UTI, nos hospitais contratualizados de Montes Claros (MG), no período de 2022 a 2024.



	2_2022	3_2022	1_2023	2_2023	3_2023	1_2024	2_2024
Aroldo Tourinho	65	73	69	78	68	77,4	74,4
Clemente de Faria	88	93	85	78	86	103	90
Dilson Godinho	73,74	85,26	84,5	85,5	82,06	83,48	78,21
Mário Ribeiro	58,56	58,7	66,03	73	70,83	79,32	77,88
Santa Casa	92,6	93,32	92,53	90,5	89,35	94,34	81,79
Meta	80	80	80	80	80	80	80

Fonte: Elaborado pelo autor (2026).

O hospital Clemente de Faria registrou a segunda maior média do painel, aferida em 89,00%, apresentando concomitantemente a maior amplitude do grupo, correspondente a 25 pontos. Essa variação profunda deriva da diferença matemática entre o seu pico de 103% alcançado no início de 2024 e o seu piso de 78% demarcado no segundo terço de 2023. A unidade Dilson Godinho manteve uma média histórica de 81,82%, movimentando os seus indicadores num corredor estreito entre a base de 73,74% e o teto de 85,5%, o que resulta na menor amplitude de toda a amostra, quantificada em 11,76 pontos percentuais.

No segmento inferior da distribuição de dados, o hospital Aroldo Tourinho encerrou o período com uma média de 72,11%, transitando do seu limite mínimo de 65% até a marca máxima de 78%, estruturando assim uma amplitude de 13 pontos percentuais. O hospital Mário Ribeiro configurou a menor média global do conjunto, estabelecida em 69,19%, partindo do menor índice absoluto de toda a base, equivalente a 58,56% no segundo período de 2022, até alcançar o seu registro superior de 79,32% no início de 2024. Essa movimentação estatística confere à unidade Mário Ribeiro uma amplitude total de 20,76 pontos percentuais durante a janela temporal documentada.

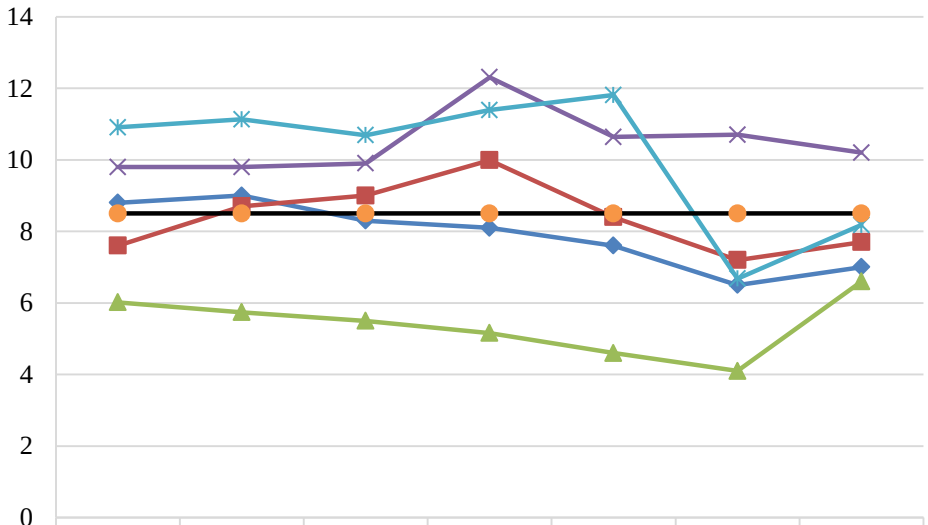
A progressão longitudinal destaca um movimento de crescimento contínuo na unidade Mário Ribeiro entre o segundo quadrimestre de 2022 e o primeiro de 2024, intercalado exclusivamente por uma retração pontual no terceiro período de 2023. O comportamento anômalo mais evidente no painel recai sobre a base do hospital Clemente de Faria, cujo salto isolado para a marca de 103% ultrapassa o teto percentual lógico da capacidade instalada e se afasta radicalmente do padrão histórico da própria instituição, configurando um claro outlier estatístico na rede.

Observa-se também um movimento de retração sincronizada no último período medido em 2024, quando todas as unidades registraram queda nos seus índices de ocupação em relação ao intervalo imediatamente anterior. Considerando que a tendência esperada para este indicador determina que resultados mais elevados refletem maior grau de utilização, a Santa Casa representa a instituição que melhor atendeu ao objetivo, uma vez que sustentou a maior média e manteve seus registros invariavelmente acima da meta estipulada em todo o horizonte de análise.

Em relação ao Tempo Médio de Permanência nos Leitos de Clínica Médica, nas cinco instituições ao longo de sete ciclos avaliativos, evidenciou-se uma separação estrutural. Os três perfis identificados demonstram que dois hospitais (Santa Casa e Mário Ribeiro) operam acima do referencial estipulado na maior parte do tempo, enquanto uma terceira instituição (Dilson Godinho) transita de forma perene em uma faixa estatística inferior à demarcação. As outras duas unidades monitoradas apresentam um padrão cruzado, alternando posições de alta e baixa em relação à meta em diferentes momentos do período analisado.

O painel demonstra que o hospital Mário Ribeiro consolidou a maior média da amostra, fixada em 10,48 dias, iniciando a série no seu valor mínimo de 9,8 dias e atingindo o teto estatístico de 12,31 dias no segundo período de 2023, o que configura uma amplitude absoluta de 2,51 dias. A Santa Casa registrou a segunda maior média do período avaliado, aferida em 10,11 dias, perfazendo um movimento que alcançou o pico de 11,81 dias durante o terceiro corte de 2023 para recuar intensamente até o limite inferior de 6,68 dias no início de 2024. Esse comportamento materializa a maior variação do agrupamento, resultando em uma amplitude correspondente a 5,13 dias. O hospital Clemente de Faria obteve uma média agregada de 8,37 dias, delineando uma curva que flutuou entre a máxima de 9,99 dias até a base de 7,2 dias, estabelecendo a sua amplitude no valor de 2,79 dias (Gráfico 4).

Gráfico 4 – Evolução do tempo médio de permanência em leitos clínicos nos hospitais contratualizados de Montes Claros (MG), no período de 2022 a 2024.



	2_2022	3_2022	1_2023	2_2023	3_2023	1_2024	2_2024
Aroldo Tourinho	8,8	9	8,3	8,1	7,6	6,5	7
Clemente de Faria	7,6	8,7	9	9,99	8,4	7,2	7,7
Dilson Godinho	6,02	5,74	5,5	5,16	4,6	4,1	6,6
Mário Ribeiro	9,8	9,8	9,9	12,31	10,64	10,7	10,2
Santa Casa	10,91	11,13	10,69	11,39	11,81	6,68	8,18
Meta	8,5	8,5	8,5	8,5	8,5	8,5	8,5

Fonte: Elaborado pelo autor (2026)

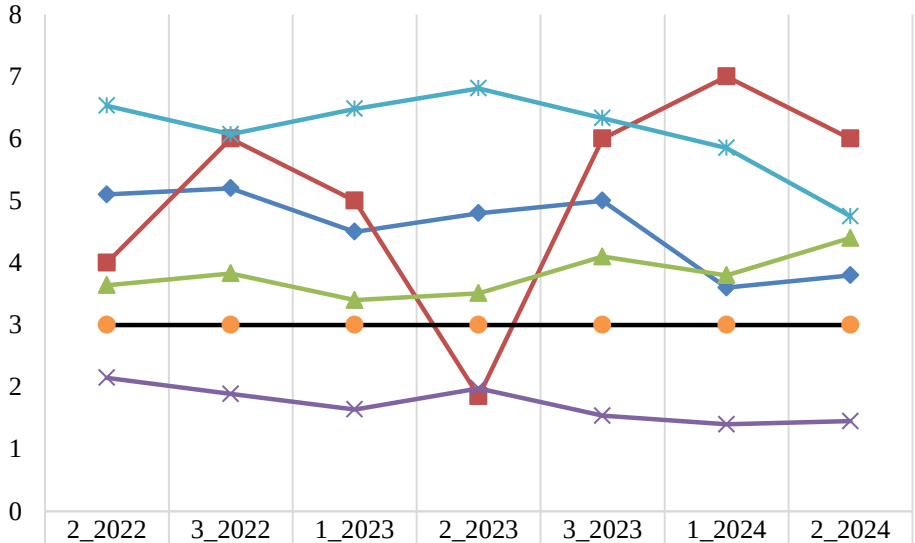
Na faixa de dados agrupada abaixo da referência principal, o hospital Aroldo Tourinho encerrou a avaliação longitudinal com uma média de 7,90 dias, posicionando o seu registro mais alto em 9 dias no terceiro quadrimestre de 2022 e descendo de maneira gradual até atingir o índice mínimo de 6,5 dias, o que restringe a sua variação a uma amplitude pontual de 2,5 dias. O hospital Dilson Godinho apurou a menor média agregada do ciclo analítico, 5,39 dias, estruturando a evolução da sua série a partir do piso de 4,1 dias documentado no primeiro quadrimestre de 2024 para então atingir o limite superior de 6,6 dias no último intervalo mensurado. Essa movimentação métrica contida resulta em uma amplitude de 2,5 dias, igualando o grau de dispersão matemática atestado no hospital Aroldo Tourinho.

A série histórica indica uma fase de queda sincronizada no indicador de todas as cinco instituições no momento de transição para o primeiro quadrimestre de 2024, fluxo que foi sucedido por um crescimento generalizado no fechamento da amostragem. A retração estatística apurada nos números da Santa Casa no início de 2024 representa o principal desvio da base de dados, visto que a compressão atípica do Tempo Médio de Permanência rompe com a estabilidade prévia da própria entidade. Considerando que a tendência de desempenho

esperada estipula que a redução contínua dos índices reflete o melhor resultado prático, o hospital Dilson Godinho figura como a unidade que atendeu com maior precisão ao critério, uma vez que sustentou as menores taxas absolutas e o distanciamento mais profundo da meta superior durante no período analisado.

O Gráfico 5 descreve a progressão temporal do tempo médio de permanência em leitos de clínica cirúrgica, comparados à uma meta referencial fixada em 3 dias. A observação do painel revela um cenário em que a maioria das séries históricas opera sistematicamente acima da linha de demarcação, com apenas uma unidade hospitalar mantendo os seus indicadores integralmente contidos em uma faixa de valores inferior à referência exigida. Constata-se a ausência de convergência unificada para a meta, com as curvas demonstrando flutuações próprias e comportamentos independentes ao longo do período.

Gráfico 5 – Evolução do tempo médio de permanência em leitos de clínica cirúrgica nos hospitais contratualizados de Montes Claros (MG), no período de 2022 a 2024.



	2_2022	3_2022	1_2023	2_2023	3_2023	1_2024	2_2024
Aroldo Tourinho	5,1	5,2	4,5	4,8	5	3,6	3,8
Clemente de Faria	4	6	5	1,85	6	7	6
Dilson Godinho	3,64	3,83	3,4	3,51	4,1	3,8	4,4
Mário Ribeiro	2,15	1,89	1,64	1,98	1,54	1,4	1,45
Santa Casa	6,53	6,07	6,48	6,81	6,33	5,85	4,75
Meta	3	3	3	3	3	3	3

Fonte: Elaborado pelo autor (2026)

Evidencia-se que a Santa Casa obteve a maior média agregada do período, apurada em 6,12 dias, registrando máxima de 6,81 dias no segundo quadrimestre de 2023 e a mínima de 4,75 dias no corte final da série, perfazendo uma amplitude de 2,06 dias. O hospital Clemente

de Faria estruturou a segunda maior média do conjunto, calculada em 5,12 dias, exibindo a maior variação absoluta da amostra com uma amplitude de 5,15 dias, derivada do seu máximo de 7 dias no início de 2024 em contraste com a base isolada de 1,85 dias no segundo quadrimestre de 2023. O hospital Aroldo Tourinho fechou a avaliação com uma média consolidada de 4,57 dias, transitando entre o registro superior de 5,2 dias e a marca inferior de 3,6 dias, o que restringe o seu índice de dispersão a uma amplitude de 1,6 dias.

Em uma faixa de valores mais próxima ao referencial, o hospital Dilson Godinho sustentou uma média de 3,81 dias durante o ciclo de monitoramento, oscilando entre o piso de 3,4 dias no início de 2023 e o teto de 4,4 dias registrado na última medição, delineando uma amplitude contida de 1 dia. O hospital Mário Ribeiro configurou a menor média global do painel, fixada na marca de 1,72 dias, construindo a sua trajetória a partir do valor máximo de 2,15 dias no segundo quadrimestre de 2022 até decair gradualmente ao mínimo de 1,4 dias no primeiro quadrimestre de 2024. Essa movimentação estatística confere a este hospital a menor amplitude de todo o agrupamento, 0,75 dias.

A análise longitudinal destaca um movimento de declínio continuado nos registros da Santa Casa a partir do terceiro quadrimestre de 2023, tendência de retração que também foi acompanhada de forma simultânea pelo hospital Aroldo Tourinho até o início de 2024. O comportamento mais atípico da amostra recai sobre os dados do hospital Clemente de Faria, cuja retração abrupta para o índice de 1,85 dias no segundo quadrimestre de 2023 rompe com a linearidade prévia e posterior da própria instituição.

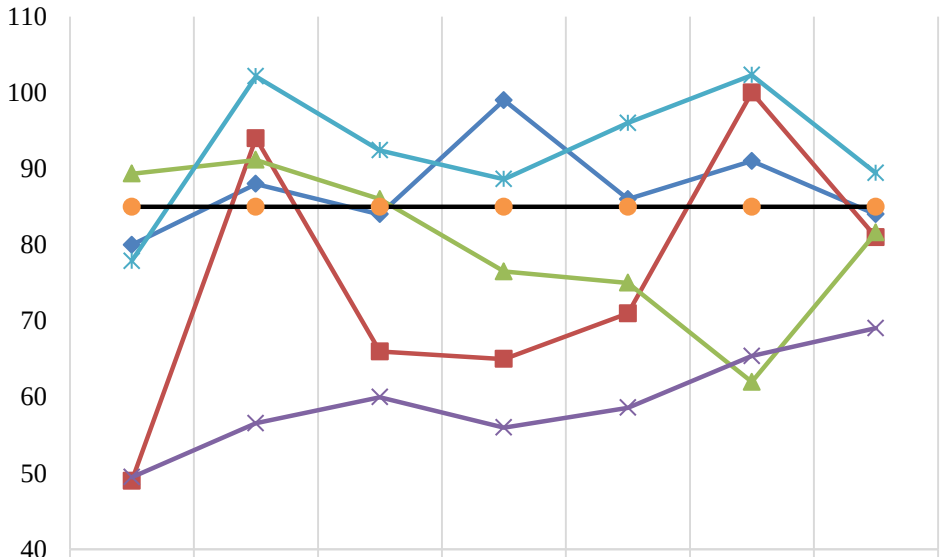
Considerando que a diretriz operacional para este indicador estabelece que a redução do tempo de permanência reflete o atingimento da meta, o hospital Mário Ribeiro desponta como a organização que melhor atendeu à tendência esperada. Os indicadores desta unidade não apenas representaram as menores taxas absolutas do grupo, mas também se mantiveram como os únicos posicionados integralmente abaixo da baliza estipulada em 3 durante a totalidade do horizonte temporal analisado.

Quanto à Taxa de Ocupação dos Leitos de Unidade de Terapia Intensiva Adulto, notou-se alta volatilidade nas métricas, com repetidas intersecções entre as linhas institucionais e o eixo de referência (85%). O painel revela um ecossistema operacional assimétrico, expondo unidades que sustentam índices majoritariamente superiores à marca exigida, enquanto outras concentram seus resultados inferiores ou com oscilações consideráveis ao longo do período.

Como pode ser verificado no Gráfico 6, a Santa Casa obteve a maior média agregada do período (92,69%), oscilando entre o a máxima de 102,31% no primeiro quadrimestre de

2024 e a mínima de 77,89 % no início da série, o que consolida uma amplitude de 24,42 pontos percentuais. O hospital Aroldo Tourinho estruturou a segunda maior média do painel, calculada em 87,43%, transitando entre o limite superior de 99% no segundo quadrimestre de 2023 e inferior de 80%, com uma amplitude de 19 pontos. O hospital Dilson Godinho registrou uma média de 80,23%, perfazendo um movimento que alcançou o pico de 91,15% no terceiro quadrimestre de 2022 para depois recuar até o piso de 62% no início de 2024, delineando uma amplitude de 29,15 pontos percentuais.

Gráfico 6 – Evolução da taxa de ocupação dos leitos de unidade de terapia intensiva (UTI) nos hospitais contratualizados de Montes Claros (MG), no período de 2022 a 2024.



	2_2022	3_2022	1_2023	2_2023	3_2023	1_2024	2_2024
Aroldo Tourinho	80	88	84	99	86	91	84
Clemente de Faria	49	94	66	65	71	100	81
Dilson Godinho	89,35	91,15	86	76,5	75	62	81,61
Mário Ribeiro	49,49	56,58	60	56	58,61	65,4	69,05
Santa Casa	77,89	102,13	92,42	88,64	96,02	102,31	89,43
Meta	85	85	85	85	85	85	85

Fonte: Elaborado pelo autor (2026)

Na faixa inferior, o hospital Clemente de Faria encerrou o período com uma média global de 75,14%, exibindo a maior variação de todo o agrupamento em decorrência do seu teto de 100%, alcançado no início de 2024, em contraste direto com a sua base isolada de 49% no segundo quadrimestre de 2022, amplitude de 51 pontos. O hospital Mário Ribeiro apurou a menor média do conjunto, fixada em 59,30%, construindo a sua trajetória a partir da mínima

de 49,49% até atingir de forma progressiva a máxima de 69,05% no corte final do gráfico, com amplitude de 19,56 pontos durante a totalidade do ciclo documentado.

O acompanhamento longitudinal aponta para um declínio ininterrupto desempenho do hospital Dilson Godinho entre o terceiro quadrimestre de 2022 e o primeiro de 2024, fluxo estatístico inverso ao crescimento sequencial observado na unidade Mário Ribeiro a partir do segundo quadrimestre de 2023. O desvio de padrão mais acentuado é atribuído ao hospital Clemente de Faria, cujos picos abruptos nas marcas de 94% e 100% se intercalam com vales na faixa de 60%.

Considerando a diretriz técnica que estabelece a maximização da ocupação como o referencial de excelência para este indicador, a Santa Casa figura como a organização que melhor atendeu à tendência estipulada, visto que obteve a maior média do grupo e sustentou os seus registros consistentemente acima da meta na quase totalidade da série temporal.

A análise agregada dos indicadores de eficácia assistencial evidencia que o desempenho dos hospitais contratualizados apresentou heterogeneidade ao longo do período de 2022 a 2024. Embora todas as instituições tenham apresentado oscilações em pelo menos um dos indicadores avaliados, observam-se diferenças consistentes quanto à capacidade de manter resultados próximos às metas pactuadas. De modo geral, os indicadores de taxa de ocupação dos leitos hospitalares e de ocupação dos leitos de UTI revelam maior estabilidade entre os hospitais de melhor desempenho, enquanto os indicadores relacionados ao tempo médio de permanência demonstram maior variabilidade, refletindo diferenças na organização dos fluxos assistenciais e na gestão dos leitos.

Considerando o conjunto dos quatro indicadores, a Santa Casa apresentou o desempenho global mais consistente da rede. A instituição alcançou os melhores resultados nos indicadores de taxa de ocupação dos leitos hospitalares e de ocupação dos leitos de UTI separadamente, mantendo médias superiores às metas estabelecidas durante praticamente todo o período analisado. Apesar de registrar tempos médios de permanência acima dos referenciais nos leitos clínicos e cirúrgicos, seu desempenho foi marcado por elevada utilização da capacidade instalada e relativa estabilidade operacional, indicando maior eficiência na ocupação dos recursos disponíveis. De modo semelhante, o hospital Dilson Godinho destacou-se positivamente nos indicadores relacionados ao tempo médio de permanência, especialmente nos leitos clínicos, embora tenha apresentado desempenho inferior nos indicadores de ocupação, evidenciando perfis distintos de eficiência assistencial entre estas instituições.

Em contraposição, o hospital Mário Ribeiro apresentou o desempenho global menos favorável quando considerados os quatro indicadores de forma integrada. A unidade registrou as menores médias de ocupação dos leitos hospitalares e dos leitos de UTI, permanecendo abaixo das metas durante grande parte da série histórica, o que sugere subutilização da capacidade instalada. Por outro lado, obteve o melhor desempenho no indicador de tempo médio de permanência em leitos cirúrgicos e apresentou evolução gradual na ocupação da UTI ao longo do período, indicando avanços pontuais, ainda insuficientes para alterar o seu posicionamento relativo no conjunto da rede. Os hospitais Clemente de Faria e Aroldo Tourinho situaram-se em posição intermediária, alternando resultados satisfatórios e insatisfatórios entre os diferentes indicadores.

4.3.2 Análise dos indicadores de Qualidade, Segurança e Governança Assistencial

Esta seção aborda os indicadores relacionados à qualidade, à segurança do paciente e à governança assistencial dos hospitais contratualizados de Montes Claros (MG), considerando o período de 2022 a 2024. Enquanto os indicadores analisados anteriormente refletiam aspectos ligados à utilização e à gestão dos leitos hospitalares, os indicadores apresentados a seguir permitem avaliar dimensões associadas à segurança do cuidado, à organização dos processos assistenciais e ao funcionamento dos mecanismos de gestão e monitoramento institucional.

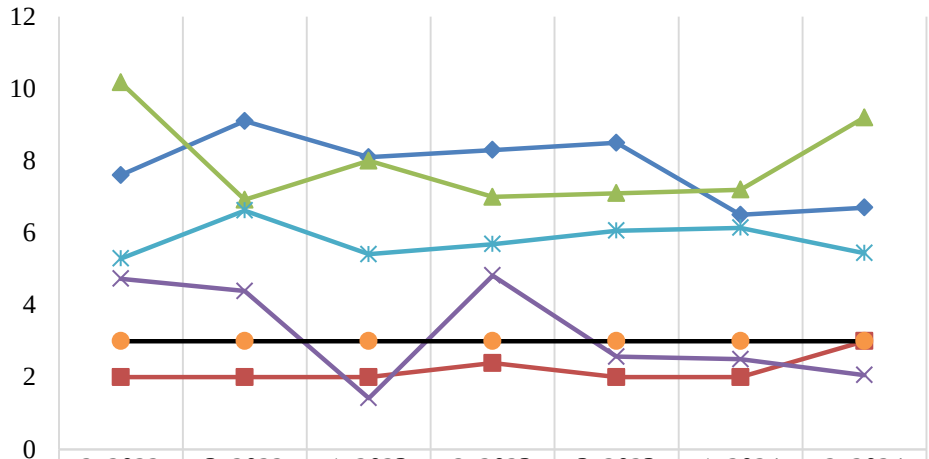
A análise contempla a taxa de mortalidade institucional, o percentual de cumprimento da escala de plantões da Urgência e Emergência, o percentual de realização de consultas de retorno pós-cirúrgicas eletivas e um conjunto de indicadores voltados à estrutura e aos processos de gestão hospitalar, incluindo a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), a Comissão de Avaliação de Óbitos (CAO), a Ouvidoria Hospitalar, as ações de educação permanente e o Núcleo de Segurança do Paciente. Para cada indicador, são comparados os resultados das cinco instituições contratualizadas, considerando sua evolução ao longo do período, o desempenho médio e o cumprimento das metas pactuadas.

De forma geral, os resultados apontam diferenças importantes entre os hospitais nos indicadores relacionados aos desfechos assistenciais e aos processos de gestão, evidenciando distintos níveis de desempenho e de aderência às metas estabelecidas. Em contrapartida, os indicadores de natureza estrutural apresentam comportamento bastante homogêneo entre as instituições. Embora essa uniformidade possa sugerir conformidade com os requisitos mínimos de organização, ela também evidencia limitações do próprio modelo de avaliação,

uma vez que a simples existência dessas estruturas não permite inferir, por si só, a efetividade das práticas de governança clínica e da segurança do paciente, como será discutido ao final da seção.

O Gráfico 7 evidencia que três instituições operam de maneira sistemática acima da linha de demarcação da Taxa de Mortalidade Institucional, enquanto uma unidade transita com oscilações ao redor da meta e outra mantém os seus registros predominantemente em uma faixa igual ou inferior à referência.

Gráfico 7 – Evolução da taxa de mortalidade institucional nos hospitais contratualizados de Montes Claros (MG), no período de 2022 a 2024.



	2_2022	3_2022	1_2023	2_2023	3_2023	1_2024	2_2024
Aroldo Tourinho	7,6	9,1	8,1	8,3	8,5	6,5	6,7
Clemente de Faria	2	2	2	2,39	2	2	3
Dilson Godinho	10,17	6,92	8	7	7,1	7,2	9,2
Mário Ribeiro	4,73	4,39	1,42	4,82	2,57	2,5	2,06
Santa Casa	5,29	6,62	5,41	5,69	6,06	6,14	5,44
Meta	3	3	3	3	3	3	3

Fonte: Elaborado pelo autor (2026)

O hospital Dilson Godinho obteve a maior média agregada do período, calculada em 7,94%, partindo da máxima de 10,17% no segundo quadrimestre de 2022, para o valor mínimo de 6,92% no recorte subsequente, o que perfaz uma amplitude de 3,25 pontos. O hospital Aroldo Tourinho obteve a segunda maior média do conjunto, aferida em 7,83%, transitando entre o registro máximo de 9,1% e a base de 6,5%, com uma amplitude de 2,6 pontos. A Santa Casa sustentou uma média consolidada de 5,81% durante o ciclo de monitoramento, oscilando entre o pico de 6,62% no terceiro quadrimestre de 2022 e o piso de 5,29% no início do período, delineando uma amplitude de 1,33 pontos percentuais.

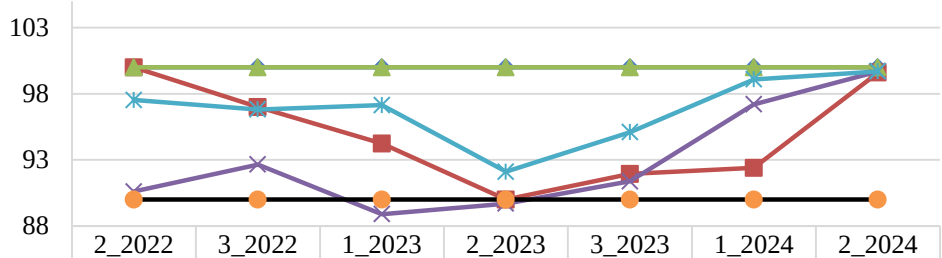
Na faixa abaixo da meta, o hospital Mário Ribeiro apurou uma média agregada de 3,21%, construindo a sua trajetória a partir da máxima de 4,82% no segundo quadrimestre de 2023, até o limite mínimo de 1,42% no primeiro terço do mesmo ano, o que confere a este hospital a maior amplitude de todo o agrupamento (3,4 pontos percentuais). O hospital Clemente de Faria configurou a menor média global do painel analítico, estabelecida no valor de 2,20%, movimentando os seus indicadores de forma estritamente controlada entre a base de 2% e o teto de 3%, cuja flutuação consolida a menor amplitude da amostra (1 ponto).

A progressão longitudinal das séries destaca um movimento de retração pontual e simultânea nos indicadores dos hospitais Aroldo Tourinho e Mário Ribeiro na transição para o primeiro quadrimestre de 2024, com estabilização no fechamento do período. O comportamento anômalo mais agudo da rede recai sobre os dados isolados do próprio hospital Mário Ribeiro no primeiro quadrimestre de 2023, cuja queda abrupta para a taxa de 1,42% rompe com o platô superior a 4% registrado nos ciclos adjacentes.

Considerando que o ideal deste indicador é a minimização continuada do índice, o hospital Clemente de Faria desponta como a organização que melhor atendeu à tendência esperada. Os registros da instituição não apenas consolidaram as menores taxas absolutas do agrupamento, como também se sustentaram como os únicos posicionados permanentemente dentro ou abaixo da meta estabelecida (3%).

O Gráfico 8 evidencia alta aderência ao indicador de Cumprimento da Escala de Plantões da Urgência e Emergência.

Gráfico 8 – Evolução do Cumprimento da Escala de Plantões da Urgência e Emergência nos hospitais contratualizados de Montes Claros (MG), no período de 2022 a 2024.



	2_2022	3_2022	1_2023	2_2023	3_2023	1_2024	2_2024
Aroldo Tourinho	100	100	100	100	100	100	100
Clemente de Faria	100	97	94,23	90	91,93	92,39	99,6
Dilson Godinho	100	100	100	100	100	100	100
Mário Ribeiro	90,6	92,65	88,9	89,7	91,38	97,2	99,7
Santa Casa	97,53	96,81	97,14	92,11	95,1	99,09	99,7
Meta	90	90	90	90	90	90	90

Fonte: Elaborado pelo autor (2026)

O hospital Clemente de Faria apurou uma média agregada de 95,02%, movimentando os seus indicadores entre a máxima de 100%, registrada no primeiro quadrimestre da medição e a mínima de 90%, registrada no segundo quadrimestre de 2023, com uma amplitude de 10 pontos percentuais. O hospital Mário Ribeiro configurou a menor média global do conjunto, 92,88%, mínima de 88,9% no primeiro terço de 2023 e máxima de 99,7% no último quadrimestre avaliado, obtendo uma amplitude de 10,8 pontos percentuais.

A análise longitudinal destaca uma fase de retração convergente nos índices dos hospitais Clemente de Faria, Santa Casa e Mário Ribeiro no segundo quadrimestre de 2023, sucedido por um ciclo de crescimento sincronizado nessas três instituições até o fechamento do no ano de 2024. O registro de 88,9% apurado na base do hospital Mário Ribeiro durante o primeiro quadrimestre de 2023 configura um desvio atípico, visto que representa a única ocorrência de toda a amostra posicionada abaixo da meta referencial exigida.

Considerando a tendência esperada de que, quanto maior, melhor, na qual a elevação contínua do percentual reflete a otimização da escala, os hospitais Aroldo Tourinho e Dilson Godinho figuram como as organizações que melhor atenderam à tendência esperada, uma vez que atingiam o patamar estatístico máximo tolerável e neutralizaram qualquer dispersão ao longo do período.

Em relação ao Percentual de Realização da Consulta de Retorno Pós-cirúrgica Eletiva, notou-se um desempenho concentrado no limite superior do gráfico, revelando que a maioria dos registros atinge a marca de 100%, com relativa estabilidade estrutural, na qual três instituições mantêm invariabilidade no teto da medição durante todo o período, enquanto as outras duas entidades apresentam flutuações pontuais de queda, embora convirjam para a pontuação máxima a partir do terceiro quadrimestre de 2023. Os hospitais Aroldo Tourinho, Dilson Godinho e Mário Ribeiro compartilham a maior média agregada do período, todas consolidadas rigorosamente no valor absoluto de 100%, sem dispersão ao longo do período. O hospital Clemente de Faria apurou uma média consolidada de 99,30%, transitando entre o seu teto repetido de 100% e o piso isolado de 95,08% no segundo quadrimestre de 2023, com uma amplitude de 4,92 pontos. O hospital Santa Casa configurou a menor média global de 97,12%, com mínima de 88,71 no terceiro quadrimestre de 2022 e máxima de 100% a partir do segundo quadrimestre de 2023, com a maior variação do período (11,29 pontos percentuais).

Considerando que a elevação do percentual reflete a garantia do cuidado pós-operatório, os hospitais Aroldo Tourinho, Dilson Godinho e Mário Ribeiro figuram simultaneamente como as organizações que melhor atenderam à tendência esperada, uma vez que atingiram a meta em todo o período avaliado.

Quanto ao desempenho em relação aos indicadores Comissão de Controle da Infecção Hospitalar (CCIH), Comissão de Avaliação de Óbitos (CAO), Ouvidoria Hospitalar, Ações de Educação Permanente e Núcleo de Segurança do Paciente, observou-se que não houve qualquer variação quantitativa nos dados apresentados, já que os cinco hospitais atingiram a marca de 100% de cumprimento, na maior parte do período avaliado.

A análise revela um cenário de uniformidade absoluta, onde todas as instituições atingem a nota máxima em todos os eixos ao longo de todo o período avaliado. Embora isso possa sugerir um sistema de saúde de excelência à primeira vista, do ponto de vista da governança clínica, essa perfeição pode evidenciar falhas estruturais no desenho e na aplicação das métricas. O uso reiterado de termos atrelados à mera comprovação de atuação indica que o sistema está avaliando predominantemente o cumprimento de requisitos administrativos e documentais. Na prática, os resultados indicam que o modelo funciona como uma lista de verificação binária, na qual a simples entrega de uma documentação garante a nota máxima, atestando que as comissões e os núcleos existem no papel, porém os indicadores, por si só, não demonstram a efetividade da qualidade do trabalho que realizam, já que as exigências para atingir a pontuação total são puramente burocráticas, fazendo com que todos os hospitais alcancem o topo da escala.

Isso indica que os eixos desenhados avaliam o processo e a estrutura, mas ignoram o desfecho clínico, permitindo, por exemplo, que um hospital tenha nota máxima na comissão de óbitos ou de infecção enquanto apresenta taxas de mortalidade ou de contaminação crescentes, o que cria uma perigosa ilusão de segurança e qualidade. Essa desconexão se agrava ao considerarmos que os hospitais são ambientes complexos, dinâmicos e sujeitos a crises, superlotação, sazonalidades e rotatividade de equipes. O fato de os indicadores permanecerem estáticos em cem pontos diante das variáveis e do estresse do mundo real prova que eles podem não estar refletindo o desempenho verdadeiro da operação assistencial. Portanto, esta é uma fragilidade do modelo em seu propósito gerencial, ao passo que se comporta predominantemente como uma ferramenta de auditoria de obrigações básicas.

Ainda assim, a despeito da reduzida variabilidade observada, os indicadores de comprovação da atuação da CCIH, da CAO, do serviço de Ouvidoria, da educação permanente e do Núcleo de Segurança do Paciente atingiram 100% de conformidade na quase totalidade dos trimestres e das instituições, optou-se por manter a análise desses indicadores no conjunto dos 16. Essa decisão se justifica pelo fato de tais indicadores apontarem para ações de cunho gerencial e de segurança do paciente que, embora não discriminem o desempenho entre os hospitais no período avaliado, constituem requisitos estruturais e

processuais essenciais à qualidade assistencial, cuja verificação sistemática interessa à gestão da contratualização. Sua manutenção permite, evidenciar que a rede contratada atende às exigências formais de governança e segurança, ao mesmo tempo em que revela uma limitação do próprio conjunto de indicadores: a baixa capacidade discriminatória de itens de natureza predominantemente binária e burocrática. Nesse sentido, a inclusão desses indicadores não visa ranquear instituições, mas documentar a conformidade estrutural da rede e subsidiar a reflexão sobre o aprimoramento do instrumento de avaliação, recomendando-se, em estudos futuros, a adoção de indicadores de processo e resultado que capturem a efetividade clínica.

Destaca-se, portanto, a elevada aderência da rede aos indicadores de cumprimento da escala de plantões da Urgência e Emergência e de realização de Consulta de Retorno pós-cirúrgica eletiva, nos quais a maioria das instituições manteve-se estabilizada no patamar máximo ou muito próximo dele ao longo de todo o período. Esse padrão indica um relativo amadurecimento organizacional da rede quanto à garantia de processos assistenciais básicos, sobretudo no que tange à continuidade do cuidado pós-operatório e à cobertura assistencial nos serviços de urgência. A taxa de mortalidade institucional, por sua vez, embora tenha revelado o desempenho mais heterogêneo entre os indicadores dessa categoria, permitiu identificar o hospital Clemente de Faria como referência positiva da rede, com os menores índices absolutos e a manutenção sistemática dos resultados dentro da meta estabelecida. Ressalta-se que o indicador de Taxa de Mortalidade Institucional é único indicador, entre os analisados nesta seção, capaz de captar diretamente um desfecho clínico.

Entre as fragilidades encontradas nesta categoria, sobressai justamente o contraste entre esse indicador de desfecho e os indicadores estruturais e processuais. Enquanto a taxa de mortalidade evidenciou variações expressivas entre as instituições, onde os hospitais Dilson Godinho e Aroldo Tourinho apresentam médias sistematicamente acima da meta, os indicadores vinculados à CCIH, à CAO, à Ouvidoria Hospitalar, às ações de Educação Permanente e ao Núcleo de Segurança do Paciente não registraram qualquer oscilação ao longo de três anos, com os cinco hospitais atingindo uniformemente o patamar máximo de cumprimento. Essa invariabilidade absoluta, mantida mesmo diante de um cenário de mortalidade heterogêneo e, em alguns casos, distante da meta, sugere que tais indicadores mensuram primordialmente a existência formal de estruturas, sem capturar a efetividade do trabalho desempenhado.

Essa desconexão entre indicadores de estrutura/processo e indicadores de desfecho constitui a principal fragilidade identificada nesta seção. Do ponto de vista da governança clínica, indicadores que permanecem estáticos no teto da escala, independentemente das

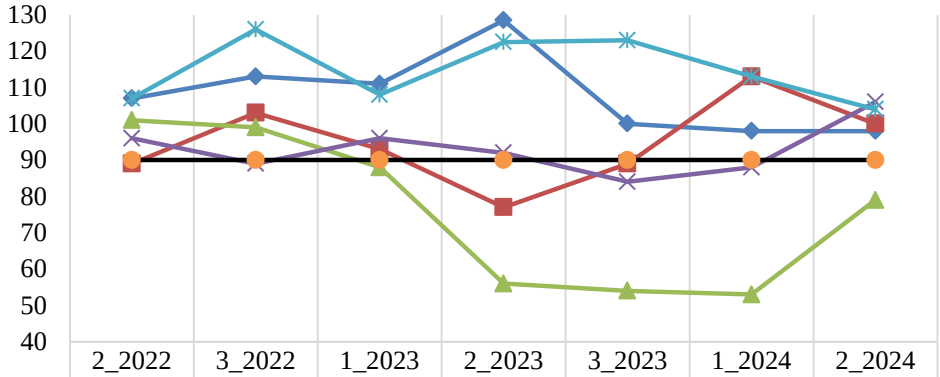
flutuações reais na qualidade e na segurança do cuidado prestado, podem dificultar a identificação de riscos assistenciais reais.

4.3.3 Análise dos indicadores de Desempenho Contratual e Cumprimento das Metas

Diferentemente dos indicadores de eficácia assistencial e de qualidade, segurança e governança, que avaliam aspectos da organização e dos resultados da assistência, os indicadores da categoria desempenho contratual e cumprimento das metas mensuram o grau de execução dos quantitativos físicos e financeiros pactuados entre o município e os prestadores hospitalares.

O Gráfico 10 revela uma distribuição assimétrica em relação à meta de 90% de cumprimento da meta físico-financeira das diárias de UTI, com uma parcela significativa das ocorrências registrada em patamares superiores à demarcação exigida.

Gráfico 9 – Evolução do cumprimento da meta físico-financeira das diárias de UTI nos hospitais contratualizados de Montes Claros (MG), no período de 2022 a 2024.



	2_2022	3_2022	1_2023	2_2023	3_2023	1_2024	2_2024
Aroldo Tourinho	107	113	111	128,5	100	98	98
Clemente de Faria	89	103	93	77	89	113	100
Dilson Godinho	101	99	88	56	54	53	79
Mário Ribeiro	96	89	96	92	84	88	106
Santa Casa	107	126	108	122,5	123	113	104
Meta	90	90	90	90	90	90	90

Fonte: Elaborado pelo autor (2026)

Observa-se a formação de trajetórias distintas com amplos deslocamentos ao longo do eixo vertical, configurando um cenário de heterogeneidade no qual os índices transitam desde a superação expressiva do alvo até a consolidação de defasagens no cumprimento do quantitativo pactuado.

A análise aponta que a Santa Casa apurou a maior média agregada do período analisado, equivalente a 114,79%, oscilando entre 126% e 104%, com uma amplitude de 22 pontos percentuais. O hospital Aroldo Tourinho registrou a segunda maior média do painel, fixada em 107,93%, entre a máxima de 128,5% e a base de 98% e amplitude de 30,5 pontos percentuais. O hospital Clemente de Faria manteve uma média de 94,86%, delineando uma variação absoluta correspondente a 36% pontos percentuais, com resultados entre 77% e 113%.

Abaixo da meta, aparece o hospital Mário Ribeiro com média global de 93%, partindo do registro inferior de 84% durante o terceiro quadrimestre de 2023 e a máxima d 106% no último quadrimestre, com uma amplitude equivalente a 22 pontos percentuais ao longo do tempo. O hospital Dilson Godinho configurou a menor média de todo o agrupamento, 75,71%, exibindo a maior variação absoluta da amostra (48 pontos percentuais), com máxima de 101% e mínima de 53%. O Gráfico 10 expõe um ciclo de retração profunda e contínua nos registros do hospital Dilson Godinho a partir do início de 2023 até o primeiro quadrimestre do ano seguinte, movimento inversamente proporcional ao crescimento vertical acelerado notado na unidade Clemente de Faria no mesmo intervalo de transição para 2024. A compressão aguda do indicador do hospital Dilson Godinho em direção à base de 53% se distancia radicalmente do histórico preliminar da própria instituição e da tendência geral do ecossistema.

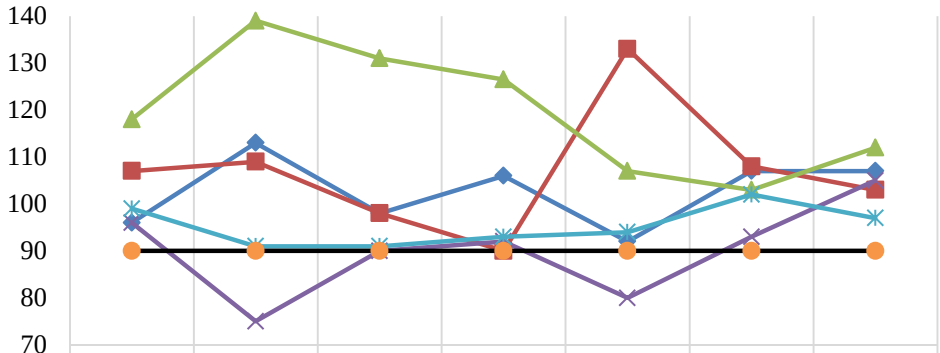
Tendo em vista a orientação positiva do indicador, a Santa Casa figura como a organização o hospital que atendeu com maior fidelidade à tendência delineada. Os resultados numéricos atestados nesta unidade sustentaram não apenas a maior estabilidade em patamares elevados, mas permaneceram acima da meta referencial de 90% durante todos os quadrimestres da série histórica.

Em relação ao cumprimento da meta físico-financeira da Urgência e Emergência, nota-se uma concentração majoritária dos indicadores em patamares superiores à linha de referência, indicando o cumprimento e a superação frequente dos quantitativos exigidos. Observa-se a formação de um painel com volatilidade estatística acentuada, no qual os hospitais alternam picos expressivos e quedas pontuais, com algumas linhas cruzando o limite referencial para a faixa inferior em recortes específicos do monitoramento.

Os dados apresentados no Gráfico 11 apontam que o hospital Dilson Godinho obteve a maior média agregada do período (119,50%), com máxima de 139% no terceiro quadrimestre de 2022 e mínima de 103% no início de 2024, com uma amplitude de 36 pontos percentuais. O hospital Clemente de Faria figura com a segunda maior média (106,86%), variando entre

90% no segundo intervalo de 2023 e 133% no quadrimestre imediatamente posterior, porém apresenta a maior amplitude com 43 pontos percentuais. O hospital Aroldo Tourinho registrou uma média global de 102,71%, transitando entre a máxima de 113% e a base de 92%, com uma amplitude de 21 pontos.

Gráfico 10 – Evolução do cumprimento da meta físico-financeira da Urgência e Emergência nos hospitais contratualizados de Montes Claros (MG), no período de 2022 a 2024.



	2_2022	3_2022	1_2023	2_2023	3_2023	1_2024	2_2024
Aroldo Tourinho	96	113	98	106	92	107	107
Clemente de Faria	107	109	98	90	133	108	103
Dilson Godinho	118	139	131	126,5	107	103	112
Mário Ribeiro	96	75	90	92	80	93	105
Santa Casa	99	91	91	93	94	102	97
Meta	90	90	90	90	90	90	90

Fonte: Elaborado pelo autor (2026)

A Santa Casa apurou uma média de 95,29%, com menor amplitude (11 pontos percentuais) resultante da máxima de 102% e a mínima de 91%. Já o hospital Mário Ribeiro obteve a menor média agregada da base de dados, fixada em 90,14%, permanecendo entre 75% e 105%.

Evidenciou-se um ciclo de declínio pronunciado nos números do hospital Dilson Godinho entre o terceiro quadrimestre de 2022 e o início de 2024. O evento mais anômalo da matriz refere-se ao hospital Clemente de Faria durante a transição para o terceiro quadrimestre de 2023, quando a ascensão da base de 90% para o ápice de 133% rompe com o padrão observado anteriormente.

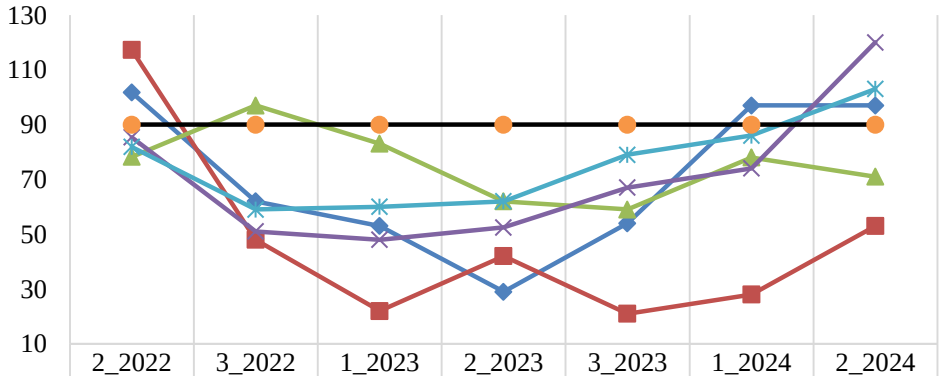
Assim, considerando que a diretriz estipula a maximização dos índices como o indicativo primário de desempenho, o hospital Dilson Godinho desponta como a unidade que

melhor atendeu à tendência esperada, visto que ancorou a maior média do grupo e sustentou os seus registros acima da meta de 90% ao longo de toda a série avaliada.

A série apresentada no Gráfico 12, expõe o comportamento temporal do atingimento da meta físico-financeira de cirurgias eletivas nos cinco hospitais contratualizados ao longo de sete quadrimestres, tendo como parâmetro uma meta referencial de 90%. Nota-se um cenário caracterizado por uma retenção de valores em níveis inferiores à meta. Observa-se uma concentração de índices elevados restrita aos extremos da série histórica.

A Santa Casa obteve a maior média agregada do período, calculada em 75,84%, oscilando entre a base de 59% aferida no terceiro quadrimestre de 2022 e a máxima de 103% no fechamento da série, o que delimita uma amplitude de 44 pontos percentuais. O hospital Dilson Godinho registrou a segunda maior média (75,46%), movimentando os seus resultados entre 59% e 97%, com uma amplitude de 38 pontos. Apurou-se uma média de 71,13% para o hospital Mário Ribeiro, que transitou entre a mínima de 48% no primeiro quadrimestre de 2023 e a máxima de 120% no último quadrimestre, obtendo uma amplitude com 72 pontos percentuais.

Gráfico 11 – Evolução do cumprimento da meta físico-financeira de Cirurgias Eletivas nos hospitais contratualizados de Montes Claros (MG), no período de 2022 a 2024.



	2_2022	3_2022	1_2023	2_2023	3_2023	1_2024	2_2024
Aroldo Tourinho	101,69	62	53	29	54	97	97
Clemente de Faria	117,27	48	22	42	21	28	53
Dilson Godinho	78,23	97	83	62	59	78	71
Mário Ribeiro	85,39	51	48	52,5	67	74	120
Santa Casa	81,88	59	60	62	79	86	103
Meta	90	90	90	90	90	90	90

Fonte: Elaborado pelo autor (2026)

O hospital Aroldo Tourinho apresentou uma amplitude de 72,69 pontos percentuais, com variação entre a mínima de 29% e a máxima de 101,69%, o que confere uma média

global de 70,53%. Enquanto isso, o hospital Clemente de Faria variou entre a máxima de 117,27% e o seu pior resultado de 21% no terceiro quadrimestre de 2023, com média de 47,32%, a menor do conjunto de dados e a maior amplitude (96,27 pontos percentuais).

Ao longo do tempo notou-se um movimento de queda abrupta e sincronizada nos registros dos hospitais Clemente de Faria, Aroldo Tourinho e Mário Ribeiro na transição entre o segundo e o terceiro quadrimestre de 2022, fluxo que foi revertido por um ciclo de crescimento convergente na quase totalidade da rede a partir do terceiro quadrimestre de 2023. A queda dos resultados do hospital Clemente de Faria em direção às marcas de 22 e 21 distancia a instituição do comportamento demonstrado no início da avaliação.

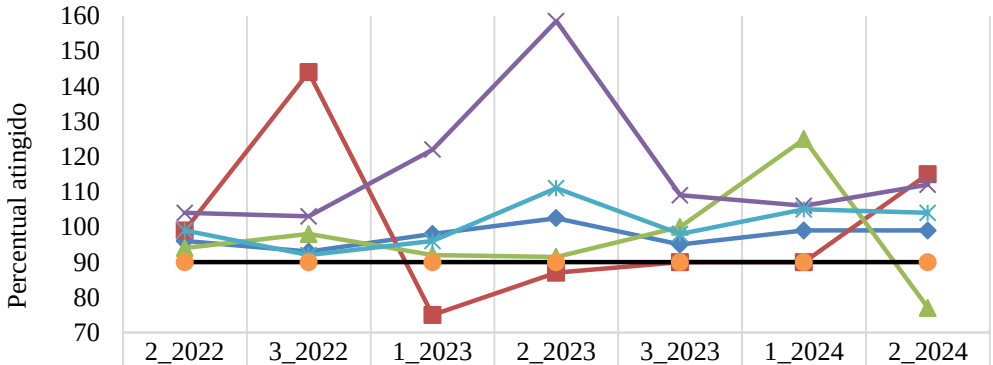
Desse modo, considerando que a maximização dos resultados é o referencial de cumprimento esperado das obrigações contratuais, a Santa Casa figurou como a organização que melhor atendeu à tendência esperada, visto que obteve a maior média global e consolidou uma elevação consistente até retornar à zona de superação da meta na reta final da série.

Em relação ao indicador de cumprimento físico e financeiro dos atendimentos ambulatoriais, observa-se um arranjo estatístico marcado por elevações agudas e retrações subsequentes em instituições específicas, configurando uma rede onde o grau de cumprimento dos quantitativos operacionais transita entre a estabilidade e picos de superação do volume contratualizado.

Nota-se que o hospital Mário Ribeiro consolidou a maior média da amostra, com 116,36%, seguido pela Santa Casa com 100,71%, e o hospital Clemente de Faria com média global de 100%. O hospital Aroldo Tourinho obteve uma média 97,50% e, por fim, o hospital Dilson Godinho apresentou média de 96,78%. Contudo, deve-se atentar para os comportamentos atípicos do hospital Clemente de Faria no terceiro quadrimestre de 2022 (144%), do hospital Mário Ribeiro no segundo quadrimestre de 2023 (158%) e do hospital Dilson Godinho no primeiro quadrimestre de 2024 (125%), ocasiões em que esses estabelecimentos se distanciaram consideravelmente dos demais. Além disso, os hospitais Clemente de Faria e Dilson Godinho, que embora tenham apresentado comportamento destacado em alguns quadrimestres, apresentaram resultados insatisfatórios em outros pontos da série.

Segundo o que se apresenta no Gráfico 13, considerando que o melhor comportamento é aquele acima da meta estipulada, onde quanto maior, melhor, nesse indicador o hospital Mário Ribeiro se despontou como o que melhor atendeu à expectativa contratual, uma vez que sustentou a maior *performance* média absoluta e manteve seus registros acima da meta em toda o período avaliado.

Gráfico 12 – Evolução do cumprimento da meta físico-financeira dos atendimentos ambulatoriais nos hospitais contratualizados de Montes Claros (MG), no período de 2022 a 2024.



	2_2022	3_2022	1_2023	2_2023	3_2023	1_2024	2_2024
Aroldo Tourinho	96	93	98	102,5	95	99	99
Clemente de Faria	99	144	75	87	90	90	115
Dilson Godinho	94	98	92	91,5	100	125	77
Mário Ribeiro	104	103	122	158,5	109	106	112
Santa Casa	99	92	96	111	98	105	104
Meta	90	90	90	90	90	90	90

Fonte: Elaborado pelo autor (2026)

A análise conjunta dos indicadores de desempenho contratual evidencia que a rede hospitalar contratualizada de Montes Claros apresentou capacidade heterogênea de cumprimento das metas físico-financeiras ao longo do período de 2022 a 2024. Embora a maior parte das instituições tenha alcançado resultados satisfatórios nos indicadores de diárias de UTI, urgência e emergência e atendimentos ambulatoriais, observou-se expressiva variabilidade entre hospitais e entre quadrimestres, demonstrando que o desempenho contratual não se manteve uniforme ao longo da série histórica. Essa heterogeneidade revela que a capacidade de execução das metas pactuadas esteve condicionada às características operacionais de cada hospital e às oscilações da demanda assistencial, refletindo distintos níveis de estabilidade na produção dos serviços.

Entre os hospitais analisados, a Santa Casa se destacou pelo desempenho mais consistente, apresentando os melhores resultados médios em dois dos quatro indicadores avaliados, cumprimento das metas físicas e financeiras de diárias de UTI e cirurgias eletivas, além de desempenho satisfatório nos demais, sempre próximo ou acima da meta contratual. O hospital Mário Ribeiro, por sua vez, apresentou o melhor desempenho nos atendimentos ambulatoriais e comportamento favorável nas diárias de UTI, embora tenha registrado oscilações mais acentuadas em cirurgias eletivas. O hospital Dilson Godinho obteve o melhor

desempenho na produção de urgência e emergência, porém foi também a instituição que apresentou o pior resultado nas diárias de UTI, evidenciando que o bom desempenho em uma dimensão específica não necessariamente se refletiu na execução homogênea das demais metas contratuais. Os hospitais Aroldo Tourinho e Clemente de Faria apresentaram desempenho intermediário, alternando períodos de cumprimento das metas com momentos de retração da produção, especialmente no indicador de cirurgias eletivas, que concentrou as maiores amplitudes e os menores níveis médios de execução em praticamente toda a rede.

Sob a perspectiva da rede assistencial, os resultados sugerem que as metas relacionadas às atividades de maior previsibilidade operacional, como atendimentos ambulatoriais, urgência e emergência e produção de diárias de UTI, apresentaram maior capacidade de execução ao longo do período analisado. Em contrapartida, as cirurgias eletivas configuraram o principal ponto de fragilidade da contratualização, caracterizando-se por baixos percentuais médios de cumprimento e elevada variabilidade temporal entre os hospitais. Esse comportamento pode refletir a influência de fatores estruturais e organizacionais, tais como limitações de capacidade instalada, disponibilidade de equipes especializadas, priorização de atendimentos de maior gravidade e necessidade de reorganização da oferta assistencial, aspectos que impactam diretamente a produção hospitalar eletiva.

De forma geral, os resultados reforçam que o monitoramento dos indicadores físico-financeiros deve ultrapassar a simples verificação do cumprimento das metas contratuais, incorporando uma análise contínua da estabilidade dos resultados e das diferenças de desempenho entre os hospitais. A coexistência de instituições que mantiveram elevada regularidade com outras marcadas por oscilações demonstra que o acompanhamento longitudinal fornece evidências importantes para o aperfeiçoamento da governança da contratualização. Nesse contexto, a utilização sistemática desses indicadores fortalece o processo de avaliação da rede hospitalar, permitindo identificar áreas prioritárias para intervenção, revisar metas quando necessário e orientar decisões gerenciais voltadas ao aumento da eficácia da rede.

4.4 A triangulação dos achados quantitativos e qualitativos da contratualização

A compreensão abrangente do desempenho da contratualização hospitalar em Montes Claros exige ir além da observação isolada de seus componentes. Como será evidenciado ao longo desta seção, a complexidade do monitoramento hospitalar não pode ser capturada

exclusivamente por meio de indicadores quantitativos, tampouco apenas pela análise isolada dos processos deliberativos da CAC.

Nesse sentido, esta subseção dedica-se à triangulação dos resultados obtidos. O objetivo é promover a integração entre as evidências geradas pela análise descritiva dos indicadores de contratualização e aquelas originadas da análise de conteúdo das atas da CAC. Essa articulação metodológica busca demonstrar que o monitoramento dos hospitais se constrói na intersecção entre a avaliação técnica das metas e o contexto institucional, onde ocorre o processo de discussão, pactuação e validação dessas informações.

Ao justapor a perspectiva quantitativa, caracterizada pelo cumprimento de metas, e a qualitativa, sustentada pelo contexto assistencial e as especificidades dos prestadores, evidencia-se que a gestão contratual ultrapassa a simples verificação de conformidade. Trata-se, na prática, de um processo contínuo de avaliação e negociação. A seguir, será apresentada a articulação dessas evidências, oferecendo uma visão integrada que ilustra como essa dinâmica fortalece a governança da rede hospitalar e subsidia as recomendações propostas por esta pesquisa.

4.4.1 Estrutura da rede hospitalar como condicionante do desempenho institucional

A triangulação entre a caracterização estrutural da rede hospitalar, a análise estatística descritiva dos indicadores de eficácia assistencial e os resultados da análise de conteúdo evidencia que o desempenho dos hospitais contratualizados de Montes Claros deve ser interpretado a partir da regionalização da saúde, dada a importância desse município como polo da atenção terciária, sobretudo de alta complexidade assistencial. Essa constatação converge com o modelo clássico de avaliação da qualidade proposto por Donabedian (1988), segundo o qual os resultados produzidos pelas organizações de saúde são condicionados, em primeiro lugar, pelos atributos estruturais que sustentam os processos assistenciais. Nessa perspectiva, indicadores como taxa de ocupação, tempo médio de permanência e utilização dos leitos refletem não apenas a eficiência operacional das instituições, mas também a disponibilidade de recursos físicos, tecnológicos e humanos, bem como o perfil assistencial atribuído a cada hospital.

Ao caracterizar a rede hospitalar, demonstrou-se um cenário de complementaridade entre os estabelecimentos, embora permeada por diferenças quanto à capacidade instalada, ao número de leitos, às habilitações especializadas e à densidade tecnológica. Esse resultado encontra respaldo na concepção da RAS, segundo a qual os serviços hospitalares não devem

ser compreendidos como unidades isoladas, mas como componentes interdependentes de uma rede organizada para responder, de forma integrada, às necessidades de saúde da população (Mendes, 2019). Sob essa lógica, as diferenças estruturais observadas entre os hospitais deixam de representar desigualdades meramente organizacionais e passam a expressar distintos papéis estratégicos assumidos por cada instituição no contexto da regionalização.

Desse modo, a integração dos resultados permitiu identificar a existência de dois perfis institucionais claramente definidos. O primeiro corresponde aos hospitais de elevada densidade tecnológica, caracterizados pela concentração de habilitações de alta complexidade e pela execução de procedimentos especializados, frequentemente destinados ao atendimento de pacientes provenientes de toda a macrorregião de saúde. O segundo compreende instituições cuja principal contribuição para a rede reside na elevada oferta de leitos e na prestação de serviços de suporte clínico e hospitalar. Essa diferenciação demonstra que o porte físico das organizações não constitui, isoladamente, um indicador de relevância estratégica, uma vez que hospitais com menor capacidade instalada podem exercer importância na produção de procedimentos em diferentes níveis de complexidade técnica e tecnológica, complementando a capacidade resolutiva da rede.

Essa heterogeneidade estrutural mostrou-se diretamente associada ao comportamento dos indicadores de eficácia assistencial analisados nesta pesquisa. Os hospitais com maior concentração de habilitações especializadas apresentaram padrões distintos de utilização dessa estrutura, permanência hospitalar e ocupação dos leitos quando comparados às instituições de perfil predominantemente assistencial. Embora esses resultados possam, em uma análise superficial, ser interpretados como diferenças de desempenho gerencial, a triangulação das evidências demonstra que eles refletem, sobretudo, o perfil epidemiológico dos pacientes atendidos, a complexidade dos procedimentos realizados e a responsabilidade regional atribuída a essas instituições. Essa interpretação reforça a necessidade de contextualizar os indicadores quantitativos, evitando inferências baseadas exclusivamente na comparação direta entre hospitais com missões assistenciais substancialmente distintas.

Os resultados da análise de conteúdo corroboram essa interpretação ao evidenciarem que parte significativa das discussões registradas nas atas da CAC esteve relacionada justamente às especificidades estruturais e assistenciais das instituições. As unidades de registro revelaram recorrentes referências à concentração de determinadas especialidades, ao atendimento de pacientes regulados pela macrorregião, à ocorrência de internações em vaga zero, à judicialização da saúde e à gravidade clínica dos casos atendidos. Esses elementos demonstram que o desempenho institucional é influenciado por fatores que extrapolam a

governabilidade imediata dos gestores hospitalares, reforçando a compreensão de que a eficácia organizacional não pode ser dissociada das condições estruturais e das responsabilidades assumidas por cada hospital na rede regional.

A convergência entre a análise de conteúdo e a estatística descritiva mostrou-se particularmente evidente na interpretação das diferenças observadas entre os indicadores de eficácia assistencial dos hospitais. Enquanto a análise quantitativa identificou padrões distintos de ocupação de leitos, tempo médio de permanência e utilização da capacidade instalada, a análise qualitativa permitiu compreender os fatores organizacionais e assistenciais subjacentes a esses resultados. As atas da CAC revelaram que hospitais com maior densidade tecnológica e maior inserção regional concentravam discussões relacionadas ao atendimento de pacientes críticos, entre outros elementos que repercutem diretamente sobre indicadores tradicionalmente utilizados para avaliar eficácia hospitalar. Dessa forma, a triangulação evidenciou que parte das diferenças estatísticas entre as instituições decorre da própria configuração funcional da rede e do perfil dos casos assistidos, reduzindo o risco de interpretações que atribuam o desempenho exclusivamente à capacidade gerencial de cada hospital.

Sob essa perspectiva, os resultados também corroboram os pressupostos da regionalização estabelecidos no Sistema Único de Saúde. Conforme Mendes (2019), a regionalização pressupõe a distribuição racional das funções assistenciais entre os diferentes pontos de atenção, buscando assegurar integralidade, economia de escala e maior resolutividade. Entretanto, essa organização produz impactos diferenciados sobre os indicadores de desempenho, uma vez que hospitais responsáveis pela assistência de alta complexidade tendem a operar sob maior pressão assistencial, absorvendo pacientes mais graves, com maior permanência hospitalar, maior utilização de recursos tecnológicos e maior risco de desfechos desfavoráveis. Assim, diferenças entre indicadores não representam, necessariamente, diferenças de eficiência, mas podem refletir distintas responsabilidades assistenciais pactuadas no âmbito da rede.

Além disso, observou-se elevada coerência entre os temas predominantes identificados na análise de conteúdo e os indicadores que apresentaram maior relevância nas análises estatísticas. A elevada frequência de termos como indicador, meta, ocupação, leito, permanência e paciente demonstra que as discussões desenvolvidas no âmbito da CAC concentram-se sobre os componentes que estruturam os indicadores de eficácia assistencial analisados nesta pesquisa. Ao mesmo tempo, os registros qualitativos evidenciam que variações observadas nos indicadores frequentemente são objeto de contextualização técnica,

mediante a apresentação de justificativas relacionadas às especificidades assistenciais de cada instituição e às limitações impostas pela própria organização da rede hospitalar. Essa complementaridade demonstra que os indicadores quantitativos carecem da adequada interpretação junto às evidências qualitativas capazes de revelar os condicionantes estruturais, organizacionais e epidemiológicos que permeiam a prestação dos serviços de saúde na macrorregião.

Essa interpretação também dialoga com a literatura sobre contratualização hospitalar no SUS. Para Ugá, Porto e Piola (2012), a avaliação de desempenho deve reconhecer que os hospitais públicos e filantrópicos contratualizados exercem funções complementares dentro das redes regionalizadas, razão pela qual os mecanismos de monitoramento precisam considerar as especificidades da carteira de serviços, do perfil assistencial e da inserção territorial de cada prestador. Sob essa ótica, a utilização de indicadores padronizados, desprovidos de contextualização, tende a produzir avaliações parciais do desempenho institucional, sobretudo em redes caracterizadas por elevada heterogeneidade estrutural e tecnológica.

Em síntese, a triangulação das evidências demonstra que a estrutura da rede hospitalar constitui um determinante fundamental do desempenho institucional observado nos hospitais contratualizados de Montes Claros. A convergência entre os resultados da caracterização estrutural, da estatística descritiva e da análise de conteúdo permite concluir que os indicadores assistenciais representam a expressão quantitativa de um sistema organizado segundo princípios de regionalização, especialização funcional e complementaridade entre os serviços. Dessa forma, o desempenho dos hospitais não decorre exclusivamente da eficiência gerencial das instituições, mas da posição estratégica que cada um ocupa na rede regional de atenção à saúde, evidenciando que avaliações baseadas apenas em indicadores quantitativos são insuficientes para apreender a complexidade da contratualização hospitalar no âmbito do Sistema Único de Saúde.

4.4.2 Integração entre indicadores e contexto assistencial

Quando comparadas a análise estatística descritiva dos indicadores de desempenho e a análise de conteúdo das atas da CAC, notou-se que os resultados quantitativos observados ao longo da série histórica representam apenas a expressão final de processos assistenciais muito mais complexos do que aqueles capturados pelos indicadores numéricos. Enquanto a estatística descritiva possibilitou identificar tendências temporais, diferenças entre hospitais e

graus de cumprimento das metas pactuadas, a análise qualitativa revelou os fatores organizacionais, assistenciais e contextuais responsáveis pela produção desses resultados.

Nesse sentido, verificou-se que diversos indicadores classificados como de eficácia assistencial apresentaram comportamentos diretamente relacionados às condições concretas de funcionamento da rede hospitalar. A análise estatística identificou oscilações importantes nos indicadores de ocupação hospitalar, tempo médio de permanência, utilização dos leitos de terapia intensiva e mortalidade institucional, revelando diferenças consistentes entre os hospitais contratualizados. Entretanto, a análise de conteúdo demonstrou que tais variações não decorreram exclusivamente da eficiência administrativa ou da capacidade gerencial das instituições, mas refletiram a interação entre características epidemiológicas da população atendida, especificidades da organização regional da assistência e limitações estruturais impostas ao funcionamento da rede.

Essa convergência ficou evidente na categoria analítica denominada Contextualização Assistencial, cuja elevada representatividade entre as unidades de registro evidencia que parcela expressiva das discussões desenvolvidas pela CAC concentrou-se na interpretação clínica e operacional dos resultados quantitativos. As atas analisadas demonstram que indicadores inicialmente classificados como insatisfatórios eram frequentemente contextualizados mediante informações relacionadas à gravidade dos pacientes, à indisponibilidade de profissionais especializados, à necessidade de suspensão temporária de procedimentos, às limitações da capacidade instalada e às características assistenciais específicas de cada hospital. Dessa forma, a análise qualitativa conferiu significado aos resultados estatísticos, demonstrando que a interpretação dos indicadores exige considerar os processos assistenciais que lhes deram origem.

Essa constatação torna-se ainda mais evidente quando se analisam os registros relacionados à categoria Complexidade e Casuística. As evidências qualitativas revelaram que hospitais responsáveis pela assistência de maior densidade tecnológica absorvem rotineiramente pacientes regulados em condições de extrema gravidade, muitos deles admitidos por meio do mecanismo denominado vaga zero, previsto pela Resolução CFM nº 2.077/2014, para assegurar atendimento imediato aos casos com risco iminente de morte. Embora esse mecanismo represente importante instrumento de garantia do acesso, sua utilização repercute diretamente sobre indicadores como taxa de ocupação, permanência hospitalar e mortalidade institucional, uma vez que esses pacientes frequentemente demandam internações prolongadas, elevada utilização de recursos tecnológicos e apresentam maior probabilidade de evolução desfavorável. Sob essa perspectiva, os indicadores deixam de

refletir exclusivamente o desempenho organizacional e passam a incorporar características inerentes ao perfil clínico dos pacientes assistidos.

A judicialização da saúde constitui outro fator que emergiu de forma recorrente na análise de conteúdo e que contribui significativamente para explicar os resultados estatísticos observados. As atas registram situações em que determinações judiciais impõem a manutenção de pacientes internados por períodos superiores aos parâmetros assistenciais previstos, transformando leitos hospitalares em espaços destinados à permanência social e reduzindo a rotatividade necessária ao funcionamento eficiente da rede. Esse fenômeno repercute diretamente sobre indicadores como tempo médio de permanência e taxa de ocupação, produzindo resultados que, quando analisados isoladamente, poderiam ser interpretados como ineficiência operacional. Todavia, a triangulação evidencia que esses indicadores refletem, em parte, limitações impostas por fatores externos à governabilidade das instituições.

Outro aspecto que merece destaque refere-se ao impacto dos cuidados paliativos e do perfil epidemiológico da população atendida. As unidades de registro evidenciaram que hospitais de referência em oncologia e assistência cardiovascular concentram pacientes em estágios avançados de adoecimento, frequentemente admitidos fora da janela terapêutica ideal ou encaminhados por regulação interestadual. Esses casos apresentam maior probabilidade de evolução para óbito e permanência hospitalar prolongada, influenciando indicadores tradicionalmente utilizados para avaliar eficiência assistencial. Conforme argumentam Donabedian (1988) e Mendes (2019), resultados assistenciais somente podem ser corretamente interpretados quando considerados à luz da gravidade clínica dos pacientes e da complexidade tecnológica requerida para o cuidado, evitando comparações simplificadas entre instituições que desempenham funções assistenciais substancialmente distintas.

A análise qualitativa também revelou fatores organizacionais que interferem diretamente nos resultados quantitativos. A escassez de profissionais especializados, especialmente em determinadas linhas de cuidado, a indisponibilidade temporária de medicamentos essenciais e as dificuldades relacionadas ao abastecimento de insumos foram apontadas repetidamente como condicionantes para a suspensão de procedimentos eletivos e para alterações na dinâmica assistencial dos hospitais. Tais elementos repercutem sobre diversos indicadores de eficácia assistencial, demonstrando que o desempenho institucional não depende exclusivamente das decisões gerenciais internas, mas também da estabilidade das cadeias de suprimentos, da disponibilidade de recursos humanos e da capacidade de coordenação do sistema regional de saúde.

Outro resultado relevante da triangulação consiste na identificação de diferenças qualitativas importantes entre os hospitais, mesmo quando determinados indicadores apresentavam comportamentos estatísticos semelhantes. A análise das atas evidenciou que instituições com resultados quantitativos próximos enfrentavam desafios organizacionais distintos, relacionados ao perfil assistencial, à abrangência territorial de sua atuação, ao volume de pacientes regulados e à natureza dos procedimentos realizados. Essa constatação reforça a limitação inerente aos indicadores sintéticos de desempenho, os quais tendem a reduzir fenômenos organizacionais complexos a medidas numéricas agregadas.

Sob a perspectiva da contratualização hospitalar, esses resultados reforçam a necessidade de incorporar mecanismos de contextualização na avaliação do desempenho. A literatura sobre gestão hospitalar no SUS destaca que modelos de monitoramento baseados exclusivamente no cumprimento de metas quantitativas podem produzir incentivos inadequados quando desconsideram diferenças estruturais, epidemiológicas e assistenciais entre os prestadores (Ugá, Porto e Piola, 2012). Os achados desta pesquisa corroboram esse entendimento ao demonstrar que a própria CAC desenvolve um processo sistemático de interpretação técnica dos indicadores antes da consolidação dos resultados, reconhecendo que fatores exógenos podem comprometer o alcance das metas sem que isso represente, necessariamente, falhas de gestão.

Em síntese, a triangulação entre a estatística descritiva e a análise de conteúdo permitiu demonstrar que os indicadores quantitativos constituem apenas a manifestação observável de processos assistenciais condicionados por múltiplos fatores estruturais, epidemiológicos e organizacionais. As evidências produzidas por ambas as abordagens convergem para a compreensão de que o desempenho hospitalar resulta da interação entre a organização regional da rede, o perfil de complexidade dos pacientes, as condições operacionais dos hospitais e os mecanismos de governança empregados na contratualização. Dessa forma, a avaliação do desempenho hospitalar no âmbito do Sistema Único de Saúde demanda abordagens analíticas capazes de integrar medidas quantitativas e evidências qualitativas, permitindo interpretações mais abrangentes, contextualizadas e aderentes à complexidade inerente aos sistemas regionais de saúde.

4.4.3 A contratualização como instrumento de governança dialógica

Os resultados das análises evidenciam que o processo de contratualização hospitalar analisado nesta pesquisa ultrapassa a perspectiva tradicional de monitoramento baseada

exclusivamente na verificação do cumprimento de metas quantitativas. A integração entre a análise vocabular, a análise de conteúdo e os resultados quantitativos demonstra que a CAC desempenha um papel que transcende a fiscalização contratual, constituindo um espaço permanente de deliberação técnica, negociação institucional e construção compartilhada de soluções para os desafios da gestão hospitalar. Nessa perspectiva, os achados revelam características compatíveis com um cenário de governança dialógica, uma vez que as decisões são produzidas por meio da interação entre diferentes atores institucionais, articulando conhecimento técnico, negociação e responsabilização compartilhada.

Essa interpretação é corroborada pela distribuição das categorias temáticas identificadas na análise de conteúdo. Observou-se que as categorias Pactuação de Desempenho (25,15%) e Contextualização Assistencial (21,47%) representam quase metade das unidades de registro analisadas, superando categorias estritamente voltadas ao controle burocrático. Esse resultado indica que as reuniões da CAC concentram parcela significativa de seus esforços na interpretação dos indicadores e na discussão das circunstâncias que condicionam o desempenho hospitalar, evidenciando que o processo decisório não se limita à conferência aritmética dos resultados. Em vez disso, desenvolve-se um ambiente institucional no qual metas, evidências e justificativas são confrontadas antes da consolidação da avaliação final.

A análise das palavras reforça essa interpretação. A predominância de termos como indicador, meta, ocupação, resultado, execução, comissão, contratualização e relatório demonstra que o monitoramento contratual constitui o eixo estruturante das discussões. Entretanto, a elevada frequência desses termos não expressa apenas uma preocupação burocrática com o controle dos contratos. Ao serem analisados conjuntamente com as unidades de registro, verifica-se que tais conceitos aparecem inseridos em processos sucessivos de argumentação técnica, revisão documental e construção de consensos acerca da interpretação dos indicadores. Dessa forma, os resultados sugerem que a linguagem administrativa registrada nas atas representa menos um mecanismo de imposição hierárquica e mais um instrumento de mediação entre evidências quantitativas e contexto assistencial.

Os resultados qualitativos revelam, ainda, que a dinâmica da CAC é caracterizada por sucessivos movimentos de negociação técnica. Em diferentes momentos, observou-se a apresentação de justificativas pelos prestadores, a análise crítica dessas argumentações pelos representantes da gestão municipal, a reclassificação de determinados indicadores após saneamento das bases de dados, o deferimento ou indeferimento de justificativas e, finalmente, a consolidação dos escores de desempenho. Essa sequência evidencia que o

resultado final da contratualização não decorre de uma aplicação automática das fichas técnicas dos indicadores, mas de um processo deliberativo que busca compatibilizar os critérios normativos do contrato com a realidade operacional da assistência.

A triangulação também demonstra que a validação dos indicadores ocorre mediante mecanismos permanentes de *accountability* técnica. A categoria Validação de Conformidade, responsável por aproximadamente um quinto das unidades de registro, evidencia que a homologação dos resultados somente ocorre após a análise documental, a conferência das informações e a apreciação das justificativas apresentadas pelos hospitais. Essa etapa confere legitimidade às decisões da comissão, reduzindo a possibilidade de arbitrariedade na aplicação de glosas financeiras e fortalecendo a transparência do processo de monitoramento.

Outro aspecto que emerge da triangulação refere-se ao equilíbrio estabelecido entre controle e flexibilidade contratual. As análises evidenciaram que a CAC não atua como instância meramente homologatória das justificativas apresentadas pelos hospitais. Ao contrário, os registros demonstram elevado rigor na apreciação dos argumentos técnicos, distinguindo situações decorrentes de falhas gerenciais daquelas produzidas por fatores externos à governabilidade institucional, como judicialização, pacientes admitidos em vaga zero, limitações da regulação regional ou desabastecimento de insumos estratégicos. Dessa forma, a flexibilização observada em determinadas decisões não representa relativização do controle, mas a incorporação do contexto assistencial como elemento legítimo da avaliação do desempenho, preservando a responsabilidade fiscal e a continuidade da assistência.

Essa característica revela importante amadurecimento institucional do processo de contratualização. Em vez de reduzir a avaliação ao simples cumprimento de metas previamente definidas, a CAC incorpora elementos que aproximam o monitoramento de uma lógica de governança em rede, na qual diferentes organizações compartilham informações, negociam responsabilidades e constroem soluções voltadas à estabilidade do sistema regional de saúde. Nessa configuração, o contrato deixa de representar apenas um instrumento jurídico de controle para assumir função coordenadora das relações entre gestores e prestadores, favorecendo decisões mais aderentes à complexidade da assistência hospitalar.

Os achados desta pesquisa sugerem que a contratualização hospitalar em Montes Claros apresenta elementos compatíveis com essa evolução institucional. Embora permaneçam presentes instrumentos clássicos de monitoramento, como metas, indicadores e incentivos financeiros, a efetividade do processo depende, em grande medida, da capacidade da comissão de promover diálogo técnico, interpretar evidências e construir consensos sobre situações que não podem ser plenamente capturadas pelos indicadores quantitativos.

Embora a atuação da CAC evidencie avanços importantes na qualificação do processo de monitoramento, a triangulação dos resultados também permite identificar fragilidades que limitam o potencial desse modelo de governança. A análise de conteúdo revelou que grande parte das deliberações da comissão concentra-se na apreciação de justificativas e na reinterpretação de resultados já consolidados, conferindo ao processo um caráter predominantemente reativo, em detrimento de uma atuação voltada à prevenção de problemas e à melhoria contínua da qualidade assistencial. Além disso, a necessidade recorrente de reclassificação de indicadores, validação de informações e revisão das bases de dados evidencia limitações na confiabilidade dos sistemas de informação utilizados para o monitoramento contratual.

Soma-se a isso o fato de que indicadores padronizados, embora fundamentais para assegurar objetividade e comparabilidade, mostram-se insuficientes para captar a complexidade da assistência prestada em hospitais com perfis assistenciais distintos, tornando indispensável a contextualização qualitativa promovida pela comissão. Como consequência, parte das decisões passa a depender da capacidade argumentativa dos prestadores e da interpretação técnica dos membros da CAC, ampliando a discricionariedade do processo decisório e reduzindo sua padronização.

Em síntese, a triangulação das evidências permite concluir que a CAC exerce papel muito mais amplo do que o de instância fiscalizadora dos contratos. A convergência entre a análise vocabular, a distribuição das categorias temáticas, os registros das deliberações e os indicadores de conformidade demonstra que o monitoramento contratual constitui um processo de governança caracterizado pela articulação entre controle, negociação, *accountability*, transparência e sustentabilidade financeira da rede hospitalar. Assim, os resultados desta pesquisa indicam que a contratualização, tal como operacionalizada pela CAC, apresenta características consistentes com uma forma de governança dialógica, na qual o desempenho institucional é construído por meio da interação contínua entre evidências quantitativas, contexto assistencial e deliberação técnica compartilhada, conferindo maior legitimidade e aderência às decisões produzidas no âmbito do Sistema Único de Saúde.

4.4.4 Implicações para a gestão da contratualização no SUS

A síntese da triangulação das evidências produzidas nesta pesquisa permitiu ampliar a compreensão do desempenho dos hospitais contratualizados para além da análise isolada dos indicadores quantitativos, evidenciando que a contratualização hospitalar constitui um

processo complexo, influenciado por fatores estruturais, assistenciais, organizacionais e institucionais que interagem continuamente. A integração entre a caracterização da rede hospitalar, a estatística descritiva dos indicadores e a análise de conteúdo das atas da Comissão de Acompanhamento da Contratualização (CAC) demonstrou que o desempenho institucional resulta da combinação entre a capacidade instalada dos hospitais, sua inserção na rede regionalizada de atenção à saúde, a complexidade da casuística atendida e os mecanismos de governança empregados no monitoramento contratual. Essa constatação converge com a literatura da avaliação em saúde, segundo a qual a compreensão dos resultados depende da articulação entre estrutura, processos e resultados, evitando interpretações reducionistas baseadas exclusivamente em medidas quantitativas (Donabedian, 1988).

Entre os principais avanços identificados, destaca-se a consolidação da contratualização como instrumento de coordenação da rede hospitalar. Os resultados evidenciaram que o processo de monitoramento se encontra institucionalizado, sustentado por indicadores regularmente acompanhados por mecanismos formais de prestação de contas e pela atuação sistemática da CAC. A análise qualitativa revelou que essa comissão exerce função estratégica na interpretação dos resultados, promovendo o diálogo entre o gestor do SUS e os prestadores, buscando compatibilizar o cumprimento das metas pactuadas com as especificidades da assistência prestada. Em conjunto, esses elementos indicam um ambiente institucional relativamente estável, capaz de conferir previsibilidade às relações contratuais e maior legitimidade às decisões relativas ao desempenho hospitalar.

Outro aspecto relevante refere-se à organização regional da rede hospitalar, cuja especialização funcional demonstrou constituir importante fator para a sustentabilidade da assistência especializada na macrorregião Norte de Minas Gerais. A complementaridade observada entre os hospitais, associada à distribuição diferenciada das habilitações e da capacidade tecnológica, demonstra que a contratualização tem contribuído para estruturar uma rede baseada na cooperação entre instituições com perfis assistenciais distintos, favorecendo a racionalização da oferta de serviços de média e alta complexidade.

Entretanto, a triangulação também revelou fragilidades que limitam o potencial da contratualização como instrumento de governança. A recorrente necessidade de revisão das bases de dados, a reclassificação de indicadores, as inconsistências entre diferentes sistemas de informação e a heterogeneidade dos registros produzidos nas atas da CAC evidenciam limitações importantes na qualidade das informações utilizadas para subsidiar o processo decisório. Além disso, observou-se que parte significativa das deliberações da comissão

permanece concentrada na análise de justificativas e na correção de resultados já produzidos, conferindo ao monitoramento um caráter predominantemente reativo. Embora essa dinâmica fortaleça a legitimidade das decisões ao incorporar elementos contextuais, também amplia a discricionariedade do processo avaliativo, sobretudo quando inexistem critérios suficientemente padronizados para o deferimento de justificativas ou para a reclassificação dos indicadores.

Outra limitação identificada refere-se à capacidade explicativa do conjunto de indicadores atualmente utilizado na contratualização. Os resultados desta pesquisa demonstram que variáveis relacionadas à complexidade clínica dos pacientes, ao perfil epidemiológico regional, à judicialização da assistência, às internações em vaga zero, aos cuidados paliativos e às restrições de recursos humanos e materiais exercem influência significativa sobre o desempenho hospitalar, sem que esses fatores sejam adequadamente capturados pelos indicadores convencionais. Consequentemente, a própria atuação da CAC passa a desempenhar um papel compensatório, contextualizando resultados que os instrumentos quantitativos, isoladamente, não conseguem explicar. Esse achado sugere que parte da governança observada decorre menos da suficiência dos indicadores e mais da necessidade de suprir suas limitações interpretativas por meio da deliberação técnica.

Evidenciou-se, ainda, o emprego indistinto do termo "deferido" nas deliberações da Comissão de Acompanhamento da Contratualização. A análise documental demonstrou que essa classificação é utilizada para representar situações de natureza bastante diversa, incluindo o efetivo cumprimento da meta pactuada, a aceitação de justificativas decorrentes de fatores externos à governabilidade hospitalar, a correção de inconsistências nos sistemas de informação, a apresentação posterior de documentação comprobatória e a reinterpretação técnica de determinados indicadores. Embora todas essas situações culminem administrativamente no deferimento do resultado, elas expressam condições assistenciais e gerenciais substancialmente distintas. Como consequência, a utilização de uma única categoria decisória reduz a capacidade analítica do processo avaliativo, dificultando a distinção entre desempenho efetivamente alcançado e desempenho excepcionalmente validado em razão de circunstâncias específicas.

Uma fragilidade adicional identificada pela análise documental refere-se à ausência de padronização na elaboração das atas da CAC, já que se observou significativa heterogeneidade quanto ao nível de detalhamento dos registros produzidos. Enquanto algumas atas apresentam descrições técnicas consistentes, contendo contextualização clínica, justificativas fundamentadas, documentação comprobatória e explicitação do processo

decisório, outras restringem-se a registros sintéticos, limitando-se à informação sobre o deferimento ou indeferimento das solicitações, sem explicitar os fundamentos técnicos que subsidiaram a decisão. Essa assimetria compromete a rastreabilidade das deliberações, dificulta análises comparativas entre os hospitais e pode introduzir vieses no processo de avaliação, uma vez que instituições com registros mais completos dispõem de melhores condições para demonstrar circunstâncias que justificam eventuais desvios em relação às metas pactuadas.

As evidências obtidas apontam, portanto, para a necessidade de aperfeiçoamento do modelo de contratualização hospitalar. Em primeiro lugar, recomenda-se o fortalecimento dos sistemas de informação utilizados no monitoramento, mediante maior integração entre as bases de dados assistenciais, administrativas e financeiras, reduzindo inconsistências que comprometem a confiabilidade dos indicadores. Em segundo lugar, mostra-se necessária a revisão periódica do conjunto de indicadores pactuados, incorporando variáveis capazes de refletir com maior precisão o perfil assistencial dos hospitais e a complexidade dos pacientes atendidos, especialmente nas instituições responsáveis pela assistência de alta complexidade. Em terceiro lugar, recomenda-se a institucionalização de planos de melhoria decorrentes das deliberações da CAC, estabelecendo metas corretivas, responsáveis, prazos e mecanismos de acompanhamento contínuo, de forma que o processo de monitoramento ultrapasse a lógica da validação retrospectiva dos resultados e assuma caráter prospectivo, orientado para a aprendizagem organizacional.

Sob a perspectiva da gestão pública, os resultados desta pesquisa reforçam a necessidade de integrar abordagens quantitativas e qualitativas na avaliação do desempenho hospitalar. Indicadores permanecem sendo instrumentos indispensáveis para assegurar objetividade, transparência e comparabilidade, porém sua utilização deve ser acompanhada por mecanismos capazes de interpretar o contexto assistencial no qual os resultados são produzidos. Nesse sentido, a análise qualitativa deixa de desempenhar papel meramente complementar e passa a constituir componente essencial da avaliação da contratualização, conferindo maior robustez técnica e legitimidade às decisões.

Em síntese, a triangulação das evidências demonstra que o aperfeiçoamento da contratualização hospitalar no Sistema Único de Saúde depende não apenas da revisão dos indicadores de desempenho, mas também do fortalecimento dos mecanismos de governança, da qualificação dos sistemas de informação e da incorporação sistemática do contexto assistencial ao processo avaliativo. Os resultados indicam que a efetividade da contratualização está associada à capacidade de equilibrar objetividade e contextualização,

controle e diálogo, padronização e flexibilidade, de modo que os instrumentos de monitoramento reflitam, com maior fidelidade, a complexidade inerente às redes regionalizadas de atenção à saúde. Assim, esta pesquisa contribui para o avanço do debate sobre a gestão hospitalar no SUS ao demonstrar que a avaliação do desempenho institucional deve ser compreendida como um processo integrado, multidimensional e orientado não apenas à verificação do cumprimento de metas, mas, sobretudo, ao fortalecimento da governança e da capacidade de resposta dos serviços públicos de saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este é, sobretudo, um estudo sobre um fragmento da política pública de saúde brasileira, analisado a partir de um recorte delimitado no tempo e no espaço. Esta dissertação apresenta os resultados de uma investigação acerca das complexidades inerentes à gestão pública da saúde, com foco nos processos de regionalização e nos desafios da descentralização administrativa, especialmente na região norte de Minas Gerais. Os achados permitiram compreender como a articulação entre diferentes níveis de governança em saúde impacta a eficiência da atenção e a qualificação da assistência prestada à população.

A principal relevância desta pesquisa consiste na necessidade latente de buscar mecanismos capazes de aprimorar a gestão do SUS, especialmente em Montes Claros, onde se concentra parcela expressiva da oferta regional de serviços de saúde em razão de sua condição de polo macrorregional. Essa configuração exige coordenação logística e financeira rigorosa, além de ações de governança capazes de concatenar as necessidades regionais com a capacidade de resposta dos prestadores de serviços.

Esta pesquisa teve como objetivo analisar o desempenho dos hospitais contratualizados de Montes Claros (MG), a partir dos indicadores da contratualização do Sistema Único de Saúde, considerando a organização da rede hospitalar, os resultados assistenciais e o processo de monitoramento conduzido pela Comissão de Acompanhamento da Contratualização (CAC). Para tanto, adotou-se uma abordagem metodológica de métodos mistos, combinando análise estatística descritiva dos indicadores de desempenho com análise de conteúdo das atas da comissão, integradas por meio da triangulação metodológica. Essa estratégia permitiu compreender o desempenho hospitalar não apenas sob a perspectiva dos resultados quantitativos, mas também a partir dos processos organizacionais, assistenciais e decisórios que condicionam sua produção.

Em termos de centralidade de Alta Complexidade e diversidade de atuação, a Santa Casa se consolidou como uma instituição de referência sistêmica, apresentando a maior robustez física, juntamente com o maior portfólio de habilitações exclusivas, especialmente em linhas de cuidado críticas como transplantes, assistência ao AVC agudo e cuidados a queimados. Essa configuração demonstra uma capacidade de resposta multifocal, essencial para a estabilidade macrorregional.

Em relação à densidade crítica e ao suporte intensivo, observa-se um fenômeno de especialização e crescimento da oferta, liderado pelo Hospital das Clínicas Mário Ribeiro. Isso porque, embora possua uma participação menor em habilitações específicas, a instituição

detém a maior densidade de leitos de UTI. Essa característica o define como um suporte fundamental para a absorção de demandas críticas, funcionando como reforço para as demais unidades do município e para os hospitais da macrorregião. Esse hospital se configura como uma oportunidade para a expansão de novas linhas de cuidado, porque conta com infraestrutura já em funcionamento, carecendo apenas da habilitação formal de serviços de maior complexidade. Entretanto, o baixo desempenho da instituição no período avaliado, se configura como um aspecto que exige cautela interpretativa. Ainda que ela tenha apresentado uma recuperação considerável nos dois últimos quadrimestres avaliados, persiste a necessidade de ampliar o espaço temporal de avaliação para assegurar que a tendência observada em 2024 se consolide.

Os demais hospitais se enquadram na categoria de nichos técnicos e vocação assistencial, uma vez que operam com vocações definidas que equilibram o sistema. O Hospital Dilson Godinho destaca-se pela alta especialização cirúrgica e oncológica em uma estrutura física enxuta, ou seja, pela elevada proporção entre leitos e habilitações cirúrgicas especializadas em relação à sua capacidade instalada, enquanto o Hospital Clemente de Faria e o Aroldo Tourinho garantem a capilaridade em áreas específicas, ambos na saúde mental, sendo que o Clemente de Faria também se destaca na atenção materno-infantil e na infectologia.

Nesse sentido, é notório que, apesar de operarem próximos ao limite de sua capacidade instalada, os hospitais Santa Casa e Dilson Godinho mantêm o funcionamento da rede com o seu alto grau de especialização, mas apresentam risco de saturação, o que aponta para a consolidação dos outros hospitais no papel de retaguarda do sistema, já que possuem capacidade de absorção de demanda clínica, especialmente o Aroldo Tourinho e o Mário Ribeiro.

Os resultados evidenciaram que o desempenho dos hospitais não pode ser explicado exclusivamente pela eficiência gerencial ou pelo cumprimento das metas pactuadas. A caracterização da rede hospitalar demonstrou expressiva heterogeneidade entre as instituições quanto à capacidade instalada, à distribuição de leitos, às habilitações especializadas e à densidade tecnológica, permitindo identificar diferentes perfis assistenciais no interior da rede regional. Essa configuração confirma que os hospitais exercem funções complementares e assumem responsabilidades distintas na Rede hospitalar, de modo que a interpretação dos indicadores somente se torna consistente quando contextualizada pela posição estratégica ocupada por cada estabelecimento. Esse achado reforça os pressupostos da regionalização do

SUS e do modelo estrutura-processo-resultado de Donabedian (1988), segundo o qual os resultados assistenciais são condicionados pelas características estruturais das organizações.

A análise dos indicadores de eficácia assistencial, qualidade, segurança do paciente, governança clínica e desempenho contratual demonstrou comportamentos distintos entre os hospitais ao longo da série histórica, revelando avanços em alguns indicadores e persistência de desafios em outros. Entretanto, a triangulação demonstrou que parte dessas diferenças decorre menos da capacidade administrativa das instituições e mais das especificidades da assistência prestada, da complexidade dos pacientes atendidos, da concentração de habilitações de alta complexidade e da própria organização regional da rede. Aspectos como judicialização da saúde, admissões em vaga zero, cuidados paliativos, escassez de profissionais especializados, desabastecimento de insumos e características epidemiológicas da população assistida mostraram-se determinantes relevantes para a compreensão dos resultados quantitativos, embora permaneçam pouco representados pelos indicadores tradicionalmente utilizados na contratualização.

De modo complementar, a análise de conteúdo das atas da Comissão de Acompanhamento da Contratualização revelou que o monitoramento contratual ultrapassa a simples verificação do cumprimento de metas. As categorias temáticas identificadas demonstraram que parcela significativa das discussões se concentra na contextualização dos resultados, na negociação de metas, na validação técnica de justificativas, na reclassificação de indicadores e na busca pelo equilíbrio entre sustentabilidade financeira e garantia da assistência. Esses achados evidenciam que o processo decisório desenvolvido pela comissão incorpora elementos de diálogo, cooperação e construção compartilhada de soluções, aproximando-se das concepções contemporâneas de governança colaborativa. Assim, a contratualização deixa de representar apenas um mecanismo de controle administrativo para assumir características de um arranjo institucional voltado à coordenação das relações entre gestores e prestadores.

Entretanto, a pesquisa também evidenciou limitações importantes nesse modelo. A necessidade recorrente de contextualização dos indicadores demonstra que o conjunto de métricas atualmente utilizado é insuficiente para representar a complexidade da assistência hospitalar em uma rede regionalizada. Em diversas situações, indicadores formalmente insatisfatórios decorreram de fatores externos à governabilidade dos hospitais, como determinações judiciais, limitações da regulação do acesso, indisponibilidade de recursos humanos ou características da casuística atendida. Consequentemente, a Comissão de Acompanhamento da Contratualização passa a exercer uma função interpretativa

indispensável para conferir legitimidade às decisões, suprindo limitações inerentes aos próprios instrumentos de avaliação. Esse resultado constitui uma das principais contribuições desta pesquisa, ao demonstrar que a governança dialógica observada na contratualização emerge, em grande medida, como resposta institucional às insuficiências dos indicadores quantitativos para representar a realidade assistencial.

Outra fragilidade identificada refere-se à qualidade e à padronização das informações produzidas durante o monitoramento contratual. A análise documental revelou diferenças expressivas entre as atas das reuniões da CAC, observando-se que algumas instituições registram discussões técnicas detalhadas, com contextualização clínica, fundamentação das decisões e descrição dos encaminhamentos, enquanto outras produzem registros sintéticos, limitados à indicação dos resultados deliberados. Essa heterogeneidade reduz a comparabilidade entre os hospitais, dificulta a rastreabilidade das decisões e compromete a memória institucional do processo de contratualização. Soma-se a isso o emprego indistinto do termo “deferido”, utilizado para situações substancialmente diferentes, como cumprimento integral das metas, aceitação de justificativas assistenciais, correção de inconsistências em bases de dados ou reconhecimento de fatores externos ao controle dos prestadores. Embora administrativamente equivalentes, essas situações possuem significados distintos para a avaliação do desempenho e sua agregação em uma única categoria reduz o poder discriminatório do sistema de monitoramento.

Ademais, verificou-se significativa heterogeneidade quanto ao nível de detalhamento das atas produzidas pelas instituições participantes, circunstância que influenciou a profundidade da análise qualitativa e evidencia a necessidade de maior padronização dos registros documentais utilizados pela CAC.

As evidências produzidas permitem afirmar que o aperfeiçoamento da contratualização hospitalar depende de avanços que extrapolam a simples revisão das metas pactuadas. Mostra-se necessária a qualificação dos sistemas de informação utilizados na avaliação, reduzindo inconsistências entre bases de dados e fortalecendo a confiabilidade dos indicadores. Da mesma forma, recomenda-se a adoção de modelos semiestruturados para o registro das reuniões da Comissão de Acompanhamento da Contratualização, contendo campos padronizados para descrição dos indicadores analisados, justificativas apresentadas, evidências examinadas, fundamentação das decisões, encaminhamentos pactuados e responsáveis pelo acompanhamento. Também se recomenda a revisão da classificação das deliberações da comissão, distinguindo o cumprimento efetivo das metas das situações deferidas por justificativas técnicas ou por fatores externos, ampliando a transparência e a

capacidade analítica do processo avaliativo. Complementarmente, a institucionalização de planos de melhoria decorrentes das deliberações da CAC pode contribuir para deslocar o monitoramento de uma lógica predominantemente reativa para um modelo orientado à aprendizagem organizacional e à melhoria contínua.

Sob a perspectiva da gestão pública, esta pesquisa reforça que sistemas de avaliação baseados exclusivamente em indicadores quantitativos apresentam limitações importantes quando aplicados a organizações complexas, como hospitais inseridos em redes regionalizadas de atenção à saúde. A integração entre evidências quantitativas e qualitativas mostrou-se essencial para compreender o desempenho institucional, evidenciando que indicadores devem ser interpretados à luz das condições estruturais, epidemiológicas e organizacionais em que os serviços são produzidos. Essa constatação converge com a literatura sobre avaliação em saúde, governança pública e gestão em redes, reafirmando que processos decisórios mais legítimos dependem da articulação entre objetividade técnica, transparência, diálogo e responsabilização compartilhada.

Como produto técnico desta dissertação, foi elaborado o Protocolo de Monitoramento e Transparência da Contratualização Hospitalar, instrumento que consolida, em um único relatório, os indicadores de desempenho, as metas pactuadas e os resultados alcançados pelos hospitais contratados, conferindo maior transparência e rastreabilidade ao processo de avaliação. O protocolo foi concebido a partir dos achados da pesquisa, incorporando as fragilidades identificadas na dinâmica de monitoramento da CAC, como a inconsistência dos sistemas de dados, a não padronização das atas e o caráter reativo da avaliação, e propondo soluções operacionais para cada uma delas. Sua adoção junto à Secretaria Municipal de Saúde constitui desdobramento imediato desta pesquisa, prevendo-se: (a) a apresentação formal do protocolo à gestão municipal e à CAC, com vistas à sua incorporação ao fluxo regular de monitoramento; (b) a realização de um período piloto de aplicação, no qual o instrumento será testado e ajustado às rotinas institucionais; e (c) a validação conjunta com os gestores e representantes hospitalares, assegurando que o protocolo atenda às necessidades reais da contratualização.

Em uma análise geral, pode-se afirmar que a pesquisa atingiu os objetivos propostos. Quanto a caracterizar a rede hospitalar contratada, análise revelou uma rede heterogênea, composta por quatro hospitais filantrópicos e um público estadual, com 68 habilitações distribuídas em 48 categorias e 865 leitos contratados pelo SUS. Essa heterogeneidade estrutural (densidade tecnológica, perfil assistencial e vocação clínica) demonstrou-se

condicionante direta do desempenho, o que inviabiliza comparações diretas entre instituições e exige a meta contratual como referência de avaliação.

Em relação ao interesse de analisar a dinâmica de monitoramento da CAC, a análise de conteúdo, organizada em cinco categorias temáticas, revelou que a CAC opera como espaço de governança dialógica, ou seja, de deliberação técnica, negociação e corresponsabilização, e não como mera auditoria aritmética. Além disso, identificaram-se, fragilidades, representadas pelo monitoramento reativo, sistemas de dados inconsistentes, atas não padronizadas e uso indiscriminado do termo 'deferido', os quais requerem enfrentamento objetivo no sentido de fortalecer a atuação da comissão.

Já quanto ao objetivo de analisar os resultados dos indicadores da contratualização, a análise descritiva e a triangulação realizada demonstrou que o desempenho hospitalar é condicionado por atributos estruturais (modelo de Donabedian) e por fatores exógenos, como a judicialização da saúde, admissões em vaga zero, perfil epidemiológico e fragilidade da cadeia de suprimentos, que escapam ao controle contratual. Além disso, notou-se heterogeneidade no desempenho dos hospitais, o que reforça a necessidade de considerar o perfil e a capacidade assistencial de cada um deles.

Como agenda para pesquisas futuras, recomenda-se a realização de estudos comparativos entre diferentes regiões de saúde e estados brasileiros, permitindo verificar em que medida os padrões identificados em Montes Claros se reproduzem em outros arranjos de contratualização. Investigações que incorporem entrevistas, observação participante ou estudos de caso poderão aprofundar a compreensão dos processos deliberativos desenvolvidos pelas comissões de acompanhamento. Também se mostra promissora a construção e validação de modelos de avaliação que integrem indicadores quantitativos, variáveis de complexidade assistencial e mecanismos qualitativos de contextualização, contribuindo para o desenvolvimento de sistemas de monitoramento mais sensíveis às especificidades da assistência hospitalar.

Entre as limitações deste estudo, destaca-se sua realização em uma única macrorregião de saúde, o que recomenda cautela quanto à generalização dos resultados para outros contextos organizacionais. No que se refere às fontes de evidência, a pesquisa concentrou-se na análise documental das atas da CAC e dos indicadores pactuados, sem a realização de entrevistas com gestores, profissionais de saúde ou representantes do controle social. Essa opção metodológica foi deliberadamente adotada em razão da posição institucional do pesquisador, integrante da gestão municipal de saúde, buscando minimizar potenciais vieses decorrentes da interação direta com os participantes e preservar a imparcialidade na produção

dos dados. Assim, privilegiou-se a utilização de documentos institucionais oficiais, elaborados independentemente dos objetivos da pesquisa, conferindo maior objetividade e rastreabilidade às evidências analisadas. Por outro lado, reconhece-se que a estratégia adotada restringe a compreensão de aspectos subjetivos relacionados às percepções dos diferentes atores envolvidos no processo de contratualização.

Conclui-se, portanto, que a contratualização hospitalar constitui instrumento essencial para a organização da assistência especializada no Sistema Único de Saúde, mas sua efetividade depende da capacidade de integrar avaliação quantitativa, interpretação qualitativa e governança institucional. A principal contribuição desta pesquisa consiste em demonstrar que o desempenho hospitalar não pode ser reduzido ao cumprimento de metas previamente estabelecidas, pois resulta da interação entre estrutura da rede, contexto assistencial, processos de gestão e mecanismos de deliberação desenvolvidos no âmbito da Comissão de Acompanhamento da Contratualização. Nesse sentido, a contratualização revela-se não apenas como um instrumento de controle, mas como um processo de governança capaz de produzir coordenação, aprendizagem institucional e aperfeiçoamento contínuo da gestão pública, desde que seus indicadores, seus sistemas de informação e seus mecanismos deliberativos evoluam de forma integrada para responder à complexidade das redes de atenção à saúde no SUS.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Maria do Socorro Veloso; MORAIS, Heloísa Maria Mendonça de; LIMA, Luci Praciano. Contratualização em saúde: arena de disputa entre interesses públicos e privados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1825–1834, jun. 2015. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.11862014. Acesso em: 05 fev. 2025.

ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi de *et al*. Governança regional do sistema de saúde no Brasil: configurações de atores e papel das Comissões Intergovernamentais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 10, p. 3151–3161, out. 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/yH7nBfShn6BVnJKWQBtbQMp/?format=html&lang=pt

ALVES, Daniel Figueiredo de Almeida; CARNUT, Leonardo; MENDES, Áquilas. Dimensionamento da 'economia política' na 'economia da saúde': para refletir sobre o conceito de sustentabilidade. **Saúde em Debate**, v. 43, n. spe5, p. 145–160, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-11042019S513. Acesso em: 29 jan. 2025.

AMORIM, Dênia Aparecida de; OLIVEIRA, Nicole Batistuta Manzi de. O princípio da integridade na governança pública brasileira: uma revisão sistemática. **Revista de Auditoria, Governança e Contabilidade**. v.10, n.43, p.1-21/2022. Disponível em: https://revistas.fucamp.edu.br/index.php/ragc/article/view/2700. Acesso em: 20 jan. 2024.

ANDRIOLO, Leonardo J. **A Reforma do Estado de 1995 e o Contexto Brasileiro**. 30º ENANPAD 2006. 23 a 27 de setembro 2006. Salvador/BA. Disponível em: http://www.anpad.org.br/enanpad/2006/dwn/enanpad2006-apsa-0480.pdf. Acesso em: 5 ago. 2025.

BARBOSA, Nelson Bezerra; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. As organizações sociais de saúde como forma de gestão público/privado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2483–2495, 2010. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500023. Acesso em: 19 fev. 2026.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Tradução: Luiz Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016.

BASTOS, Suzana Quinet; GOMES, Bruno Silva; BONIOLI, Rafaela Santos. Uma avaliação para média complexidade do plano diretor de regionalização da saúde de Minas Gerais (PDR/MG). **Revista de Desenvolvimento Econômico**, v. 2, n. 43, p. 111-135, 2019. Disponível em: https://revistas.unifacs.br/index.php/rde/article/view/5995. Acesso em: 9 jan. 2026.

BIROCHI, Renê. **Metodologia de estudo e de pesquisa em administração**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; Brasília: CAPES. 2015. Disponível em: https://educapes.capes.gov.br/handle/capes/194966. Acesso em: 20 jan. 2024.

BRASIL. Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005. Dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 7 abr. 2005.

BRASIL. Lei nº 13.019, de 31 de julho de 2014. Estabelece o regime jurídico das parcerias entre a administração pública e as organizações da sociedade civil. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1 ago. 2014.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre a organização e o funcionamento Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União,** Brasília, 1990. 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual técnico do cadastro nacional de estabelecimentos de saúde**: versão 2. Brasília, 2006. Disponível em: https://cnes.datasus.gov.br/pages/downloads/documentacao.jsp. Acesso em 23/03/2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 3.410, de 30 de dezembro de 2013**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt3410_30_12_2013.html. Acesso em: 12 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 545, de 20 de maio de 1993**. Aprova a Norma Operacional Básica nº 01/93. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 21 de maio de 1993. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html. Acesso em: 12 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 1.631, de 1º de outubro de 2020. Dispõe sobre os critérios de elegibilidade para o cofinanciamento federal da atenção especializada. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 913, de 22 de abril de 2022. Declara o encerramento da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da infecção humana pelo novo coronavírus. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.662, de 3 de setembro de 2010. Estabelece o Índice de Avaliação do Pacto pela Saúde (IAC) e regulamenta o repasse de recursos financeiros. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 4 set. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.925, de 1° de novembro de 2017. Altera os fluxos de financiamento do bloco de atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 3 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 511, de 29 de dezembro de 2000. Cadastra e estrutura as redes de alta complexidade hospitalar no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 dez. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 258, de 07 de janeiro de 1991**. Aprova a Norma Operacional Básica nº 01/91. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 10 de janeiro de 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de operação do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em:

https://cnes.datasus.gov.br/EstatisticasServlet?path=SCNES_MANUAL_OPERACAO.ZIP. Acesso em: 3 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Manual de orientações para contratação de serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_orientacoes_contratacao_servicos_saude.pdf. Acesso em: 10 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de cadastro nacional de estabelecimentos de saúde**: manual de operação. 3. ed. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: https://cnes.datasus.gov.br/pages/downloads/documentacao.jsp. Acesso em: 03 mar. 2025.

BRASIL. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre as diretrizes para pesquisa com seres humanos. 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 26 jan. 2024.

BRIZOLA, Jeremias Bequer. **Análise de desempenho de um hospital de ensino antes e após a contratualização com o Sistema Único de Saúde**. Dissertação: Universidade de Londrina, 2010. Disponível em: https://repositorio.uel.br/srv-c0003-s01/api/core/bitstreams/d491797a-cfc4-4ebe-b736-6ad60b6a65b2/content. Acesso em: 16 set. 2024.

CAMPELO, Graham Stephen Bentzen. Administração Pública no Brasil: ciclos entre patrimonialismo, burocracia e gerencialismo, uma simbiose de modelos. **Ciência & Trópico**, Recife, v.34, n. 2, p. 297-324, 2010. Disponível em: https://periodicos.fundaj.gov.br/CIC/article/view/871/592. Acesso em: 10 jan. 2024.

CANCIAN, Mario, CAVALCANTE, Wylma Tenorio, PINHO Silvia Teixeira de. Desafios na gestão pública no processo de gestão em saúde: uma revisão de literatura. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, 5(4), 2697–2715. 2023. Disponível em: https://doi.org/10.36557/2674-8169.2023v5n4p2697-2715 . Acesso em: 3 fev. 2026.

CARNNUT, Leonardo; NARVAI, Paulo Capel. Avaliação de desempenho de sistemas de saúde e gerencialismo na gestão pública brasileira. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.25, n.2, p.290-305, 2016. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-12902016144614. Acesso em: 05 jan. 2023.

CHAVES, Lenir Aparecida *et al*. Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS) 2015-2016: uma análise sobre os hospitais no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia** [online]. v. 24. 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1980-549720210002. Acesso em: 3 fev. 2026.

CHEBLI, Juliana de Oliveira; PAIVA, Sergio de Castro; STEPHEN-SOUZA, Marcos. O arcabouço jurídico-normativo do processo de descentralização e regionalização da saúde: percurso de sua consolidação. **Revista de APS**, Juiz de Fora, 2010. Disponível em: https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14560. Acesso em: 4 ago. 2025.

DI MÉO, Guy. Introdução ao debate sobre a metropolização. **Confins** [on line], 4 | 2008, 2008, Disponível em: http://journals.openedition.org/confins/5433 . Acesso em: 3 jan. 2024.

DONABEDIAN, Avedis. Evaluating the Quality of Medical Care. **The Milbank Quarterly**, 83: 691-729, 2005. Disponível em: https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x. Acesso em: 29 out. 2025.

EISENHARDT, Kathleen M. Agency theory: an assessment and review. **Academy of Management Review**, v. 14, n. 1, p. 57-74, 1989. Disponível em: https://doi.org/10.5465/amr.1989.4279003. Acesso em: 27 jun. 2026.

FELICIELLO, Domenico *et al*. **A contratualização de serviços de saúde**: guia prático para gestores e gerentes de serviços de saúde do SUS. Campinas, SP : UNICAMP, 2016. Disponível em: https://akvvdws.s.gy/wyE2vX. Acesso em: 2 jan. 2024.

FERREIRA JUNIOR, Sílvio *et al*. Desigualdades nas Necessidades em Saúde entre os Municípios de Minas Gerais: uma Abordagem Empírica no Auxílio às Políticas Públicas. **Administração Pública e Gestão Social**, vol. 9, núm. 2. Viçosa, 2017. Disponível em: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=351557759006 . Acesso em: 5 fev. 2026.

FRANÇA, Iara Soares de; SOARES, Beatriz Ribeiro. Rede urbana regional, cidades médias e centralidades: estudo de Montes Claros e dos centros emergentes de Pirapora, Janaúba e Januária no Norte de Minas Gerais. **Revista Brasileira De Estudos Urbanos E Regionais**, 14(2), 169. 2012. Disponível em: https://doi.org/10.22296/2317-1529.2012v14n2p169. Acesso em: 5 fev. 2026.

FUNCIA, F. R.; OCKÉ-REIS, C. O. **Efeitos da política de austeridade fiscal sobre o gasto público federal em saúde**. In: ROSSI, P.; DWECK, E.; OLIVEIRA, A. L. M. de. (Org.). Economia para poucos: impactos sociais da austeridade e de alternativas para o Brasil. São Paulo: Autonomia Literária, 2018. p. 83-97. Disponível em: https://akvvdws.s.gy/SuxeC1. Acesso em: 12 nov. 2025.

FUNCIA, Francisco R. Orçamento federal x direito à saúde. **Pesquisa & Debate**, v. 35, n. 2, 2022. Disponível em: https://revistas.pucsp.br/index.php/rpe/article/view/60240. Acesso em: 16 mai. 2026.

GABARDO. Emerson. Princípio da Eficiência. **Enciclopédia jurídica da PUCSP**. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2017. Disponível em: https://www.academia.edu/33015227/O_princ%C3%ADpio_da_efici%C3%AAncia. Acesso em: 21 jan. 2024.

GOMES. Eduardo Granha Magalhães. **Gestão por Resultados e eficiência na Administração Pública:** uma análise à luz da experiência de Minas Gerais. Tese. 2009. disponível em: https://repositorio.fgv.br/server/api/core/bitstreams/a3232268-3016-4046-980d-809be525c7f5/content. Acesso em: 19 jan. 2024.

GOSHTASEBI, Azita *et al*. Assessing Hospital *Performance* by the Pabon Lasso Model. **Iran J Public Health**. 1;38(2):119-124. Disponível em: https://ijph.tums.ac.ir/index.php/ijph/article/view/3197/2996. Acesso em: 18 fev. 2026.

HOFFMANN, Carlos Alberto Kalinovski; GONÇALVES, Sabrina Adriana. O direito à saúde e a contratualização no SUS: aspectos gerais e a complementaridade na atenção à saúde. **Revista Eletronica da ESA/RS**. Vol. 11. n. 1, 2022. Disponível em: https://www.oabrs.org.br/arquivos/file_632a703f689ab.pdf. Acesso em: 3 jan. 2024.

IBAÑEZ, Nelson; VECINA NETO, Gonzalo. Modelos de gestão e o SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, p. 1831–1840, nov. 2007. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000700006. Acesso em: 29 mar. 2025.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Os Consórcios públicos e o desenvolvimento das políticas públicas**: o papel dos territórios. 39 p. Brasília: Ipea, 2025. Disponível em: https://dx.doi.org/10.38116/ri-consorcios-publicos . Acesso em: 12 mar. 2026.

JENSEN, Michael C.; MECKLING, William H. Theory of the firm: managerial behavior, agency costs and ownership structure. **Journal of Financial Economics**, v. 3, n. 4, p. 305-360, 1976. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0304405X7690026X. Acesso em: 27 jun. 2026.

JESUS, Washington Luiz Abreu de, *et al*. **Planejamento em saúde no Brasil**: configurações e tendências no sistema e nos serviços de saúde. In: JESUS, WLA.; ASSIS, MMA., orgs. Desafios do planejamento na construção do SUS [online]. Salvador: EDUFBA, 2011, pp. 61-77. Disponível em: https://books.scielo.org/id/w8k6j/pdf/jesus-9788523211769-06.pdf. Acesso em: 17 out. 2025.

KISSLER, Léo; HEIDEMANN, Francisco G. Governança pública: novo modelo regulatório para as relações entre Estado, mercado e sociedade. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro 40(3):479-99, Maio/Jun. 2006. disponível em: https://www.scielo.br/j/rap/a/rwrQDBzcvb7qVLGgdBvdWDH/?format=pdf. Acesso em: 21 jan. 2024.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Maria de Andrade. F**undamentos de metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas 2008.

LAZARINI, Welington Serra; SODRÉ, Francis. O SUS e as políticas sociais: desafios contemporâneos para a atenção primária à saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 14, n. 41, 2019. Disponível em: https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1904. Acesso em: 16 maio 2026.

LÉLIS, Leandro José Barros. Indicador de resolubilidade como instrumento de avaliação da regionalização da assistência à saúde no SUS/MG. **CONSAD**. 2012. Disponível em: https://akvvdws.s.gy/FFLAJF. Acesso em: 7 fev. 2026.

LEMOS, Jenna Emanuela Soares de *et al*. Apoiando decisões e orientando resultados com uso de indicadores na gestão pública. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 8, e510985587, 2020. Disponível em: https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/5587/5101. Acesso em: 21 jan. 2024.

LIBERATTI, Vanessa M. *et al*. Percepção de gestores, prestadores e auditores sobre a contratualização no Sistema Único de Saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 3, 2020, e00274105. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00274. Disponível em: https://www.scielo.br/j/tes/a/N36GKJZG8rkQyT5WnwmJB4p/. Acesso em: 03 jan. 2024.

LIMA, **Luciana Dias de** *et al*. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p.

2881–2892, nov. 2012. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100005. Acesso em: 7 fev. 2026.

LIMA, S. M. L.; RIVERA, F. J. U.. A contratualização nos Hospitais de Ensino no Sistema Único de Saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 9, p. 2507–2521, set. 2012. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000900031. Acesso em: 3 fev. 2025

LOPES, Paulo Cícero Borges; PEREIRA, Luiz Andrei Gonçalves. Análise espacial do índice de vulnerabilidade social nas novas divisões regionais do Estado de Minas Gerais-Brasil. **Ateliê Geográfico**, Goiânia, v. 16, n. 3, p. 173–191, 2022. Disponível em: https://revistas.ufg.br/atelie/article/view/73627. Acesso em: 7 fev. 2026.

MACÊDO, Everton; SILVA *et al*. Análise dos modelos de pagamento aplicados ao financiamento federal na perspectiva do Sistema Único de Saúde. **Jornal Brasileiro de Economia da Saúde**, [S. l.], v. 14, n. Suplemento 1, p. 65–76, 2022. Disponível em: https://www.jbes.com.br/index.php/jbes/article/view/98 . Acesso em: 19 fev. 2026.

MACHADO, Danyele da Silva, Lelis, Davi Augusto Santana de; Clark, Giovani. (2023). tabela de procedimentos do sus à luz da ordem econômica: ausência de correção inflacionária da remuneração das Santas Casas no âmbito da saúde pública. **Revista Estudos Institucionais**, 8(3), 481–506. Disponível em: https://doi.org/10.21783/rei.v8i3.713 . Acesso em: 19 abr. 2025.

MACHADO, Elaine; MARTINS, Ricardo; LEITE, Solange. Modelos de pagamento em saúde e incentivos para a eficiência hospitalar no SUS. **Jornal Brasileiro de Economia da Saúde**, v. 8, n. 1, p. 23:36, 2016.

MACHADO, Juliana Pires; MARTINS, Mônica; LEITE, Iuri da Costa. Variação do desempenho hospitalar segundo fontes de pagamento nos estados de São Paulo e Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 7, p. e00114615, 2016. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0102-311X00114615. Acesso em: 27 mar. 2026.

MAGALHÃES, Sandra Célia Muniz; LIMA, Samuel do Carmo. Cenário da rede de saúde no norte de Minas Gerais. **Hygeia: Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**. 2012. Disponível em: https://doi.org/10.14393/Hygeia819880. Acesso em: 21 out. 2025.

MARTINS, Carlos Renato; THEÓPHILO, Carlos Renato. **Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas**. São Paulo: Atlas, 2009.

MELLO, G. A. *et al*.. O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1291–1310, abr. 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/ML5vsyD9WccNyD93RmJtJRH/?lang=pt. Acesso em: 3 out. 2024.

MELLO, Guilherme Arantes *et al*. O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2017, v. 22, n. 4, pp. 1291-1310. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26522016>. ISSN 1678-4561. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26522016. Acesso em: 3 out. 2024.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Desafios do SUS**. Brasília, DF: CONASS, 2019. Disponível em: https://www.conass.org.br/biblioteca/desafios-do-sus/. Acesso em: 3 jan. 2024.

MENEZES, Andrea Soares Paes de. **Sustentabilidade do atendimento ao SUS**: um estudo de casos múltiplos em entidades filantrópicas de assistência à saúde da região leste paulista. 2012 – Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Sustentável e Qualidade de Vida). Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino. São João da Boa Vista, 2012. Disponível em: https://tinyurl.com/5f9hej8y. Acesso em: 13 out. 2025.

MINAS GERAIS. **Ajuste do Plano Diretor de Regionalização de Saúde de Minas Gerais (PDR/MG)**. 1. ed. Belo Horizonte: SES-MG, 2020. Disponível em: https://akvvdws.s.gy/0HgJyb. Acesso em: 03 nov. 2024.

MINAS GERAIS. **Manual de contratação para a prestação de ações e serviços de saúde ao SUS/MG**. Belo Horizonte: SES-MG, 2025. Disponível em: https://bit.ly/3RD619s. Acesso em: 09 out. 2025.

MINAS GERAIS. **Manual de atuação dos fiscais de contratos onerosos assistenciais. fiscalização de contratos de gestão e parcerias na saúde pública**. Belo Horizonte: CGE-MG, 2024. Disponível em: https://akvvdws.s.gy/W1OCQP. Acesso em: 15 abr. 2026.

MINGUIM, Lorrayne Palhares; ROCHA, Jesislei Bonolo do Amaral. Contratualização hospitalar no Sistema Único de Saúde: um estudo de caso em Uberaba. **Revista De Gestão e Secretariado**, 15(12), e4517. 2024. Disponível em: https://doi.org/10.7769/gesec.v15i12.4517. Acesso em: 12 mai. 2025.

MODESTO, Paulo. Notas para um debate sobre o princípio da eficiência. **Revista do Serviço Público**. ano 51. nº 2. abr-jun 2000. Disponível em: https://akvvdws.s.gy/BSpWy2. Acesso em: 23 jan. 2024.

MOREIRA, L. C. DE O.; TAMAKI, E. M. A Programação Pactuada e Integrada como instrumento de garantia da integralidade da atenção à saúde no SUS. **Interações** (Campo Grande), v. 18, n. 4, p. 99–108, out. 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/j/inter/a/CXfW8CxgPRXhzgsKXtByydB/abstract/?lang=pt. Acesso em: 3 out. 2024.

MOTA, Miria Lopes Gonçalves. **Avaliação do Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos do SUS**. 2023. 115 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Centro Universitário UniHorizontes, Belo Horizonte, 2023. Disponível em: https://mestrado.unihorizontes.br/wp-content/uploads/2022/09/MIRIA-LOPES-GON%C3%87ALVES-MOTA.pdf. Acesso em: 9 jan. 2026.

NEVES, César Augusto; FERREIRA, Patrícia Aparecida; TONELLI, Dany Flávio. Programa de reestruturação e contratualização dos hospitais filantrópicos no SUS: uma avaliação do eixo de financiamento. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 69, n. 4, p. 849-874, out./dez. 2018. Disponível em: https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/2553. Acesso em: 26 jun. 2026.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio *et al*. **Evolução do piso federal em saúde**: 2013-2020, DF: Ipea, out. 2023. 12 p. (Disoc: Nota Técnica, 109). Disponível em: http://dx.doi.org/10.38116/ntdisoc109-port. Acesso em 3 out. 2024.

OCKÉ-REIS, C. O. Sustentabilidade do SUS e renúncia de arrecadação fiscal em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 2035-2042, 2018. Disponível em:

https://www.scielo.br/j/csc/a/zCgDqRjL8L4YQh9Y4zZ3z3g/?lang=pt. Acesso em: 5 mar. 2026.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Indicadores de saúde:** Elementos conceituais e práticos. Washington, D.C.: OPAS; 2018. Disponível em: https://akvvdws.s.gy/VrtHda. Acesso em: 10 out. 2024.

PABÓN LASSO, Hipólito. Método simplificado para evaluar el desempeño hospitalário. **Boletin de la Oficina Sanitária Panamericana**,1984. Disponível em: https://iris.paho.org/handle/10665.2/16994. Acesso em: 21 out. 2025.

PALHARES, Ricardo Henrique; HERMANO, Vivian Mendes; SILVA, Jefferson Gonçalves da. Movimento pendular e a busca por serviços de saúde em Montes Claros – MG. **Revista Eletrônica da Associação dos Geógrafos Brasileiros** Seção Três Lagoas. v. 1, n. 37, p. 113–135, 2023. Disponível em: https://periodicos.ufms.br/index.php/RevAGB/article/view/17774. Acesso em: 7 jan. 2024.

PALHARES, Ricardo Henrique; HERMANO, Vivian Mendes; SILVA, Jefferson Gonçalves da. Movimento pendular e a busca por serviços de saúde em Montes Claros – MG. **Revista Eletrônica da Associação dos Geógrafos Brasileiros.** Seção Três Lagoas - (ISSN 1808-2653**)**, [S. l.], v. 1, n. 37, p. 113–135, 2023. Disponível em: https://periodicos.ufms.br/index.php/RevAGB/article/view/17774. Acesso em: 26 maio. 2026.

PANITZ, Leandro Manassi; Prata, David Nadler, Rodrigues, Waldecy. Análise do desempenho dos hospitais públicos e privados que atendem ao Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública** 2024; 40(9):e00156023. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0102-311XPT156023. Acesso em 16 out. 2025.

PEREIRA, V. O. M. *et al*. Regionalização em saúde em Minas Gerais: uma análise da percepção dos representantes de Comissões Intergestores Regionais. Physis: **Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 1, p. e300117, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300117. Acesso em: 3 out. 2024.

PIMENTA, Carla. Nova Gestão Pública e Novo Serviço Público: Uma Análise Comparativa. **Revista Portuguesa de Gestão Contemporânea**, v. 5, n. 1, p. 13-29, jan./jun. 2024. Disponível em: https://revistas.editoraenterprising.net/index.php/rpgc/article/download/695/969. Acesso em: 20 fev. 2025.

PINAFO, Elisangela *et al*. Problemas e estratégias de gestão do SUS: a vulnerabilidade dos municípios de pequeno porte. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. v. 25, n. 5, 2020. pp. 1619-1628. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34332019. Acesso em: 13 fev. 2025.

PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M. **Economia da Saúde:** conceitos e contribuição para a gestão da saúde. - Brasília: IPEA, 1995. 298 p. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/3036. Acesso em: 21 jan. 2024.

PIOLA, S. F.; VIEIRA F. S.; BERNARDES, L. C. G. **Economia da saúde no Brasil: trajetória e contribuições do Ipea para sua institucionalização no setor público**. Brasília,

DF: Ipea, 2025. 62 p.: il. (Texto para Discussão, n. 3058). Disponível em: https://dx.doi.org/10.38116/-td3058-port. Acesso em: 1º ago. 2025.

PIRES, Maria Beatriz Nunes *et al*. Relação entre a Remuneração do Sistema Único de Saúde, os Custos dos Procedimentos Hospitalares e o Resultado: estudo nas Santas Casas de Misericórdia do Estado de São Paulo. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**. Belo Horizonte, vol. 14, n.3, p. 16-33, jul.-set., 2017. Disponível em: https://doi.org/10.21450/rahis.v14i3. Acesso em: 21 out. 2026.

PIZETTA, Luciane; REIS, Augusto; MEXAS, Mirian. Indicadores chave de desempenho para gestão hospitalar: percepções de gestores públicos de saúde. **Rev. Gestão e Saúde** (Brasília). v. 14 n .1, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.26512/gs.v14i1.40717. Acesso em: 21 out. 2025.

REIS, Ademar Arthur Chioro dos *et al*. Tudo a temer: financiamento, relação público e privado e o futuro do SUS. **Saúde em Debate** [online]. 2016, v. 40. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-11042016S11. Acesso em: 21 out. 2025.

REIS, Edna A.; REIS, Ilka. A. **Análise descritiva de dados**: tabelas e gráficos. Belo Horizonte: Departamento de Estatística, UFMG, 2001. (Relatório Técnico, RTE-04/2001). Disponível em: https://www.est.ufmg.br/portal/wp-content/uploads/2023/01/RTE-04-2001.pdf. Acesso em: 29 ju2. 2026.

RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida. Estado e acumulação de capital na saúde brasileira sob a ótica da Teoria Marxista da Dependência. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 39, n. 12, 2023. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/3kbSZwQngBLxc4tYBsZhsXK/?lang=pt. Acesso em: 12 ago. 2025.

SALGADO, Valéria Alpino Bigonha. Aspectos gerais da contratualização de desempenho institucional. **Direito e Gestão Pública**, 2018. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/1h2WxOS_FDVipYMV6TCmV_dOS9Yn_e2BY/view?pli=1. Acesso em: 16 out. 2024.

SANCHO, Leyla Gomes. *et al*. A disciplina Introdução à Avaliação em Saúde: a experiência de (in)formação na graduação em saúde coletiva. **Saúde em Debate**, v. 41, n. spe, p. 360–371, mar. 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/GYX5SgdKmQrQSxy79NRGyXy/abstract/?lang=pt. Acesso em: fev. 2026.

SANCHO, Leyla Gomes *et al*. O processo de regionalização da saúde sob a ótica da teoria dos custos de transação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1121-1130, abr. 2017. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.2694016. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/csc/2017.v22n4/1121-1130/. Acesso em: 26 jun. 2026.

SANTANA, Eduardo Ferreira. **Contratualização no SUS e os desafios para o gestor municipal**: regulando o mosaico da administração pública / Eduardo Ferreira Santana. – São Paulo, 2014. 138f. Tese. Disponível em: https://bit.ly/4xirmW3. Acesso em: 03 jan. 2024.

SANTOS, Adriano Maia dos. Redes regionalizadas de atenção à saúde: desafios à integração assistencial e à coordenação do cuidado [online]. Salvador: **EDUFBA**, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.7476/9788523220266. Acesso em: 15 out. 2025.

SANTOS, Adriano Maia dos *et al*. Dinâmica da regionalização e repercussões dos vazios assistenciais na comercialização da saúde em municípios rurais remotos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 8, e00194523, 2024. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311XPT194523. Disponível em: https://cadernos.ensp.fiocruz.br/ojs/index.php/csp/article/view/8673. Acesso em: 26 jun. 2026.

SANTOS, Erlen Elken Mota. **Análise regional da infraestrutura hospitalar do estado de Minas gerais no contexto de uma emergência de saúde pública**. Dissertação. Unimontes. 2023. Disponível em: https://akvvdws.s.gy/my-link. Acesso em: 15 mai. 2025.

SANTOS, Fausto Pereira dos; MERHY, Emerson Elias. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro: uma revisão. **Interface - Comunicação, Saúde**, Educação, v. 10, n. 19, p. 25–41, jan. 2006. Disponível em: https://www.scielo.br/j/icse/a/BxMnXJMCn8J5TBWnxPg4Rbm/?format=html&lang=pt. Acesso em: 19 fev. 2026.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1729–1736, jun. 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/sNh7sDYDdyQwvKVgLqYZvpB/?lang=pt. Acesso em: 21 mar. 2026.

SANTOS, Thadeu Borges Souza *et al*. Gestão indireta na atenção hospitalar: análise da contratualização por publicização para rede própria do SUS. **Saúde em Debate** [online]. 2018, v. 42, n. spe2. pp. 247-261. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-11042018S217. Acesso em 5 jan. 2025.

SANTOS, Thadeu Borges Souza; PINTO, Isabela Cardoso de Matos. **Contratualização da gestão hospitalar versus regulação em saúde**: agências, controle estatal e avaliação no SUS. Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical. 2017. Disponível em: https://anaisihmt.com/index.php/ihmt/article/view/43/36. Acesso em: 4 jan. 2025.

SERVO, Luciana Mendes Santos. *et al*. Financiamento do SUS e Covid-19: histórico, participações federativas e respostas à pandemia. **Saúde em Debate**, v. 44, n. spe4, p. 114–129, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/3WbqYLWqnc8MSJ7LpnBY5SK/abstract/?lang=pt. Acesso em: 15 out. 2025.

SANTOS, Maria Angélica Borges dos; SERVO, Luciana Mendes Santos. **Contratualização e remuneração de serviços de saúde no SUS**: situação atual e perspectivas. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2021. 35 p. (Textos para Discussão, n. 66). Disponível em: https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/06/PJSSaudeAmanha_Texto0066_v02.pdf. Acesso em: 23 nov. 2025.

SHIMIZU, Helena Eri *et al*. Regionalização da saúde no Brasil na perspectiva dos gestores municipais: avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva.** 26(Supl. 2):3385-3396, 2020. Disponível em:

https://www.scielo.br/j/csc/a/PcGfvXTSWTxWWKdMbkNNQmw/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 15 out. 2025.

SILVA, André Schimidt da *et al*.. Transferências federais por emendas parlamentares aos municípios: implicações para o financiamento do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, n. 7, p. e03152024, 2024. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/bbcNcmMvsbfdNWkM7XrLJHH/?format=html&lang=pt. Acesso em: 6 mar. 2026.

SILVA, Cleia Leimara Marinho, CARVALHO, Maria Zenaide de; FILHO, Flávio de São Pedro. Gestão pública por resultados: uma perspectiva instrumental para dinâmica nos processos. **Brazilian Journal of Development**, 7(8), 85429–85450, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.34117/bjdv7n8-651. Acesso em: 15 out. 2025.

SILVA, João Felipe Marques da. **Regionalização e cooperação nas estratégias de contratualização no SUS**. 2022. 361 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2022. Disponível em: https://pos.uel.br/saudecoletiva/wp-content/uploads/2022/04/REGIONALIZACAO-E-COOPERACAO-NAS-ESTRATEGIAS-DE-CONTRATUALIZACAO-NO-SUS.pdf. Acesso em: 27 jun. 2026.

SILVA, João Felipe Marques da. **Regionalização e cooperação nas estratégias de contratualização no SUS**. Londrina, 2022. 361 f. Disponível em: https://akvvdws.s.gy/AmCZuy. Acesso em: 3 out. 2024.

SILVA, LMV. **Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde**. In: HARTZ, ZMA., and SILVA, LMV. orgs. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. Disponível em: http://books.scielo.org/id/xzdnf/epub/hartz-9788575415160.epub. Acesso em: 6 fev. 2025.

SILVA; Suzana R.; **A representação social dos princípios do Sistema Único de Saúde pelos seus usuários**. 2007. 94 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: https://www.bdtd.uerj.br:8443/handle/1/11312#preview-link0. Acesso em: 3 out. 2026.

SIMÕES Jorge, LOUVISON Marília, MEIRA, Ana Lívia. Aspetos da regulação da saúde no Brasil. [on line]. Anais: **Sanitatem Quarerens in Tropicos**. 2024. Disponível em: https://anaisihmt.com/index.php/ihmt/article/view/496. Acesso em 19 out. 2025.

SOARES DE FRANÇA, Iara; RIBEIRO SOARES, Beatriz. Centralidade e cidades médias: o setor de saúde em Montes Claros/MG - DOI 10.5216/bgg.v34i1.29311. **Boletim Goiano de Geografia**, Goiânia, v. 34, n. 1, p. 1–15, 2014. Disponível em: https://revistas.ufg.br/bgg/article/view/29311. Acesso em: 26 mai. 2026.

SOUSA, José Raul de; SANTOS, Simone Cabral Marinho dos. Análise de conteúdo em pesquisa qualitativa: modo de pensar e de fazer. **Pesquisa e Debate em Educação**, Juiz de Fora: UFJF, v. 10, n. 2, p. 1396 - 1416, jul. - dez. 2020. Disponível em: https://doi.org/10.34019/2237-9444.2020.v10.31559 . Acesso em: 21 mar. 2026.

SOUZA, Christian Yago Vieira de; PEREIRA, Anete Marília; SOUZA, FÁBIO da Silva Gonçalves. **A centralidade regional de Montes Claros no Norte de Minas**: considerações a

partir do setor industrial e de serviços de saúde e ensino superior. 2025; Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.posgraduacao.unimontes.br/uploads/sites/7/2017/12/Centralidade-regional-de-Montes-Claros-MG-analise-a-partir-do-setor-industrial-e-de-servi%C3%A7os-de-sa%C3%BAde-e-ensino-superior.pdf. Acesso em: 15 out. 2025.

SOUZA, Diego de Oliveira. O subfinanciamento do Sistema Único de Saúde e seus rebatimentos no enfrentamento da Covid-19. **Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 30(3), e300313, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/physis/a/ZgB9q3ZqxRGMPDBq9HDjyhj/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 15 out. 2025.

TOFANI, Luís Fernando Nogueira *et al*. A Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Brasil: revisão integrativa da literatura. **Saúde e Sociedade** [online]. v. 32, n. 1. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-12902023220122pt. Acesso em 26 abr. 2025.

UGÁ, Maria Alicia D.; PORTO, Silvia Marta; PIOLA, Sérgio Francisco. Financiamento e Alocação de Recursos em Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L., ESCOREL, S., LOBATO, L. V. C., NORONHA, J. C., and CARVALHO, A. I., eds. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil** [online]. 2nd ed. rev. and enl. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012, pp. 395-425. ISBN: 978-85-7541-349-4. Disponível em: https://doi.org/10.7476/9788575413494.0016. Acesso em: 15 out. 2025.

VELOSO, Ivana Aparecida Mendes. **Internações por condições sensíveis à atenção primária**: uma nova utilização do indicador. Dissertação. Unimontes, 2025. Disponível em: https://akvvdws.s.gy/EmzuRK. Acesso em: 18 out. 2025.

VIACAVA, Francisco *et al*.. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1751–1762, jun. 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/8R6QRyHLFb4S7FXh8CDd5kf/abstract/?lang=pt. Acesso em: 5 mar. 2026.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila *et al*. Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 2, p. 413–422, abr. 2015. https://www.scielo.br/j/sausoc/a/5zVsFNHY6HFYBrc9KfPDJzg/?lang=pt

VIANA, Ana Luiza D'Ávila; LIMA, Luciana Dias de; OLIVEIRA, Roberta Gondim de. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto - lições do caso brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 3, p. 493–507, 2002. https://www.scielo.br/j/csc/a/TPKvtMvmfn7ZDxJsTVm3hKh/?format=html&lang=pt

VIEIRA, Fabiola Sulpino. Reflexões sobre o papel das unidades de economia da saúde no âmbito de sistemas nacionais de saúde. **Saúde e Sociedade**. 2016, Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016154831>. Acesso em: 02 fev. 2025.

YAMADA, Juliana Nobre. **Economias de escala e eficiência de gastos na saúde**: novas evidências. 2011. 67 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Economia) – Escola de Economia de São Paulo, Fundação Getulio Vargas, São Paulo, 2011. Disponível em: https://repositorio.fgv.br/items/e97e3c0c-d32d-4e15-80c3-183fe3b11e98. Acesso em: 19 jun. 2025.

Sites:

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)**. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: datasus.gov.br. Acesso em: 12 fev. ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Tabnet: Informações de Saúde (TABNET)**. Brasília: Ministério da Saúde.. Disponível em: datasus.gov.br. Acesso em: 30 out. 2025.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão. **Lei Orçamentária Anual** (LOA). Belo Horizonte: Portal MG, 2026. Disponível em: https://www.mg.gov.br/planejamento/pagina/planejamento-e-orcamento/lei-orcamentaria-anual-loa/lei-orcamentaria-anual-loa. Acesso em: 6 jan. 2026

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Redes de Atenção à Saúde. **PPI MG**: Programação Pactuada Integrada - PDR (Competência: 02/2026 - Município: Montes Claros). Belo Horizonte: SES-MG, 2026. Disponível em: http://ppiassistencial.saude.mg.gov.br/pdr/iu40?competencia=202602&municipio=314330%20-%20Montes%20Claros&municipio-id=2910. Acesso em: 17 jun. 2025

ANEXOS

ANEXO 1 – Matriz de habilitações de alta complexidade e serviços especializados por estabelecimento hospitalar (Montes Claros, 2022-2024).

Habilitações	Aroldo Tourinho	Clemente de Faria	Dilson Godinho	Mário Ribeiro	Santa Casa	Total
Atenção à obesidade grave				✓		1
Atenção à Saúde Ocular					✓	1
Atenção à Saúde Mental	✓	✓				2
Assistência em queimados					✓	1
Cirurgia Cardiovascular	✓		✓		✓	3
Cirurgia Vascular	✓		✓		✓	3
Cirurgia endovascular extracardíaca			✓		✓	2
Cardiologia Intervencionista	✓		✓		✓	3
Doença Renal Crônica com Hemodiálise			✓		✓	2
Doença Renal Crônica nos estágios 4 e 5			✓		✓	2
Diálise Peritoneal			✓		✓	2
DST/Aids		✓				1
Hospital Dia			✓		✓	2
Hospital Amigo da Criança		✓			✓	2
Gestação de Alto Risco		✓				1
Materno Infantil					✓	1
Neurologia/Neurocirurgia					✓	1
Acidente Vascular Cerebral					✓	1
Oncologia com Radioterapia			✓		✓	2
Oncologia Pediátrica					✓	1
Oncologia com Hematologia			✓			1
Oncologia Cirúrgica			✓		✓	2
Laqueadura	✓	✓		✓	✓	4
Vasectomia	✓			✓	✓	3
Terapia Nutricional	✓	✓	✓			3
Transplante de Células Progenitoras					✓	1
Transplante de Rins					✓	1
Transplante de Córnea/escleras					✓	1
Transplante de Fígado					✓	1
Traumato-Ortopedia	✓		✓		✓	4
Transplante de Músculo Esquelético					✓	1
Unidade de Terapia Intensiva - UTI Adulto	✓	✓	✓	✓	✓	5
Unidade de Terapia Intensiva - UTI Neonatal		✓		✓	✓	3
Unidade de Terapia Intensiva - UTI Pediátrica		✓		✓	✓	3
Unidade de Terapia Intensiva - UTI					✓	1

Queimados						
Urgência					✓	1
Total	**9**	**9**	**14**	**6**	**30**	**68**

Fonte: elaborado pelo autor (2026), com base em dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/DATASUS).

Nota: a presença do símbolo "✓" indica que a instituição possui habilitação técnica formalizada junto ao Ministério da Saúde para o referido serviço.

ANEXO 2 – Distribuição da capacidade instalada de leitos hospitalares contratualizados pelo SUS, por estabelecimento e especialidade (Montes Claros, 2022-2024).

Leitos contratados pelo SUS	Aroldo Tourinho	Clemente de Faria	Dilson Godinho	Mário Ribeiro	Santa Casa	Total
Leitos complementares						
UTI neonatal - tipo II	-	10	-	10	8	28
UTI pediátrica - tipo II	-	2	-	10	2	14
UTI adulto - tipo II	25	10	10	32	20	97
UTI queimados	-	-		-	6	6
Total de leitos complementares	**25**	**22**	**10**	**52**	**36**	**145**
Especialidade cirúrgica						
Buco maxilo facial	-	-	-	1	2	3
Cardiologia	8	-	8	1	12	29
Cirurgia geral	7	9	11	19	18	64
Gastroenterologia	1	-	-	-	5	6
Ginecologia	1	3	1	8	2	15
Neurologia	1	-	4	7	3	15
Neurocirurgia	-	-	1	-	12	13
Oftalmologia	-	-	-	1	1	2
Oncologia	-	-	13	-	3	16
Ortopedia/traumatologia	8	9	3	13	12	45
Otorrinolaringologia	-	2	1	1	1	5
Plástica	1	1	1	1	3	7
Torácica	-	-	2	-	3	5
Transplantes	-	-	-		3	3
Total de leitos cirúrgicos	**27**	**24**	**45**	**52**	**80**	**228**
Especialidade clínica						
Aids	-	4	-		-	4
Cardiologia	16	-	10		10	36
Clínica geral	39	34	10	29	55	167
Dermatologia	1	-		-	-	1
Hematologia	1	-	4	-	2	7
Nefro urologia	2	-	2	2	3	9
Neonatologia	-	14	-	4	10	28
Neurologia	5	-	-	1	13	19
Saúde mental	10	6	-	-	-	16
Oncologia	-	-	14		5	19
Total de leitos clínicos	**74**	**58**	**40**	**36**	**98**	**306**
Hospital dia						
Intercorrências dos transplantes	-	-	-	-	1	1
Cirúrgico/diagnóstico/terapêutico	-	-	5	-	-	5
Total de leitos de hospital dia	**0**	**0**	**5**	**0**	**1**	**6**
Obstétrico	-					0
Obstetrícia cirúrgica	-	-	-	15	13	28
Obstetrícia clínica	-	24	-	-	18	42
Total de leitos obstétricos	**0**	**24**	**0**	**15**	**31**	**70**
Outras especialidades						
Pneumologia sanitária	-	2	-	-	-	2

Psiquiatria	-	6	-	-	-	6
Total de outras especialidades	**0**	**8**	**0**	**0**	**0**	**8**
Pediátrico						
Pediatria cirúrgica	-	3	-	4	24	31
Pediatria clínica	-	18	-	33	20	71
Total de leitos pediátricos	**-**	**21**	**0**	**37**	**44**	**102**
Total de leitos SUS	**126**	**157**	**100**	**192**	**290**	**865**

Fonte: Elaborado pelo autor (2026), com base em dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/DATASUS).

APÊNDICE

APÊNDICE A – Produto Técnico

Como resultado concreto desta pesquisa, apresenta-se o Produto Técnico denominado Protocolo de Monitoramento e Transparência da Contratualização Hospitalar. O instrumento tem como finalidade transformar informações administrativas e dados produzidos no âmbito da Comissão de Acompanhamento da Contratualização (CAC) em um modelo sistematizado de monitoramento, transparência ativa e divulgação periódica dos resultados da contratualização hospitalar.

O protocolo foi concebido para consolidar, em um único documento, os indicadores de desempenho dos hospitais contratualizados, organizando-os de forma padronizada e acessível a gestores, órgãos de controle, conselheiros de saúde e à sociedade. Sua estrutura busca superar a fragmentação das informações atualmente dispersas em relatórios técnicos e atas da CAC, favorecendo uma visão integrada da rede hospitalar e fortalecendo os princípios da publicidade, da *accountability* e da governança no âmbito do Sistema Único de Saúde.

O documento completo, que inclui as diretrizes para sua implementação, a metodologia de consolidação e apresentação dos indicadores, o modelo de relatório periódico, os painéis comparativos de desempenho e o guia de interpretação dos resultados, encontra-se armazenado em ambiente virtual e pode ser consultado, baixado e replicado por gestores, órgãos de controle e membros da sociedade civil por meio do seguinte link de acesso público:

https://drive.google.com/file/d/1HvEBjmbRXpWncd-HWgF4acNsMU2081ut/view

APÊNDICE B – Prompt utilizado para a análise de conteúdo

Prompt final utilizado na análise de conteúdo das atas de reuniões da Comissão de Avaliação de Contratos (CAC), conforme descrito na seção 3.6 da dissertação. A Etapa 2 foi revisada para refletir a codificação efetivamente realizada, com consolidação das categorias temáticas ao final do processo.

PROMPT

Análise de Conteúdo, segundo o método de Laurence Bardin (2016).

<contexto>

a. Atue como pesquisador(a), especialista em pesquisa qualitativa, com expertise em análise de conteúdo segundo Laurence Bardin (2016);
b. Trabalhe exclusivamente com os dados fornecidos (atas de reuniões da Comissão de Avaliação de Contratos (CAC) para avaliação quadrimestral das metas qualitativas da contratualização no município de Montes Claros - MG);
c. Mantenha rigor metodológico e a neutralidade, sem juízo de valor;
d. Metodologia de Bardin:
    - **Exaustividade:** considerar todo o material - não omitir trechos;
    - **Representatividade:** reconhecer limites da amostra (número de atas a serem analisadas) e discutir as implicações;
    - **Homogeneidade:** analisar expressões, falas e anotações sobre o mesmo tema;
    - **Pertinência:** documentos adaptados ao conteúdo e objetivo – as atas se destinam ao registro das discussões, pareceres e decisões da CAC em relação à análise de indicadores da contratualização;
    - **Exclusividade:** um elemento não deve ser classificado em mais de uma categoria;
    - Codificação: a. Unidades de registro (recortes do material); b. Regras de contagem (formas de enumerar ocorrências); c. Categorias (agrupamentos de elementos com características comuns);
    - **Classificação (critérios):** semântico, sintático, léxico, expressivo;
    - **Categorização:** reunir/organizar as informações para interpretação;
e. Sou pesquisador na área de "economia política da saúde", num programa de desenvolvimento econômico e estratégia empresarial;
f. **Objetivo Geral da Pesquisa:** Analisar o desempenho dos serviços hospitalares contratados pelo município de Montes Claros – MG, por meio dos indicadores da contratualização;
g. **Objetivo Específico:** caracterizar o processo de avaliação dos indicadores da contratualização, concernente à atuação da CAC.

</contexto>

<foco>
Compreender as percepções dos membros da CAC, servidores e gestores da Secretaria Municipal de Saúde, representantes dos hospitais e representantes do Conselho Municipal de Saúde.
</foco>

<tarefa>
ETAPA 1 – Pré-análise (Codificação Inicial) – **Objetivo:** garantir exaustividade e familiaridade com o material.

- Instruções: Percorra todo o conteúdo (sem omitir trechos);
- Não crie categorias. Apenas destaque termos e conceitos recorrentes relacionados ao objetivo.

ETAPA 2 – Exploração do Material (Codificação Temática) – **Objetivo:** identificar unidades de registro e consolidar categorias temáticas.

- Instruções: Identifique unidades de registro (palavras, frases, ideias centrais) relevantes ao objetivo da pesquisa;
- Categorias temáticas:
    - Ajuste Técnico-Metodológico;
    - Pactuação de Desempenho;
    - Contextualização Assistencial;
    - Complexidade e Casuística; e
    - Validação de Conformidade
- Codifique cada ata, agrupando as unidades de registro em categorias temáticas, observando que:
    - uma mesma ata pode conter unidades de registro pertencentes a mais de uma categoria temática;
    - cada unidade de registro deve ser classificada em apenas uma categoria (exclusividade);
    - o nome da categoria deve ser um termo significativo que traduza a essência temática das intervenções;
    - evitar repetir a categoria literalmente; e) reforçar o caráter analítico (síntese de significados);
- Ao final da codificação de todas as atas, consolide as categorias em um conjunto final estável, agrupando categorias semelhantes, eliminando redundâncias e assegurando que todo o corpo esteja representado por categorias mutuamente exclusivas;
- Para cada Categoria Temática final, apresente:
    - Nome da Categoria;
    - Definição Conceitual (significado e abrangência);
    - Cada citação listada separadamente, entre aspas ("...") e identificada (P1a, P1b, P2a...);
    - Não repita a mesma frase em categorias diferentes.

ETAPA 3 – Análise das Categorias – **Objetivo:** mensurar relevância e representatividade.

- Instruções: Frequência de palavras (apenas termos relacionados ao objetivo):
    - excluir artigos, preposições, conjunções e pronomes;
    - limitar a 20 palavras (agrupar sinônimos, lematizar);
    - listar em ordem decrescente com contagem;
- Identificar, entre as categorias do conjunto final consolidado, aquelas que se destacam por abrangência e impacto (relevância temática), justificando com base nos dados;
- Calcular a representatividade percentual de cada categoria:

$$Representatividade\ (\%) = \frac{\text{nº de citações na categoria}}{\text{Total de citações analisadas}}\ x\ 100;$$

- Apresentar um resumo interpretativo conectado ao foco da análise.

</tarefa>

<restrições>

- Usar exclusivamente os dados fornecidos;
- Não inventar exemplos nem extrapolar além das respostas;
- Seguir Bardin e manter exclusividade (sem duplicar a mesma frase em categorias diferentes);
- Em caso de contradições, manter cada citação e indicar a divergência na interpretação final;
- Ao consolidar as categorias, não descartar unidades de registro: toda citação identificada deve permanecer alocada em alguma categoria do conjunto final, assegurando a exaustividade da análise.

<restrições>

<observação>
Se houver ambiguidades, sugerir ajustes mantendo os resultados originais.
</observação>

<formato_saida>

a. Arquivo .docx, com:
   - .Metodologia aplicada (Bardin);
   - Categorias temáticas:
     - a) Nome
     - b) Definição
     - c) Exemplos de Verbalizações (citações);
   - Frequência de palavras por estabelecimento (tabela + gráfico opcional) sendo as palavras nas linhas e os estabelecimentos nas colunas, com uma coluna de total;
   - Representatividade percentual (tabela);
   - Tabela de quantitativo de citações por categoria;
   - Interpretação final (detalhamento crítico);
   - Observações de refinamento.

</formato_saida>