



FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA
MESTRADO PROFISSIONAL DE GESTÃO DE TECNOLOGIA EM SAÚDE

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
CONTRATO INTERNO DE GESTÃO E PLANO OPERATIVO ANUAL
DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE CURITIBA, PARANÁ:
A percepção dos gestores locais e trabalhadores das equipes em saúde

JUSSARA DE CASTILHOS ROSA AZEVEDO

Orientador: Prof. Dr. Ronaldo Bordin

Porto Alegre

2009



FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA
MESTRADO PROFISSIONAL DE GESTÃO DE TECNOLOGIA EM SAÚDE

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
CONTRATO INTERNO DE GESTÃO E PLANO OPERATIVO ANUAL
DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE CURITIBA, PARANÁ:
A percepção dos gestores locais e trabalhadores das equipes em saúde

JUSSARA DE CASTILHOS ROSA AZEVEDO
Orientador: Prof. Dr. Ronaldo Bordin

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Porto Alegre
2009

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr.^a Jacqueline Oliveira Silva

Dr. Moacir Gerolamo

Prof. Dr. Paul Douglas Fisher

AGRADECIMENTOS

Agradeço, em primeiro lugar, a Deus, por tudo que ele tem me proporcionado.

Todos os sacrifícios compensam a vitória.

Não posso esquecer a pessoa que muito amo, Fábio, que está sempre ao meu lado em todas as minhas empreitadas. Agradeço a minha filha querida Maria Eduarda, que, com sua sabedoria e amor, em vários momentos soube entender minhas ausências, assim como recarregou minhas forças com sua energia radiante.

Aos meus pais, José e Walquiria, pelos ensinamentos de vida, dedicação, exemplo de responsabilidade e a possibilidade de hoje ter um curso superior. Obrigada, meus eternos exemplos.

À tia Mara, que, como diz minha filha, durante todo o período das viagens cuidou da Duda com muito amor e carinho.

Ao vice-prefeito e secretário municipal da Saúde de Curitiba, Dr. Luciano Ducci, pela oportunidade de representar a Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba.

À Dr.^a Edmara Fait Seegmuller, pela confiança e a oportunidade de crescimento profissional.

A minha querida supervisora e hoje superintendente Beatriz Battistella Nadas, que além de compreender as idas e vindas de Porto Alegre foi uma conselheira e, com suas atitudes, uma professora, e enfim uma amiga que muito admiro.

A Inês Marty, que, com seu carinho e atenção, sempre esteve pronta a ajudar.

Às duas companheiras de estudo, sofrimento, alegria e sustos com as viagens aéreas, Eliane Chomatas e Cleide Oliveira, no início colegas, hoje amigas. Meninas, muito obrigada por tudo.

A todos os amigos e colegas de trabalho que de alguma forma contribuíram e me incentivaram nesta jornada.

Aos colegas de curso, que muito contribuíram para meu crescimento como pessoa e profissional.

Agradeço a todas as coordenações de informação, que muito contribuíram para que esta pesquisa se concluísse.

Ao corpo docente do PPG pelos conhecimentos proporcionados e em especial ao meu orientador Ronaldo Bordin, pela paciência, a dedicação e os ensinamentos.

SUMÁRIO

Resumo	
Abstract	
Abreviaturas e siglas	
1 APRESENTAÇÃO.....	9
2 INTRODUÇÃO.....	10
3 REVISÃO DA LITERATURA.....	13
3.1 O contrato como compromisso entre duas partes.....	15
3.2 O que contratar: <i>outputs</i> ou <i>outcomes</i> ?.....	16
3.3 Natureza jurídica do contrato de gestão.....	16
3.4 O contrato de gestão em França, Estados Unidos, Inglaterra, Japão e Suécia.....	17
3.4.1 França.....	17
3.4.2 Inglaterra.....	19
3.4.3 Estados Unidos.....	22
3.4.4 Japão.....	23
3.4.5 Suécia.....	25
3.5 A experiência brasileira.....	27
3.6 Contratos de gestão do sistema CVRD.....	29
3.7 Contratos de gestão do sistema Petrobras.....	30
3.8 Contrato de gestão no setor saúde do Brasil.....	31
3.9 Os contratos nos sistemas de serviços de saúde.....	33
3.10 Contrato de gestão na Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba.....	36
4 OBJETIVOS.....	38
4.1 Gerais.....	38
4.2 Específicos.....	38
5 REFERÊNCIAS.....	39
6 ARTIGO PARA PUBLICAÇÃO.....	43
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	64
8 ANEXOS.....	65
a. Projeto de pesquisa.....	66
b. Termo de livre consentimento.....	75
c. Questionário.....	76

RESUMO

O contrato de gestão é um instrumento que visa a obter maior responsabilização por parte da área pública em relação ao cumprimento de objetivos predefinidos. A implantação do contrato de gestão na Secretaria Municipal da Saúde (SMS) de Curitiba surgiu como mais uma ferramenta de gestão para aprimorar o planejamento, a avaliação e o monitoramento local das ações em saúde e, com isso, melhorar a viabilidade técnica, política e financeira dos serviços prestados pela SMS à população de Curitiba. Este estudo objetiva descrever a percepção das autoridades sanitárias locais e dos trabalhadores das equipes de saúde quanto ao contrato interno de gestão (Tercom) e o Plano Operativo Anual da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba. Os dados foram coletados por meio de questionários fechados, elaborados com uso da escala de Likert, encaminhados aos servidores das unidades de saúde básica e unidades de saúde com estratégia de saúde da família, sorteadas aleatoriamente.

Palavras-chave: Administração Pública; Administração em Serviços de Saúde; Planejamento em Saúde; Gestão em Saúde; Epidemiologia.

ABSTRACT

The Contract of Management is an instrument that it aims at to get greater responsibility on the part of the public area in relation to the fulfillment of predefined objectives. The implementation of the Contract of Management in the City department of Health of Curitiba appeared as plus a tool of management to improve the planning, evaluation and local checking of the actions in health and with this to improve the viability technique, politics and financier of the services given for the SMS to the population of Curitiba. This objective study to describe the perception of the local and diligent sanitary authorities of the teams in health how much to the Internal Contract of Management (Tercom) and the Annual Operative Plan, from Curitiba Health Department. The data had been collected by means of closed questionnaires, elaborated with use of the scale of Likert, directed to the servers of the Units of Basic Health and Units of Health with Strategy of Health of the Family, drafted randomly.

Keywords: Public Administration, Health Administration, Health Planning Health Management, Epidemiology.

ABREVIATURAS E SIGLAS

APO	Administração por objetivo
CVRD	Companhia Vale do Rio Doce
ENAP	Escola Nacional de Administração Pública
ESF	Estratégia Saúde da Família
EU	Efficient Unity
IDQ	Incentivo de desenvolvimento e qualidade
MARE	Ministério da Administração e Reforma do Estado
MINFRA	Ministério da Infra-estrutura
MS	Ministério da Saúde
OMB	Office of Management and Budget
OMS	Organização Mundial da Saúde
PGE	Programa de Gestão de Empresas
POA	Plano Operativo Anual
PPI	Programação pactuada e integrada
PROESF	Programa de Expansão e Consolidação Saúde da Família
PSF	Programa Saúde da Família
RFFSA	Rede Ferroviária Federal S. A.
SISPACTO	Sistema de pactuação de indicadores de atenção básica
SMS	Secretaria Municipal da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TERCOM	Termo de compromisso

1 APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste na dissertação de mestrado intitulada Contrato interno de gestão e plano operativo anual da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, Paraná: A percepção dos gestores locais e trabalhadores das equipes em saúde, apresentada ao Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 9 de fevereiro de 2009. O trabalho é apresentado em três partes, na ordem que segue:

Introdução, Revisão da Literatura e Objetivos.

Artigo(s).

Conclusões e Considerações Finais.

Documentos de apoio, incluindo o projeto de pesquisa, estão apresentados nos anexos.

2 INTRODUÇÃO

Para falar da experiência em contratos de gestão, instituídos na Secretaria Municipal da Saúde (SMS) de Curitiba em 2002, é necessário contar um pouco de sua história. A SMS, ao longo dos anos, assim como todos os serviços públicos de saúde, tem se direcionado por linhas apontadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Ministério da Saúde (MS). A situação atual em que se encontra o Sistema Único de Saúde (SUS) de Curitiba é resultado do trabalho de muitos atores, instituições, ideias, experiências que foram sendo configuradas ao longo dos anos e impulsos sem dúvida dados pela Reforma Sanitária Brasileira.

Desde 1979, Curitiba adota os princípios da atenção primária à saúde em sua rede de atendimento à população. Na SMS, muito se investiu em estratégias e ações que visaram à melhoria dos serviços prestados e das condições de saúde dos curitibanos.

Em 1990, sob a consultoria do Dr. Eugênio Vilaça Mendes, foi iniciado o processo de discussão e implantação, na rede municipal de atenção, dos conceitos de descentralização, distritalização, territorialização, vigilância à saúde, divisão dos territórios em microáreas de risco social e epidemiológico, mapas inteligentes e informantes-chave. A nova forma de gestão repassou ao gestor distrital (supervisor de distrito) e ao gestor local (autoridade sanitária local) compromissos com a saúde da população residente na área de abrangência de suas responsabilidades. Em 1991, ocorreu, de forma pioneira, a implantação do Programa Saúde da Família, com adesão junto ao MS em 1996. A expansão da rede própria de serviços de saúde, sob uma nova denominação, de *unidades de saúde*, passou a ser a porta de entrada dos usuários para todo o sistema.

Em 1998, a SMS passou à gestão plena do Sistema Único de Saúde (SUS), assumindo as funções de regulação, controle, avaliação e auditoria, recebendo e distribuindo os recursos destinados ao pagamento dos serviços contratados pelo SUS no município.

No ano de 1999, uma série de tecnologias e ferramentas de gestão foi incorporada ao sistema municipal de saúde, objetivando impactar os indicadores de saúde, entre os quais os programas estratégicos normatizados por diretrizes clínicas (*guidelines*, protocolos, manuais), além de um sistema informatizado interligando todas as unidades de saúde (o prontuário eletrônico). O prontuário eletrônico tem interface direta com os profissionais de saúde que, responsáveis pelo atendimento do usuário, realizam os registros no sistema informatizado em tempo real.

Curitiba tem uma população estimada de 1.851.213 habitantes (IBGE, 2000) e a SMS em 2008 era composta de 110 unidades de saúde (básicas com ou sem ESF, especializadas e de urgência/emergência), distribuídas em nove distritos sanitários, além de uma central de marcação de consultas/exames especializados, central metropolitana de leitos hospitalares, central de ambulâncias, central de vacinas, um hospital municipal e um laboratório de análises clínicas.

A SMS historicamente avalia sua atuação, motivo este que permite conhecer a série histórica dos indicadores de saúde refletindo sobre os processos de trabalho e planejamento local. A busca de novas ferramentas de gestão levou à necessidade de avançar com documentos institucionais que promovessem a responsabilização e o monitoramento em todos os níveis, e não apenas do gestor municipal.

Em 2000, relatórios técnicos e gerenciais foram disponibilizados no prontuário eletrônico, propiciando que os profissionais e gerentes pudessem monitorar as ações realizadas.

Em 2002, novamente sob consultoria do Dr. Eugênio Vilaça Mendes, iniciou-se um processo de revisão dos planejamentos locais e dos protocolos clínicos, além da realização de oficinas com o corpo gerencial da SMS para discutir a importância de se criarem estratégias de gestão voltadas para resultados. As oficinas ocorreram em etapas progressivas, para que fosse discutido todo o processo de construção dos contratos de gestão. Nesse momento, também ocorreu a sensibilização do quadro gerencial da Secretaria Municipal da Saúde para a importância da apropriação e da utilização da informação presente nos relatórios gerenciais, disponibilizados pelo prontuário eletrônico, na tomada de decisão.

Na construção dos contratos de gestão, foi estabelecido consenso sobre indicadores, parâmetros, fontes de verificação e definição da formatação dos relatórios. A partir do estabelecimento de indicadores e metas, construiu-se uma planilha, denominada *plano operativo anual* (POA), que tem um sistema de monitoramento trimestral e está anexada ao contrato de gestão. A SMS instituiu então os contratos de gestão entre os diferentes níveis da instituição e convencionou-se denominá-los *termos de compromisso* (Tercom).

O contrato de gestão é firmado anualmente entre as equipes e gestores com a participação de representantes dos usuários, membros dos conselhos locais de saúde. O Tercom tem ação moral e não legal, com sua base formulada em cláusulas que, na verdade, são as pactuações de responsabilidades.

O plano operativo anual, anexo do Tercom da unidade municipal de saúde, possui 74 indicadores monitorados de forma trimestral. Por meio desse monitoramento, cada equipe tem condições de acompanhar ações e monitorar resultados, sendo um importante instrumento para o planejamento local.

No mesmo período em que se iniciou o contrato de gestão, a Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba implantou um *incentivo de desenvolvimento de qualidade* (IDQ), com acompanhamento trimestral. Sua avaliação acontece por meio de quatro planilhas:

- a) planilha de avaliação individual, pela qual a chefia avalia o servidor;
- b) autoavaliação;
- c) avaliação da comunidade, realizada por pesquisa de satisfação realizada por uma empresa de *marketing* contratada; e
- d) avaliação da unidade.

Nesta última planilha estão presentes determinados indicadores que pertencem ao plano operativo anual e que a unidade pactua em suas metas junto ao seu distrito sanitário.

Os objetivos e resultados visados com os contratos de gestão na Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba são a estratégia de gestão voltada para resultados, valorizando a saúde familiar, o cuidado com portadores de patologias crônicas, reconhecendo riscos populacionais e reforço ao autocuidado. O incentivo à parceria entre os envolvidos proporciona a garantia de permanente processo de negociação e renegociação (caso seja necessária), a transparência entre as partes, a participação e a responsabilização mútua entre gestores e equipes no momento da pactuação de indicadores e metas.

O contrato de gestão na Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba visa ainda ao aprimoramento do planejamento local/avaliação, na medida em que o monitoramento das ações é permanente, melhorando a viabilidade técnica, política e financeira das ações prestadas pela SMS à população de Curitiba, e tem como meta maior “uma população mais saudável”.

Este estudo objetiva descrever a percepção dos gestores locais e dos trabalhadores da saúde quanto à utilização da ferramenta plano operativo anual para o planejamento, a avaliação, o monitoramento e a tomada de decisão nas ações em saúde no território da unidade de saúde.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Diante de um ambiente globalizado e altamente competitivo, surge na França, no final da década de 1960, o contrato de gestão, um instrumento da administração por objetivos cuja função era melhorar a situação das empresas estatais daquele país que apresentavam sinais de deterioração provocada pelo excesso de regras e controle por parte do poder central. Conforme Ramos, “o movimento pela ‘contratualização’ na França visa, de fato, viabilizar a manutenção da presença do Estado na economia, pois este é um país de forte tradição estatal: a regra foi então ‘modernizar para não privatizar’” (Ramos, 1997). Lima define o contrato de gestão como

Uma forma de relacionamento entre o controlador (governo, acionista, investidor, empregados, fornecedores, consumidores) de uma empresa e a sua administração, expressa por intermédio de contrato formal que especifica direitos, obrigações, compromissos e responsabilidades das partes envolvidas, fixando objetivos, metas e indicadores de desempenho para um determinado período, bem como as respectivas consequências em termos de cumprimento/descumprimento das condições previstas.

O sucesso das iniciativas de reforma do Estado e da administração pública dependerá da adequada implantação, nas organizações públicas, de sistemas de acompanhamento e controle voltados mais para o desempenho da instituição e menos para o controle dos meios. Sob essa concepção Alvares (2004) afirma que o contrato de gestão “se tornou o alicerce da chamada administração de resultados”. (Lima, 1998)

A administração pública tem com o contrato de gestão maior flexibilidade administrativa e condições de competitividade no mercado, possibilitando, assim, uma gestão integrada e melhoria dos serviços prestados à coletividade. Para a administração pública, tal instrumento não pode ser considerado um instrumento jurídico, mas um instrumento gerencial que formaliza um compromisso de atingir melhores resultados entre órgãos do Poder Executivo e o Estado. A esse respeito, Cardoso afirma que

Um contrato de gestão pode ser compreendido como um instrumento institucional ou gerencial que estabelece os princípios básicos de negociação entre o Estado e uma empresa, agência executiva ou entidade pública não estatal, com vistas a alcançar uma gestão aberta e integrada, voltada para o cumprimento de resultados, com superior qualidade do produto ou serviço prestado ao cidadão. (Cardoso, 1997)

O instrumento contrato de gestão é destinado a rever relações de controle ineficazes e obter crescente responsabilização por parte de dirigentes, na área pública, em relação aos objetivos que devam ser atingidos. Segundo Cardoso,

A ideia de contratos internos de gestão dentro da empresa, no qual existem, também, acordos entre grupos de funcionários e dirigentes para assegurar certas metas, aumentando o grau de consciência de participação, a capacidade de decisão, determinam o envolvimento global da pessoa no processo produtivo. Não se trata mais de ler bem os códigos e aplicá-los isolados da pressão política (pressão patrimonial e/ou clientelista); trata-se, sim, de redefinir o modo como se trabalha, englobando uma relação entre Estado e sociedade, a função pública nos resultados e o interesse do consumidor. (Cardoso, 1997)

Assim, o contrato de gestão busca, na maior autonomia gerencial, estabelecer um controle de resultados, pressupondo maior eficiência e qualidade à administração pública. De maneira geral,

alinha-se descentralização do Estado, conferindo maior autonomia às suas empresas ou a seus níveis de governo, ao mesmo tempo em que se valorizam procedimentos relacionados ao acompanhamento e a avaliação dos resultados. A descentralização merece um cuidado especial.

O contrato de gestão é um instrumento gerencial, originado da administração por objetivos (APO), também denominada *administração por resultados* ou *administração por objetivos e resultados*. É um método de planejamento e controle administrativo baseado na premissa de que para atingir resultados a empresa precisa definir em que negócio está e onde pretende chegar.

Para Drucker,

A maior de todas as vantagens da administração por objetivos é talvez a de possibilitar ao administrador o controle do próprio desempenho. Autocontrole quer dizer mais forte motivação: o desejo de conseguir o máximo e não simplesmente de conseguir o bastante para ir vivendo. [...] uma das principais contribuições prestadas pela administração por objetivos é a de que ela nos permite substituir a administração pela prepotência por uma administração por autocontrole. (Drucker, 1970)

A natureza jurídica desses contratos de gestão ainda suscita dúvidas, pois há autores que entendem que, “pouco importando o nome, são acordos, ou convênios ou mesmo atos administrativos complexos e não exatamente contratos” (Ribas, 2003). O contrato de gestão, portanto, é um instrumento de racionalização na medida em que traz à empresa estatal, ou qualquer órgão do governo, para uma situação de competitividade. Tal instrumento faz com que a atividade de planejamento dentro do órgão ou empresa ganhe destaque e que os processos internos sejam todos revistos a partir da necessidade de cumprir compromissos externos. Isso facilita a aplicação de mecanismos de acompanhamento e permite a determinação clara de objetivos. Outra característica muito importante do contrato de gestão é que ele propicia a continuidade administrativa e torna a gestão do setor público mais transparente para a sociedade.

O pressuposto da obtenção de um grau de autonomia administrativa e financeira, no contrato de gestão tem, por contrapartida, o compromisso de administrar por metas, que representa ganhos de eficiência gerencial. Para Drucker, deve-se

Procurar as atividades que têm maior impacto sobre os resultados; o objetivo deve ser específico quanto aos dados concretos: o que, quanto, quando; focalizar objetivos no trabalho e não no homem; detalhar cada objetivo em metas subsidiárias; usar uma linguagem compreensível para os gerentes; manter-se dentro dos princípios da administração; o objetivo deve indicar os resultados a serem atingidos, mas não de limitar a liberdade de escolha dos métodos - indicar o quanto, mas não o como. (Drucker, 1970)

Os objetivos a serem alcançados são determinados durante a vigência do contrato, decorrentes do planejamento da empresa e das necessidades do governo, bem como as metas constituídas dos objetivos devidamente quantificados e a previsão de atingi-las dentro de prazos preestabelecidos. Além disso, um conjunto de indicadores de desempenho mensura o nível de realização dos objetivos e metas propostas. A isenção de autorizações prévias e outras normas de controle justificam-se em virtude de que um dos objetivos do contrato de gestão é conceder à empresa um grau de autonomia suficiente que lhe permita operar com flexibilidade e agilidade gerenciais com relação ao prazo de

vigência. A experiência internacional indica um prazo de três anos como o mais adequado, porém devem-se levadas em consideração as peculiaridades de cada empresa.

O contrato de gestão deverá ter definido claramente os representantes das partes contratantes, bem como mencionar leis em que o contrato se baseia e descrever o objeto do contrato, ou seja, a razão que levou à negociação e à assinatura do contrato de gestão. Torna-se imprescindível o acompanhamento contínuo do contrato para uma melhor avaliação do desempenho. Trata-se da fase mais relevante porque dela depende a obtenção da sua eficácia plena. A avaliação processa-se em três vertentes: geração de relatórios parciais e anuais, avaliação institucional e auditorias. Vale salientar que a formulação e a negociação do contrato de gestão devem obedecer a três requisitos básicos: contexto institucional (políticas públicas e diretrizes governamentais para o setor de atuação), planejamento estratégico da instituição e metas respectivas, indicadores de desempenho e planos de ação. A negociação e a aprovação do contrato são processos formais envolvendo a administração da instituição e o respectivo representante da administração pública, visando à explicitação dos interesses e à avaliação correta do conteúdo indispensável ao contrato, bem como da busca dos objetivos visados.

A renovação do contrato de gestão normalmente é automática, a revisão ocorrendo quando as premissas estabelecidas sofrerem mudanças; a suspensão, quando houver impossibilidade de cumprimento das premissas estabelecidas; e a rescisão, quando houver descumprimento injustificável, culpa ou dolo dos administradores. Para tanto, os contratos de gestão devem fixar penalidades para os gestores que não o cumprirem .

3.1 O contrato como compromisso entre duas partes

A dupla característica de maior autonomia *versus* compromisso prévio com resultados é indissociável da visão do contrato de gestão como um compromisso que implica responsabilização e obrigação de prestar contas. Assim entendido, como alerta Trosa,

O contrato não é simples delegação (“eis aqui seus meios, gerencie o melhor que puder”), nem nova forma de imposição (“atinja estes resultados”), tampouco apenas flexibilização (maior liberdade sem contrapartidas, como ocorreu na Austrália, na primeira onda de contratualização). O contrato é uma relação entre duas partes, não mais apenas hierárquica. Não há “os que definem o que fazer” e “os que executam”: há atores diversos, cada qual com contribuições específicas à ação governamental. Ao contrato associam-se mecanismos de transparência, que incluem a obrigação de prestar contas, não apenas formal. (Trosa, 2001)

O contrato de resultados é uma peça gerencial cuja elaboração tem que ser negociada, baseada na escuta, no acordo entre as partes. A autora destaca as novas competências requeridas para sua elaboração: “ouvir todos os atores e partes envolvidas; desenvolver capacidade de negociação estratégica, incluindo neutralizar, convencer, potencializar todos os interessados; fazer prova de

capacidade aguçada de julgamento e avaliação, buscando equilibrar as diferentes visões” (Trosa, 2001). Outro aspecto a destacar é que “os contratos explicitam responsabilidades mútuas, além de condições para seu término ou modificações” (Jan; Reichard, 2002), substituindo relações até então expressas em formas variadas de poder por relações estabelecidas em torno de metas e resultados a alcançar.

3.2 O que contratar: *outputs* ou *outcomes*?

Na última década, o debate entre especialistas se abriu sobre o que contratar - a prestação de determinados serviços previamente especificados (*outputs*) ou a contribuição efetiva para a resolução de um problema (*outcomes*). Aqui, a experiência de Trosa, tendo acompanhado os esforços de reforma em vários países,

Aponta para um balanço pragmático: ambas as formas de contratação são importantes, até porque respondem a duas perguntas distintas. O contrato formulado com base nos *outputs* permite conhecer o que é efetivamente produzido com os recursos públicos; já a preocupação com *outcomes* ou impactos permite indagar-se sobre a eficácia e utilidade daquilo que é produzido. (Trosa, 2001)

3.3 Natureza jurídica do contrato de gestão

O contrato de gestão é uma categoria intermediária, está situado entre os convênios firmados pelos órgãos públicos e os contratos administrativos, que em geral possuem uma menor margem de discricionariedade para rompimento lícito do ajuste e por isso se aproxima dos contratos. Aproxima-se dos convênios porque as partes visam a um escopo comum e não admitem responsabilidade por fato lícito.

Efetivamente, não parece que o contrato de gestão seja uma espécie de contrato, tendo em conta sua natureza jurídica, pois é da essência deste que os interesses em jogo sejam opostos ou contraditórios. Dúvidas têm sido suscitadas acerca da natureza jurídica do contrato de gestão, surgindo dentro desse contexto a denominação de uma nova figura jurídica, qual seja, *termo de assunção de responsabilidades recíprocas*, situada entre o contrato e o convênio.

Para Anastásia,

O contrato de gestão não tem natureza de convênio nem de contrato administrativo. É, no entanto, mais do que um termo no qual a entidade matriz estabelece responsabilidades assumidas pela entidade que recebe o recurso público e que se presta a determinados comportamentos. É um instrumento jurídico muito parecido com o termo de assunção de responsabilidades recíprocas, porque, no contrato de gestão, em si, não há repasse de recursos. O repasse de recursos ocorrerá posteriormente, por meio de dotação orçamentária. (Anastásia, 1998)

Na definição de Bornholdt,

As normas do contrato de gestão preveem a estipulação detalhada dos diversos direitos e deveres das partes, e com isso parecem conferir certa longevidade ao contrato uma vez que o próprio objetivo da administração gerencial prevê a fixação e o alcance de determinados resultados. Nesses contratos não encontramos algumas das características próprias dos contratos administrativos tradicionais consistentes basicamente na intangibilidade da equação econômico-financeira, na determinação do objeto contratual inalterável estruturalmente e no recebimento do preço avençado. Como princípio alternativo da equação econômico-financeira existe uma espécie de reserva moral a ser respeitada pelo Estado. (Bornholdt, 1998)

Trata-se de uma espécie de acordo de gerenciamento e apresenta como objetivo fundamental a busca de metas previamente traçadas, visando a uma efetiva melhoria do produto ou serviço colocado à disposição do cidadão, destinando-se, principalmente, a classificar o foco da instituição, interna e externamente. A finalidade do contrato de gestão é incrementar a eficiência e a competitividade da administração pública, de modo que se aproxime do regime das empresas privadas, para uma melhor consecução do interesse público, tendo como metas a redução dos controles e outros fatores que impossibilitem ou dificultem a flexibilização das empresas estatais. Trata-se, na realidade, de um compromisso de resultados com a necessidade de cláusulas dentro de parâmetros legais para definir critérios de avaliação.

Os contratos de gestão são contratos de direito público em uma dimensão maior que nos contratos de concessão ou permissão de serviços públicos, devendo ser interpretados à luz dos princípios publicistas. Objetivam estabelecer uma ampliação da autonomia gerencial, orçamentária e financeira do órgão ou entidade pública (Souto, 2001; Mukai, 2008).

3.4 O contrato de gestão em França, Estados Unidos, Inglaterra, Japão e Suécia

3.4.1 França

Os contratos de gestão, ou contratos de programas, surgiram na França no final dos anos 1960,¹ sendo aplicados nos anos 1970 e 80 em oito grandes empresas públicas. A partir de 1990, passaram a ser aplicados a unidades da administração pública direta.² Foram rapidamente adotados por países cuja influência francesa era marcante, e depois utilizados na Argentina, México, Índia, Coreia e outras partes do mundo.

¹ Segundo relatório de John R. Nellis no World Bank Discussion Papers, n. 48, 1989.

² Os “centros de responsabilidade”, sob a denominação de *contratos de serviços*.

A experiência francesa compreende até a atualidade quatro fases. A primeira é a de contrato-programa, fruto do relatório Nora (1967), que recomendava como forma de enfrentar o alto grau de ineficiência das empresas públicas francesas, cada vez mais dependentes de subsídios governamentais, a contratualização das relações de supervisão entre Estado e empresa. O contrato de 60 meses continha objetivos financeiros, previa autonomia para fixar preços, redução de quadros de pessoal e definia produtos e operações. Pela primeira vez recomendou-se a utilização dos contratos de programa como forma de enfrentar a ineficiência na administração das empresas estatais, em função da demanda por mecanismos de controle mais flexíveis como condição para atingir maior nível de autonomia gerencial, desempenho e eficiência.

O contrato passou a ter um caráter de instrumento de controle prévio, simultâneo e posterior, sua ideia central sendo estabelecer relações de tutela e de consenso entre as partes. O relatório defendia a necessidade de “destinar uma função reforçada, mas renovada, de eficiência e de coerência” às empresas estatais, por meio de planejamento central.

Segundo Martins,

A segunda fase é a dos contratos de empresa, a partir de 1977, que encurtava o período de vigência para 36 meses e tornava os indicadores mais abrangentes, estendendo-se à produção, sem, contudo, alterar os níveis de autonomia dos contratados. Em 1982, temos a terceira fase, introduzindo-se assim a figura do contrato de plano. Sua ênfase era no deslocamento de metas financeiras e de produção para produtividade e participação no mercado e ações relacionadas ao desenvolvimento de novos produtos, pesquisa, modernização da produção e competitividade. Contudo, o decreto de regulamentação da lei que o estabeleceu em 1982, nunca foi editado.

A quarta fase, a partir de 1989, representa a consagração do instrumento contratual como mecanismo vital na modernização e reforma do Estado, estendendo-se para a administração direta e voltado à descentralização administrativa para regiões e departamentos. O atual estágio da contratualização francesa pode ser caracterizado como a disseminação da contratualização interna baseada na construção de indicadores de qualidade e produtividade. (Martins, 1998)

Mais que isso, pode-se dizer que a experiência francesa representa uma trajetória de descoberta do valor gerencial do contrato. Para Cardoso, o movimento de contratualização visa, de fato, viabilizar a manutenção da presença do Estado em diversos setores, pois este é um país de forte tradição estatal”. Essa experiência proporcionou um razoável ganho de autonomia e responsabilização na tradicional administração burocrática francesa, onde a regra era “modernizar para não privatizar” (Cardoso, 1997).

Barbe (1993) sintetizou os desafios enfrentados durante os dez anos seguintes à implantação dos contratos de gestão em cinco, quais sejam: o da contenção, o do consumismo, o da complexidade das tarefas a cumprir, o das novas aspirações dos servidores e clientes, e o desafio das novas tecnologias. Diante disso, foram usados os trunfos que a administração dispunha para reagir, incluindo a manutenção da tradição administrativa francesa, caracterizada por um elevado profissionalismo nos níveis superiores. Isso graças à formação dos dirigentes nas grandes escolas e, em particular, na École Nationale d'Administration (ENA - de onde vem a denominação Enaps), a presença de instituições de controle administrativo (a Cour des Comptes) e financeiro (a Inspection des Finances),

particularmente eficazes nas suas inspeções, e, enfim, um corpo de funcionários de nível educado no espírito do serviço público.

A política de renovação da França respeita as características culturais da administração francesa e as peculiaridades de cada departamento ministerial. Ela referenda os princípios e a riqueza de competência que caracterizam as diferentes administrações. Conforme Barbe, o eixo de modernização do setor público francês está baseado em alguns pilares fundamentais, que são

- Em primeiro lugar, a existência de uma vontade política. Esta é uma concepção comum de que o serviço público é um valor partilhado e que não se confunde com uma empresa privada;
- Em segundo lugar, outro grande pilar é a ideia do desafio nacional que se apresenta à França, com a abertura do Mercado Comum Europeu e com a necessidade de preparar a estrutura do setor público francês para tal;
- Em terceiro lugar, a ideia de que a modernização do setor público não é um resultado, uma data final, mas um processo;
- Em quarto lugar, a constatação de que a modernização não se faz com a simples vontade política e nem com a letra do direito; esta se baseia na valorização permanente das pessoas que fazem funcionar a organização. (Barbe, 1993)

Portanto, o modelo francês percorre um longo caminho, passando pela reorganização de trabalhos de órgãos, a determinação de um plano de trabalho e sua contratação pelo ministério de vinculação, bem como sua tentativa árdua de aumentar a autonomia gerencial por concessão dos departamentos centrais dos sistemas administrativos, em um tratamento caso a caso. Esse método tenta manter a integridade da administração pública, buscando a modernização por meio da revisão das relações entre centro e periferia, objetivando maior flexibilidade para o exercício da gestão pública, ao mesmo tempo em que valoriza a qualidade de serviços e o desempenho.

O modelo francês pressupõe um processo de negociação entre o Estado e as empresas estatais:

[...] o contrato não foi imposto pelo Estado; porque não decorre de um ato autoritário; porque resulta realmente de uma negociação em que o Estado foi obrigado a ceder mais do que cederia se houvesse evocado seu papel de poder estatal, o contrato tem um valor de compromisso pessoal muito forte e suas metas têm chances muito maiores de serem realizadas (Lubek, 1993).

3.4.2 Inglaterra

A Inglaterra envolveu-se em diversas reformas desde as décadas 1960 e 70, sem grande sucesso perante esse tempo. A modernização da administração pública tomou novo impulso com a chegada de Margaret Thatcher ao poder, em 1979, com a nomeação de um conselheiro da primeira-ministra, em questões de eficiência e eficácia da administração pública. A principal atribuição do conselheiro seria montar uma estratégia que evitasse os obstáculos das reformas anteriores. A formulação foi de um plano diretor global e prescritivo, que deixava pouca margem à iniciativa pessoal. O ponto principal desse plano foi provocar a realização de avaliações pontuais no interior dos ministérios, de modo a identificar possíveis economias e melhorias de gestão nas áreas escolhidas

pelos ministros. A avaliação deveria não só demonstrar, rapidamente, que uma reforma era ao mesmo tempo necessária como também, promover as ações necessárias a sua implementação, construindo, a partir de constatações efetuadas durante a primeira fase, reformas gerais, que tivessem legitimidade e credibilidade tanto dentro quanto fora da administração pública. O objetivo global era promover uma mudança durável das formas de gestão da administração pública inglesa, por meio da reforma das estruturas, dos sistemas de informação, das formas de gestão financeira e dos recursos humanos, e na cultura do *civil service*.

Um pequeno grupo (dez pessoas) foi escolhido para efetuar essas reformas, em lugar de uma pesada estrutura de intervenção. A Efficient Unity (EU) encarregar-se-ia das avaliações dos ministérios, assegurando-lhes ações que garantissem a síntese e a difusão de ensinamentos de interesse geral, procedentes dos casos particulares.

Em 1982, foi lançada uma reforma global, pretendendo modificar, de forma durável, a cultura gerencial da administração pública. Para dar prosseguimento às conclusões do relatório do Treasury and Civil Service Committee sobre a eficiência e a eficácia na administração, o governo lançou a Financial Management Initiative, que consistia em implantar, em cada ministério, sistemas e estruturas que permitissem aos responsáveis de todos os níveis ter uma visão clara de seus objetivos e desempenho, bem como toda a assistência técnica necessária. A sobrecarga de trabalho dos ministros, em razão da crescente complexidade dos problemas, impedia-os de dedicarem muito tempo a questões administrativas. As pressões sobre os ministérios situavam-se, essencialmente, no nível das despesas, com menos atenção aos resultados. Poucas eram as pressões exercidas para melhorar o desempenho. A liberdade de um dirigente para agir de forma eficaz e responsável era muito limitada. Os controles não se situavam apenas no âmbito dos recursos e objetivos mas também na sua forma de gestão. Essas decisões eram, quase sempre, centralizadas.

A EU concluiu, então, que as supostas vantagens de uma administração gerenciada de maneira uniforme eram mais do que superadas pelas desvantagens.

A administração pública inglesa era muito grande e diversificada para ser gerida como uma entidade única. Assim, foram definidas três prioridades para dar continuidade à mudança: o trabalho em cada ministério deveria ser organizado de forma a dar mais atenção à realização dos objetivos; os sistemas e estruturas deveriam contribuir para a produção eficaz de políticas e serviços; os responsáveis em cada ministério deveriam assegurar que seu pessoal tivesse experiência e competência necessárias para realizar as tarefas julgadas essenciais; e uma pressão constante deveria ser exercida sobre cada ministério e no interior de cada um deles para promover a busca de maior eficiência e eficácia.

Para implantar essas prioridades, o relatório recomendou mudanças fundamentais na estrutura da administração pública. Propôs a separação entre as estruturas responsáveis pela formulação de políticas e os órgãos que deveriam executá-las: as Executive Agencies. As responsabilidades de cada agência foram definidas em um documento básico, explicitando a política a ser seguida, o orçamento e

outros recursos concedidos, bem como os objetivos e resultados a serem alcançados, na forma como tinham sido negociados com o ministério tutelar. Esse documento estabelecia, também, a forma como deveriam ser tratadas as questões políticas e a amplitude da delegação dada aos responsáveis. O documento básico deveria ser objeto de exame anual, permitindo sua atualização a longo prazo, após os resultados do relatório anual da agência.

A administração central exerceria um controle estratégico sobre as agências, mas o responsável pela agência teria liberdade para decidir seus objetivos dentro do documento básico definido.

Para Enap, “a realização da reforma foi relativamente lenta no início, mas a partir de 1990 tornou-se bastante acelerada. O modelo inglês demonstra uma firme decisão de substituir o modelo estrutural da administração central” (Enap, 1993).

Nesse método, a viabilização da autonomia gerencial é imediata pela criação de agências descentralizadas. O estabelecimento de documentos básicos, definindo orientações e formas de relações entre a administração central e as agências, redefine os mecanismos de controle, privilegiando formas de avaliação de resultados. Na reforma estrutural do modelo inglês, houve um ganho de autonomia gerencial pela descentralização das estruturas da Grã-Bretanha e, de acordo com o texto citado, ela nasceu imbuída de um forte teor gerencial. A introdução de mecanismos contratuais tinha como compromisso o combate à lógica centralizadora da burocracia.

Há dois momentos cruciais na experiência inglesa. O primeiro se dá no âmbito do Citizen’s Charter, um programa que previa iniciativas como privatização, ampliação da competição e da terceirização e estabelecimento de parcerias com organismos atuantes na esfera pública mediante uma lógica de contratualização baseada em incentivos e premiações, divulgação de resultados, avaliações periódicas etc. O segundo momento está relacionado ao programa Next Steps, que incentiva a criação de agências autônomas com planejamento e avaliação anual de metas e com a lógica de controle baseada mais no desempenho (*performance*) e menos na conformidade às regras (*compliance*). A lógica da contratualização britânica seria a redução do controle burocrático, a ampliação da autonomia e o aumento da responsabilização por resultados (*accountability*). De forma geral, pode-se caracterizar esse movimento britânico de contratualização como um modelo calcado nas seguintes dimensões:

- a) extensão das relações contratuais no fornecimento de serviços públicos entre o setor público, o setor privado e o voluntário/não lucrativo, criando uma nova estrutura de pluralismo institucional, em contraposição ao antigo modelo de monopólio estatal;
- b) extensão das relações contratuais para dentro do setor público, envolvendo descentralização, delegação e mecanismos de quase mercado;
- c) desenvolvimento de contratos de qualidade entre provedores de serviços e consumidores/clientes. (Abrucio, 1996)

Em síntese, o legado da experiência britânica foi a necessidade de integração e a relação de dependência entre os instrumentos contratuais e as iniciativas de reformas institucionais do Estado.

3.4.3 Estados Unidos

A proposta de reduzir o peso da administração federal e sua burocracia, nos Estados Unidos, teve seu grande impulso no início de 1981.

A implementação de novos instrumentos de ação e um forte comprometimento do governo com as reformas, em um primeiro plano, provocaram resultados significativos, mas fracassaram no plano da gestão administrativa.

Para Enap,

A descentralização foi uma medida adotada visando restringir as despesas do governo federal e aumentar a liberdade e a iniciativa dos estados. A renovação do federalismo nos Estados Unidos não era um objetivo prioritário da administração, assim, foi verificada uma considerável redução das intervenções normativas e financeiras da administração federal em benefício dos estados. O processo de transferência de um certo número de competência e encargos da administração federal para os estados foi, também, um meio de reduzir o peso e o custo da administração federal. (Enap, 1993)

O governo Reagan tomou em suas mãos o Office of Management and Budget (OMB) a fim de promover, a curto prazo, uma forte redução dos impostos e, paralelamente, das despesas orçamentárias.

Os mecanismos implementados para esse fim não deram os resultados esperados, e as disfunções resultantes na ação do governo federal foram negativas em dois pontos; os procedimentos tecnocráticos utilizados criaram um clima de suspeita e resistência; a polarização do OMB sobre o controle orçamentário deu-se em detrimento dos aspectos administrativos, sem consideração pelas dimensões organizacionais e humanas da modernização da administração pública. (Enap, 1993)

Essa atitude, em particular, resultou em uma grave crise administrativa para o governo federal. A ferocidade de reduzir, de imediato, o peso da burocracia federal levou seus responsáveis a considerarem os funcionários mais como obstáculos do que como fontes de soluções para os problemas da administração federal. O que resultou em uma gestão deplorável dos recursos humanos, levando os melhores a serem tentados a abandonar a administração e originando uma grave crise moral nos quadros da função pública.

A política de forte redução das despesas orçamentárias e a concentração de poderes no OMB reforçou essa tendência. Como consequência, a administração federal apresentava-se, em geral, desmotivada, desorganizada e pouco atraente para os melhores quadros diplomados pelas universidades. A reação contra essa prática iniciou-se com uma tendência de revitalização da administração federal como condição para sua eficiência.

O diagnóstico apontou a incapacidade do governo Reagan para promover uma administração eficaz, favorecendo o surgimento de uma corrente de opinião com o intuito de utilizar a capacidade de inovação e a competência dos funcionários para melhorar a eficácia da administração pública. Essa

corrente reunia representantes do setor privado e sindicatos, antigos altos funcionários, dirigentes políticos e universitários, numa comissão presidida por Paul Volcker (antigo responsável pelo Federal Reserve Board), que depois originou a obra *Rei ventando o governo*, segundo Enap (1993). A fim de restabelecer a liderança e a motivação, em particular na administração federal, a Academia Nacional de Administração Pública (ligada à Comissão Volcker) elaborou um conjunto de propostas, dentre as quais podemos destacar a de valorizar a capacidade de iniciativa dos funcionários, em particular dos gerentes de nível intermediário e operacional, e de acreditar mais nos homens e menos nos sistemas, para promover a inovação.

Essa comissão trabalhou para melhorar a qualidade dos serviços administrativos (perspectiva que pareceu desejável), nomeando responsáveis que tivessem experiência anterior ou formação em administração. A comissão estabeleceu a criação de uma agência federal de administração, distinta do OMB, encarregada de aumentar o papel do presidente da república na coordenação da atividade nas agências, buscando sensibilizar o Congresso e a sociedade para as necessidades e os imperativos da administração pública, a fim de promover no interior das agências uma política de administração baseada na continuidade e na consideração dos problemas concretos dos funcionários, acompanhando e encorajando experiências de inovação e, finalmente, adaptando o processo orçamentário favorecendo a adoção de programas plurianuais.

Em 1981, a administração Ronald Reagan teve como reação uma importante mobilização societária, configurada nas propostas da Comissão Volcker e no relatório da referida Academia. Começaram a se esboçar novos conceitos, inovações e formas de pensar diferentes nos vários níveis da administração, que podem ser caracterizados segundo três linhas principais:

- a) a evolução de sistemas e métodos de avaliação dos resultados administrativos do General Accounting Office;
 - b) a agência federal de auditoria e de avaliação, estabelecida desde 1921 e que depende do Congresso;
 - c) a inovação administrativa e seus principais processos, em particular nos governos locais e o papel da liderança e a utilização dos meios universitários como catalisadores e centros de excelência.
- Nota-se que a ausência de um modelo intelectual, em matéria de escolha pública, e a falta de visão política nas esferas governamentais e administrativas dos Estados Unidos, assim como a criação dos novos mecanismos institucionais, já mencionados, leva à conclusão de que muito se pode esperar da contribuição não apenas dos práticos em administração, mas, também, do trabalho dos pesquisadores americanos. (Enap, 1993)

3.4.4 Japão

As reformas administrativas, realizadas no Japão foram antecedidas por um debate intelectual extremamente amplo no interior da sociedade japonesa, a participação de altos funcionários, reformadores e industriais modernizadores sendo determinante. A preparação e a condução da reforma se iniciaram entre 1981 e 1986, efetuando-se um considerável esforço de reestruturação pelo conjunto da administração nacional, em menor escala nas administrações locais, em torno de um duplo objetivo,

ou seja, o saneamento das finanças públicas sem aumento de impostos e a reavaliação do papel e da missão do Estado em uma sociedade em acelerado processo de mudança.

Em 1981, quando o comitê provisório para a reforma administrativa foi criado, o governo japonês encontrava-se diante não só de uma problemática comum às nações desenvolvidas como também diante de um impasse: o déficit do orçamento público representava 25% do orçamento e aumentava ano a ano.

A comissão criada para orientar e conduzir a reforma japonesa foi chamada de Comissão Rincho, sendo composta por nove personalidades dos setores industrial, financeiro, universitário, administrativo, sindical e imprensa. A primeira iniciativa da Comissão foi garantir apoio explícito em torno de dois objetivos principais: saneamento das finanças públicas, sem aumento de impostos, e adaptação do papel e dos serviços do Estado a uma sociedade em rápida mudança.

Os primeiros meses da Comissão foram consagrados à criação do consenso em torno de uma problemática que se impôs como o único modelo de referência, baseado nos seguintes elementos lógicos: limitação dos impostos obrigatórios; uma sociedade em plena vitalidade, o que significa melhores serviços e bem-estar, mas sem os entraves próprios a esse tipo de sociedade, principalmente o da burocracia. Para tanto, decidiu-se como política governamental

[...] a substituição dos serviços públicos por serviços privados, onde fosse possível, e a descentralização da administração pública para adaptá-la às exigências dos usuários.

Por último, foram estabelecidas algumas orientações para a reforma dos órgãos da administração, mantidos pela égide do Estado. São elas:

- a) adaptação da administração de acordo com exemplo do setor privado;
- b) vontade de uma abordagem global;
- c) a procura de desempenho da administração em benefício de seus clientes principais, isto é, o Estado (economia de recursos) e consumidores de serviços (relação qualidade/preço);
- d) a necessidade de credibilidade da administração junto à opinião pública, em sua vontade de reforma. (Enap, 1993)

As mudanças se concretizaram, na prática, por meio de espetaculares privatizações de monopólio tradicionais do setor público: ferrovia, indústria do fumo e telecomunicações. Em seguida, pela redução de despesas no setor de saúde, das despesas do Estado e do número de funcionários. Finalmente, pelo fortalecimento, junto ao primeiro-ministro, dos recursos de conhecimento, informação e coordenação, capazes de uma avaliação qualitativa das práticas administrativas para contrabalançar a gestão quantitativa tradicional.

Em contrapartida, a desregulamentação não progrediu seriamente, apesar da instalação de novas e interessantes formas de ajuste na área de comunicações. A descentralização surgiu como sendo um fracasso aos observadores do processo japonês de modernização administrativa. As reformas empreendidas, porém, não contemplaram o grande problema da sociedade japonesa ao manterem um sistema de protecionismo rural extremamente arcaico, penalizando os consumidores japoneses e paralisando as trocas no exterior.

A continuidade da reforma foi garantida com a criação, em 1983 (após a dissolução da Comissão Rincho), de uma comissão para promover a reforma administrativa. Seu papel era assegurar a continuidade, o acompanhamento e o controle da implementação das reformas propostas pela Comissão Rincho, propondo novas orientações para o seguimento do trabalho de renovação, com as seguintes prioridades: regulamentação econômica, problema fundiário e reforma territorial.

No entanto, alguns resultados esperados não foram alcançados e, em 1987, apesar dessa segunda comissão, o movimento de modernização sofreu um declínio.

Os resultados não alcançados referem-se, especialmente, aos aspectos centrais do funcionamento administrativo ou ao sistema político-administrativo japonês, à desregulamentação socioeconômica, ao questionamento do sistema de subvenções às coletividades locais e à descentralização em benefício das comunidades locais.

A reforma global da Comissão Rincho mudou profundamente o sistema administrativo japonês, produzindo aberturas notáveis e possibilidades de evolução, mas não avançou em aspectos essenciais do sistema. Atualmente, a maioria dos observadores “avalia que o movimento de reforma perdeu seu impulso e os primeiros sucessos que resolveram os problemas financeiros, no momento, perderam interesse. Cumpre-lhes aguardar os desdobramentos desse processo” (Enap, 1993).

3.4.5 Suécia

Até meados dos anos 1970, a Suécia aparecia como o mais importante e fecundo modelo no campo da gestão pública, na concepção do papel do Estado e em matéria de política social.

Com o não controlado crescimento das despesas, a perda de controle das atividades cada vez mais crescentes da administração pública e o peso dos impostos governamentais sobre um setor privado, em fase de internacionalização acelerada, o governo sueco enfrenta numerosos problemas de gestão pública.

Diante desses aspectos, o modelo sueco ficou ultrapassado e desconsiderado aos olhos de inúmeros observadores ocidentais. A estratégia usada pelo governo sueco para a reforma da administração pública e de seus órgãos baseou-se, principalmente, nas experiências do setor privado e no avanço das grandes empresas no início dos anos 1980.

Em sua essência, a estrutura e a lógica do sistema não foram abaladas. O governo não se voltou contra os burocratas. A estratégia da reforma deu ênfase

a) ao papel da liderança na renovação da administração e na importância das políticas voltadas para a formação e motivação das elites administrativas;

b) à reflexão sobre a qualidade, integrando clientes e seus recursos – permitindo definir formas de distribuição de serviços por melhores relações, qualidade e preços, um grande impacto foi

promovido pela flexibilização das normas orçamentárias, o que viabilizou calibrar a ação da administração e definir objetivos confiáveis.

A estratégia elaborada pelo governo sueco em 1985 foi de mudança e não de ruptura, tendo como objetivo fazer evoluir o funcionamento do sistema de gestão pública sem alterar profundamente a economia. A escolha desse recurso pode ser explicada pela continuidade política sueca e pela presença de certos valores sociais. É por essa razão que as ideias de privatização e de desregulamentação foram colocadas em segundo plano nesse país.

Nos anos 1980, a ideia do governo sueco foi de promover no seio da administração pública, o desenvolvimento dos instrumentos de mudança que tiveram êxito no setor privado de serviços, com os seguintes traços:

- a) a orientação para cliente ou consumidor e, portanto, para a qualidade do serviço;
- b) a noção de gestão descentralizada do processo de produção dos serviços, em torno de objetivos e ideias de gerenciamento inspirados no setor privado;
- c) a vontade de melhorar os sistemas de controle e de comando.

O programa formulado em 1985 e retomado pelo Ministério da Administração Pública focalizou a descentralização e o aumento da margem de autonomia das administrações locais, tendo como objetivo amenizar os regulamentos que pesavam sobre elas, tornando-as mais inovadoras no âmbito de objetivos bem formulados. Buscou ainda a consolidação dos governos locais e, em particular, a redução de seu número, para alcançar um tamanho crítico em matéria financeira e administrativa. Prevê-se que, em 20 anos, haverá uma redução do número de comunas de 2.000 para 248.

A recusa de uma estratégia de privatizações, em troca de melhoria do sistema de concorrência com o setor privado, concentrou-se na implementação de sistemas gerenciais, permitindo não só maior eficácia como também melhor controle no nível político e maior descentralização interna.

Por meio desses sistemas de administração por objetivos, o governo ensejou melhorar a definição de responsabilidades da administração central e dos ministérios e, em fase de contenção de despesas, a administração central aguardou orientações claras do governo e maior liberdade de ação, no nível das normas, para poder implementá-las.

As medidas iniciais para implantar esse programa foram cautelares. Entre elas, a maior seletividade na escolha dos gerentes da administração central, em particular dos diretores gerais, com base em contratos de emprego renováveis por seis anos; o aumento da amplitude de ação das agências em matéria de salários e seleção de quadros; a diminuição do volume de normas editadas pelo nível central das agências, para aplicação em nível regional; e um orçamento por períodos mais longos (três anos), permitindo maior flexibilidade no emprego dos fundos pelas agências.

Em relação à gestão de pessoal, a ênfase recaiu, particularmente, nos quadros técnicos, a fim de criar situações motivadoras, aumentar a mobilidade e garantir a qualidade da seleção. Foram

ressaltados os seguintes fatores: o mandato de seis anos para gerentes, com contrato de função, permitindo a avaliação dos resultados obtidos; salários competitivos com o setor privado na formação programada dos funcionários públicos e na mobilidade inter ou intra-administrações.

Em síntese, os pontos fortes da experiência sueca, em termos de modernização da administração pública, resumiram-se em uma política de gestão centrada na liderança, mais que em sistemas gerenciais, permitindo ganhos de inovação e de mobilidade do pessoal.

Na visão de Enap,

A Suécia avançou, em termos de participação dos quadros técnicos, no processo de modernização. Esse resultado pode ser creditado às especificidades constitucionais da Suécia, como a responsabilidade coletiva do governo. Além disto, a tradição de não ingerência do governo na implementação de diretrizes permitiu tornar mais clara a separação entre os objetivos políticos e a execução administrativa. (Enap, 1993)

3.5 A experiência brasileira

Segundo Martins,

A experiência brasileira de contratualização tem três núcleos, dois dos quais referenciados na experiência francesa (empresas estatais federais na década de 1980 e a administração pública paulista) e outro na experiência britânica (implantação de agências executivas e as organizações sociais nos anos 1990). Isto sem contar iniciativas isoladas que se utilizaram de denominação contratual, quer para legitimar o repasse de recursos financeiros para entidades extraestatais (caso emblemático da Associação das Pioneiras Sociais), quer para explicitar diretrizes e parâmetros de gestão (casos da Agência Nacional de Energia Elétrica e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, embora ambas estejam inclinadas a adotar concepções mais gerenciais de contrato de gestão).

A experiência federal com contratualização tem início em 1983 com a proposta de contrato a ser firmado entre o Estado e a Rede Ferroviária Federal S.A. No período de 1983-1990, algumas propostas de contratualização surgiram, mas nenhuma chegou a ser implementada. Nesse período, o Ministério das Minas e Energia formalizou compromissos de gestão, denominados *convênios de desempenho*, com oito empresas estatais: a Companhia Vale do Rio Doce, a Companhia de Pesquisa de Recursos Minerais, a Usiminas, a Açominas, a Companhia Siderúrgica de Tubarão, a Companhia Siderúrgica Nacional, a Aços Finos Piratini e a Companhia Siderúrgica Paulista.

Em 1991, o governo federal adotou o contrato de gestão como um dos instrumentos para promover a modernização das empresas estatais, no Programa de Gestão das Empresas Estatais (PGE). Essa medida visava inicialmente à garantia de maior transparência nas exigências de caráter social e de política pública do governo sobre as entidades indiretas, além da identificação e caracterização das principais metas de desempenho e produtividade das entidades, sobre as quais deveria concentrar-se o controle governamental, conferindo-lhes, assim, maior autonomia de gestão. (Martins, 1998)

Em 1992, a Companhia Vale do Rio Doce firmou um contrato de gestão com o governo federal no âmbito do Programa de Gestão das Empresas Estatais visando ao estabelecimento de metas de desempenho para efeito de controle, o equilíbrio econômico-financeiro da empresa e maior autonomia de gestão (basicamente relacionado à fixação de preços e gestão de pessoal). A exemplo da experiência francesa, nessa fase o propósito do contrato de gestão era proporcionar melhores condições de competitividade e equilíbrio fiscal às empresas estatais e ao mesmo tempo controlá-las, tendo em vista o “gigantismo burocrático” que algumas chegaram a ostentar.

Outro foco de iniciativas contratuais que merece menção é a experiência do estado de São Paulo a partir de 1986, no final do governo Montoro, que introduziu os contratos de gestão como meio de proporcionar o acompanhamento da execução orçamentária das empresas estatais do estado, assim como avaliá-las. Mas foi o governo Fleury que procedeu à implantação intensiva para toda a administração estadual como instrumento de controle orçamentário e gestão por resultado baseado na lógica radial-concêntrica. Os contratos eram todos firmados com a Secretaria Estadual de Planejamento e Gestão tendo como base programática o Plano Plurianual e as Diretrizes Gerais para os Órgãos. Em um primeiro momento (1993), os contratos basearam-se na estreita conformidade em relação ao plano plurianual e às diretrizes gerais. Em um segundo momento, os contratos basearam-se em planejamento estratégico caso a caso (provavelmente pela limitação da validade dos planos em relação à complexidade dos contextos).

Um terceiro foco de iniciativas contratuais surgiu a partir de 1997 com a implementação dos projetos de agências executivas e organizações sociais, estratégias de descentralização intra e extra-governamentais previstas no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, que preconizava uma reforma gerencial da administração pública baseada no advento de um modelo de gestão estratégica em diferentes segmentos de atuação do estado: na administração direta, responsável pela formulação e supervisão da implementação de políticas públicas; e em instâncias que eram voltadas predominantemente à implementação das políticas e nas quais se aplicariam os modelos de agências executivas e organizações sociais, modelos contratuais de gestão baseados na ampliação de autonomia gerencial de entidades estatais e na parceria com entidades não estatais, respectivamente.

Em 1998, por meio da Emenda Constitucional n.º 19, o Plano Diretor de Reforma do Estado, apesar de não ter sido o precursor do contrato de gestão, foi essencial na sua consolidação na administração pública brasileira, uma vez que inseriu o seguinte parágrafo ao artigo 37 da Constituição da República:

§ 8.º - A autonomia gerencial, orçamentária e financeira dos órgãos e entidades da administração direta e indireta poderá ser ampliada mediante contrato, a ser firmado entre seus administradores e o poder público, que tenha por objeto a fixação de metas de desempenho para órgão ou entidade.

Outra novidade trazida pela Emenda Constitucional n.º 19 está na abordagem dos contratos de gestão que pretendem fixar parâmetros e regras, como é o caso do celebrado entre a administração pública e as agências reguladoras. Estes órgãos reguladores surgiram da necessidade de o Estado fiscalizar as atividades desempenhadas pela iniciativa privada diante do processo de privatização de alguns serviços públicos de natureza comercial e industrial.

Conforme Pereira, “um dos principais instrumentos da reforma gerencial proposta no Brasil a partir de 1995 foram os contratos de gestão, ao lado da gestão por resultados” (Pereira, 1996). O Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado identificou quatro segmentos – o núcleo estratégico, as atividades exclusivas do Estado (nas quais deveriam qualificar-se as agências executivas), as

atividades não exclusivas (área de atuação das organizações sociais) e a produção de bens para o mercado – e propôs conceder maior autonomia gerencial para o segundo e o terceiro segmentos em troca de compromissos com resultados, firmados entre as organizações destes dois segmentos e o núcleo estratégico, responsável pela formulação das políticas públicas.

No que se refere à arquitetura do contrato, este seria mais um contrato de desempenho que de plano, um instrumento de implementação de políticas, de gestão por resultado e de planejamento e controle (como elo entre o planejamento e a ação governamental). Na concepção do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (Mare), os elementos indissociáveis do contrato de gestão seriam metas (e respectivos indicadores), meios (recursos necessários ao alcance das metas) e mecanismos de controle (meios de verificação e avaliação do alcance das metas).

No Brasil, não existe nenhuma fórmula preestabelecida para realizar o contrato de gestão. Os exemplos abrangem desde documentos extremamente simples, contendo umas poucas páginas, até outros extremamente complexos, longos e que se reportam a outros documentos de planejamento e de regulamentação setorial. Para Silva, apesar das especificidades dos governos que o adotaram como forma de gerenciar suas empresas estatais, de modo geral os componentes do contrato de gestão são basicamente dois elementos:

- a) Carta missão: é o nome dado na França ao preâmbulo estratégico dos contratos de gestão. É um documento político, no qual o governo, como detentor de um mandato legítimo para seu programa de atendimento das necessidades da população, estabelece a missão institucional e a estratégica global que deverão nortear as ações do órgão. É um documento solene, assinado pelo chefe do Executivo, que estabelece a ligação entre o plano estratégico organizacional e o programa de governo que o legitima politicamente. Todo o resto do texto do contrato de gestão refere-se ao cumprimento de cada missão.
- b) Contrato: é composto de uma série de compromissos das partes. Nele deve estar especificado todo o encadeamento entre seus elementos, como os objetivos, as metas a eles associadas, as ações necessárias para atingi-las e os recursos a serem utilizados na execução dessas ações. (Silva, 1995)

No entanto, embora as primeiras experiências, tanto francesas quanto nacionais, tenham sido de acordos entre o governo e empresas estatais, a figura do contrato de gestão se estendeu além disto. Tais acordos também são feitos para áreas de serviços em geral e entre o Estado e entidades de direito privado. Logo, o contrato de gestão pode ser interno ou institucional e externo. O contrato institucional se caracteriza pela relação entre o Estado (ente) e as autarquias ou fundações públicas, já o externo configura-se pela relação contratual entre o Estado (ente) e a iniciativa privada. Alguns autores ainda abordam a possibilidade de um contrato de gestão interno entre o ente e um órgão seu.

3.6 Contratos de gestão do sistema CVRD

No bojo do Programa de Gestão das Empresas Estatais, instituído pelo Decreto 137, de 27 de maio de 1991, foram estabelecidas, por meio de decreto de 10 de junho de 1992, as condições para

celebração do contrato individual de gestão entre a União Federal e a Companhia Vale do Rio Doce (CVRD) autorizando a empresa, inclusive, a fazer contratos de gestão com suas controladas. Na mesma data, a União celebrou o contrato de gestão com a CVRD, que foi o primeiro com uma sociedade de economia mista federal.

É de se ressaltar que o contrato de gestão veio a suceder ao convênio de desempenho que, a partir de 1991, a CVRD havia assinado com o Ministério da Infra-estrutura (Minfra), por meio do qual eram estabelecidos objetivos e metas a serem alcançados e cuja aferição era feita mediante a avaliação periódica de indicadores previamente definidos. Sistemática similar, portanto, à do contrato de gestão, no qual o desempenho da CVRD passou a ser analisado e avaliado trimestralmente pelo Ministério de Minas e Energia (MME) com a participação do Ministério do Planejamento e Orçamento (MPO).

As avaliações de desempenho durante a vigência do contrato de gestão permitiram fornecer elementos que levam à conclusão de que, “Com o convênio de desempenho e, posteriormente, com o contrato de gestão, a atuação da CVRD melhorou de maneira significativa, consolidando e fortalecendo a posição da companhia no competitivo mercado internacional em que opera” segundo Silva (1998).

3.7 Contratos de gestão do sistema Petrobras

Em face do Programa de Gestão das Empresas Estatais, instituído pelo Decreto 137/1991, o governo federal vem implementando o contrato de gestão, que visa a criar compromisso institucional entre a União Federal e as entidades públicas, além de estimular a gestão por objetivos.

A filosofia desse tipo de contrato compreende a negociação de metas que deverão ser claramente definidas e vinculadas à realização de objetivos a longo prazo.

Nesse contexto, por meio do Decreto 1.050/1995, foram estabelecidas condições específicas para a celebração do contrato de gestão entre a Petrobras e a União Federal, assinado em 17 de janeiro de 1994 e cujos objetivos básicos são

- alinhar objetivos e metas da Petrobras aos planos e políticas do governo;
- assegurar condições à gestão empresarial; e
- monitorar e controlar o desempenho empresarial.

O mesmo decreto autoriza a Petrobras a, ouvido o Ministério de Minas e Energia, celebrar contratos de gestão com suas controladas.

Dentro desse quadro, busca-se fundamentalmente o aprimoramento dos papéis do acionista controlador (União Federal) e da empresa controlada (Petrobras) na gestão empresarial da Petrobras, além do aumento da eficiência empresarial, visto que o contrato de gestão é focalizado para resultados, com sistemas de responsabilidade, de acompanhamento e de avaliação periódica.

Assim, define-se um compromisso de todos os empregados e, principalmente, dos gerentes em atingir metas e os resultados pactuados. No que se refere às metas, existe perfeita interação do contrato de gestão com o processo de planejamento e controle gerencial da Petrobras.

Como o processo de planejamento da Petrobras já tinha como foco a fixação de metas e compromissos por meio de indicadores de desempenho, ficou facilitada a escolha dos indicadores do contrato de gestão, visto que alguns deles já constavam do plano plurianual de atividades. Dessa forma, em 1994 o contrato de gestão passou a integrar o sistema de planejamento da empresa.

Vale mencionar que o processo de estabelecimento do contrato de gestão da Petrobras envolveu toda a empresa por quase 11 meses. Durante esse período, produziu-se um diagnóstico empresarial, estabeleceram-se os indicadores de avaliação, desenvolveu-se a metodologia de avaliação de desempenho, levantaram-se os constrangimentos legais e elaborou-se o contrato propriamente dito.

No que se refere aos objetivos específicos do contrato de gestão entre a Petrobras e a União, destaca-se em relação ao desempenho do quadro gerencial e diretivo, a realização de metas e resultados fixados de comum acordo, aferidos por meio de metodologia própria de avaliação de desempenho, levando-se em conta o grau de consecução das metas, medidas por meio de indicadores.

O sistema de responsabilidades do contrato de gestão produziu um efeito interno altamente positivo na Petrobras, observado durante os processos de acompanhamento e avaliação.

Para Silva,

Durante o período 1994-97, acompanhamentos trimestrais da execução do contrato de gestão foram feitos em conjunto com o Ministério de Minas e Energia e o Ministério do Planejamento e Orçamento, levando-se em conta as metas fixadas e a metodologia de avaliação de desempenho acordada. Como resultado deste processo, o conceito atribuído ao desempenho da empresa foi bom, sendo que o MME emitiu pareceres considerando como aprovados os relatórios anuais de avaliação da Petrobras, destacando o resultado dos esforços singulares de desempenho gerencial, econômico-financeiro, de redução de custos e do incremento da produção de óleo e gás natural. (Silva, 1998)

3.8 Contrato de gestão no setor saúde do Brasil

O desenvolvimento de formas alternativas na relação entre os setores públicos e privados, como é o caso da área de saúde no Brasil, tem entre os objetivos a melhoria da eficácia e da efetividade das ações, ou seja, do alcance de metas preestabelecidas para o setor e do impacto dos resultados sobre a população. Dadas as restrições orçamentárias, é de interesse dos gestores que, respeitados os parâmetros técnicos e as tecnologias disponíveis, o sistema de saúde opere com eficiência na transformação de insumos em produtos ou serviços.

Segundo Alcoforado,

A modalidade de contratualização entre o setor público e o terceiro setor é bem específica para os serviços sociais. Tem sido utilizada no Brasil com maior ênfase no final dos anos 1990, depois de já ter grande êxito em diversos

outros países. Trata-se da parceria estabelecida com organizações da sociedade civil, para a prestação de serviços públicos. (Alcoforado, 2005)

Existe desde muito tempo a prática de se realizarem convênios com as organizações do terceiro setor, muito embora o foco fosse muito diferenciado, já que o resultado não era medido por indicadores de desempenho.

Em 1995, o então ministro da Administração Federal e Reforma do Estado, Luiz Carlos Bresser Pereira, colocou alguns pontos sobre a reforma administrativa do sistema de saúde do Brasil no Colóquio Técnico prévio à 25.^a Reunião do Conselho Diretivo do Centro Latinoamericano de Administración para El Desarrollo (Clad). O documento do ministério concluía com a proposta das organizações sociais como um dos *loci* operacionais da reforma, dando-lhe materialidade. O documento era bem claro ao dizer que os hospitais públicos deveriam ser transformados em organizações sociais, ou seja, em entidades públicas não estatais de direito privado com autorização legislativa para celebrar contrato de gestão com o poder Executivo e assim participar do orçamento federal, estadual ou municipal.

De acordo com o caderno n.º 2 do Mare (1995), “as Organizações Sociais foram criadas através da Medida Provisória n.º 1.591 de 9 de outubro de 1997”.

Elas podem abranger o setor de atividades não exclusivas do Estado (ensino, pesquisa, tecnologia, meio ambiente, cultura e saúde) a partir da transformação de instituições públicas em pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos. Podem também assumir a forma de fundações de direito privado ou de associação civil sem fins lucrativos.

Segundo Gomes, “o maior exemplo no Brasil de experiências contratuais com organizações sociais é do governo do estado de São Paulo” (Gomes, 2003). O modelo das organizações sociais de saúde (OSS) possibilitou ao governo Mário Covas colocar em funcionamento parte dos hospitais previstos no Plano Metropolitano de Saúde (as primeiras unidades estavam em operação desde os anos 1980, em administração direta). Em razão das limitações impostas na ocasião pela Lei Complementar n.º 82/1995, o estado não podia contratar pessoal para as unidades hospitalares que estavam sendo concluídas. Assim, procurou-se uma solução nova, alinhada com as propostas de modernização do setor público que haviam sido delineadas na esfera federal pelo Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, apresentado em 1995 pelo governo Fernando Henrique Cardoso.

Para Campos (2007), um dos meios de garantir o avanço do SUS seria melhor utilização e gerenciamento de recursos do SUS ao se adotar um modelo misto de repasse de recursos com base em capacidade instalada, base populacional e encargos sanitários, além de transferências capitaneadas em contratos de gestão, com responsabilidades definidas e metas a serem cumpridas pelos gestores. A vantagem do estabelecimento de contratos de gestão, como modalidade fundamental de repasse de recursos financeiros entre gestores públicos, seria a combinação do repasse com um sistema de planejamento, controle e avaliação, materializado no instrumento contratual, em que são definidas as expectativas, metas a serem atingidas, recursos correspondentes, responsabilidades e sanções:

Por ser fruto da corrente liberal que tinha como ideário a redução do Estado e predominância do mercado, a proposta de aplicação da Teoria do Principal e o Agente, advinda do *New Public Management*, foi rechaçada pelos teóricos da Reforma Sanitária. A sua aplicação às reformas dos sistemas de saúde privilegiou as práticas hospitalares e curativas, cuja possibilidade de mensuração e de isolamento institucional se adapta melhor ao principal instrumento da contratualização – o contrato de gestão. (Fleury, 2007)

No entanto, o contrato de gestão é válido e deve ser introduzido na gestão pública da saúde se não tiver o viés privatista e liberal, aumentando a eficiência no uso de recursos públicos, a autonomia dos prestadores e a sua responsabilidade.

A contratualização não pode ser tomada como a solução de todos os problemas do sistema de saúde. Para ser eficaz, ela requer expertise e capacidades do principal que devem ser introduzidas antes da adoção do contrato. Na contratualização, é necessário saber o que demandar, como avaliar o serviço prestado, quais os indicadores de acompanhamento a serem adotados e quais parâmetros de qualidade e eficácia balizarão o processo.

3.9 Os contratos nos sistemas de serviços de saúde

A separação das macrofunções de regulação e financiamento da prestação de serviços exige a instituição de mecanismos mais ou menos formais, entre o ente regulador/financiador e os entes prestadores de serviços, os contratos.

Conforme Cooter e Ulen,

O sistema de serviços de saúde é um sistema complexo, composto por diferentes atores sociais em situação e portadores de diferentes objetivos, interesses e representações. Uma vez que a cooperação entre esses atores não é automática, eles devem negociar entre si e estabelecer acordos que permitam obter vantagens que não seriam alcançadas na ausência de uma cooperação formalizada. Ou, segundo a teoria dos jogos, deve-se buscar uma “solução cooperativa” que produza um excedente cooperativo. (Cooter & Ulen, 1988)

A melhor forma de negociar e acordar é por meio de contratos firmados entre partes diferentes. O contrato junta duas ou mais entidades legais, entendidas como pessoas físicas, morais ou jurídicas: “O contrato pode ser definido como o acordo entre dois ou mais agentes econômicos através do qual eles comprometem-se a assumir ou a renunciar, ou a fazer ou a não fazer, determinadas coisas” (Perrot, Carrin & Sergent *apud* Mendes, 2002). O contrato é, pois, uma aliança voluntária entre duas ou mais partes. Além de dar uma base formal para a separação das macrofunções de regulação/financiamento da prestação de serviços de saúde, o crescente interesse pelos contratos entre entes reguladores e financiadores e prestadores de serviços de saúde é atribuído ao desapontamento com os padrões alocativos dos recursos dos sistemas gerenciais hierárquicos, normalmente vigentes nas organizações estatais.

Ao estabelecer a relação contratual, ainda que dentro da mesma instituição estatal, destrói-se a lógica hierárquica e institui-se uma relação dialógica pela via do contrato, uma norma negociada. Na relação contratual, não haverá mais um lado que manda e outro que obedece e um lado que pensa e outro que executa. O princípio da autoridade se mantém, mas noutra dimensão: a capacidade de definir objetivos e estratégias, de negociar dialogicamente com outros níveis organizacionais, de definir compromissos bilaterais e de concretizá-los em contratos bilaterais. Os sistemas convencionais de controle baseados na posição hierárquica, nos princípios da externalidade do controle e do controle da exceção e dos erros humanos, movem-se para o conceito de *governança*, em que se agregam, aos sistemas convencionais de controle, o controle interno e o autocontrole.

Analisando a introdução dos mecanismos contratuais nas organizações estatais, Trosa aponta que o espírito do contratualismo “supera uma visão do contrato como simples instrumento jurídico, se consolida como nova cultura gerencial, cuja essência está na mudança do sistema de relações entre entes contratadores e contratados que passa a reger-se pelo princípio da parceria” (Trosa, 2001).

Os objetivos de uma parceria entre as partes de um contrato são um diálogo permanente entre o contratante e o prestador de serviços; uma retificação dos problemas no momento em que surgem; uma troca de saberes e habilidades; uma partilha de riscos, lucros e perdas; relações mais estáveis e mais longas; e, sobretudo, a construção do sentido de *responsabilização*³.

O contrato exige uma relação bilateral entre o lado da demanda (o ente contratador ou comprador, que atua como agente dos usuários do sistema de serviços de saúde, indivíduos e famílias) e o lado da oferta (os entes prestadores de serviços de saúde).

A introdução de mecanismos de contratação nos sistemas públicos de serviços de saúde não necessita estar associada a políticas de desestatização dos entes estatais prestadores de serviços de saúde, com sua transformação em entes públicos não estatais ou em entes privados. Mas parece haver evidência de que os mecanismos de contratação têm maior eficácia quando são referidos por uma política maior de reforma do Estado, da qual devem ser casos particulares.

Há várias razões que justificam a introdução dos contratos nos sistemas de serviços de saúde. Para Savas,

- a) estimulam a descentralização da gestão dando mais responsabilidade aos gerentes locais;
- b) permitem um melhor controle sobre o desempenho quantitativo e qualitativo dos prestadores de serviços de saúde;
- c) dão maior consequência ao planejamento estratégico das instituições ao exigir um maior empenho em atingir os produtos contratados;
- d) aumentam a eficiência dos prestadores de serviços;
- e) incentivam a criação e utilização cotidiana dos sistemas de informação gerencial;
- f) melhoram a gestão da clínica;
- g) permitem uma melhor focalização nos interesses da população;
- h) tornam as instituições mais transparentes e mais permeáveis ao controle social. (Savas, 1998)

³ Equivalente da palavra inglesa *accountability*, que significa, ao mesmo tempo, “a obrigação de prestar contas” e “ser responsável por”, não tendo tradução exata em português.

Os contratos são construídos a partir de quatro variáveis principais: os objetivos do sistema de serviços de saúde contidos nos planos de saúde; as evidências e o custo efetividade das tecnologias de saúde; a disponibilidade e a capacidade de ajustar a oferta de serviços de saúde; e as necessidades, demandas e expectativas dos cidadãos. Há um ciclo de contratação que parte das necessidades de saúde que se expressam em planos de saúde: os planos de saúde definem os serviços de saúde a comprar; esses serviços devem ser especificados em que quantidade e com que qualidade; isso leva à definição e a assinatura do contrato entre o comprador e o prestador dos serviços de saúde; o contrato deve ser monitorado e avaliado por um sistema de informação gerencial que emite relatórios de gestão de acordo com as necessidades de diferentes clientelas; o ciclo se fecha quando a avaliação dos serviços prestados realimenta os planos de saúde e os planos de contratos.

Existem diferentes tipologias de contratos nos sistemas de serviços de saúde, salientando-se a que consiste em categorizá-los em *contratos endógenos* (ou *internos*) e *contratos exógenos* (ou *externos*), também denominados *contratos suaves* e *contratos duros*, respectivamente (Savas, 1998).

Os contratos endógenos são aqueles em que os entes - contratante e contratado - são instituições estatais. Há aqui duas possibilidades. Em uma, os entes prestadores de serviços estão subordinados ao ente contratante (uma secretaria estadual de saúde faz um contrato com seus hospitais próprios) e, em outra, os entes - contratantes e contratados - pertencem a organizações estatais distintas (uma secretaria municipal de saúde faz um contrato com um hospital da secretaria estadual de saúde). Em ambos os casos, não há uma política de reforma do Estado para desestatização dos entes prestadores de serviços de saúde e, por consequência, não se estabelece uma relação jurídica formal porque o ente prestador não é uma unidade autônoma, do ponto de vista legal.⁴

Nos contratos endógenos se está diante de um contrato moral, sendo denominados *acordos de serviços*, *termos de compromisso* ou *quase contratos*, já que não dispõem de uma base legal para a cobrança dos compromissos assumidos (England, Grant & Sancho, 1997; Sojo, 1997).

Os contratos exógenos são aqueles em que o ente contratante é uma instituição estatal que se relaciona com entes prestadores externos, como instituições públicas não estatais, instituições privadas filantrópicas ou instituições privadas lucrativas. É o caso dos contratos entre o Ministério da Saúde e uma agência executiva, uma secretaria estadual de saúde e organizações sociais, uma secretaria municipal de saúde e hospitais filantrópicos ou hospitais privados lucrativos.

Nos contratos exógenos, configura-se uma terceirização dos serviços. Eles têm força legal e os entes contratados são instituições portadoras de autonomia administrativa e jurídica e, portanto, em capacidade para formalizar e responsabilizar-se, moral, administrativa e juridicamente, pelo que foi pactuado nos contratos. Neste caso, aplica-se mais a expressão *contrato de gestão*.

⁴ A possibilidade de elaboração de contratos endógenos, em que não há uma definição pela desestatização dos entes prestadores de serviços, é pouco refletida no Brasil, onde predomina uma compreensão equivocada, com forte viés ideológico, de que a separação das macrofunções de regulação/financiamento da prestação de serviços é uma proposta neoliberal, destinada a privatizar o sistema público de serviços de saúde.

3.10 Contrato de gestão na Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba

A Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, bem como os serviços públicos de saúde no Brasil nas últimas décadas, têm sido direcionados por linhas apontadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS). A partir da municipalização dos serviços e ações em saúde, a descentralização tornou-se fato e a Secretaria Municipal da Saúde necessitou reorganizar suas atividades com programas e projetos agrupados por temas, perfis e/ou setores. Não há como negar que a grande estratégia de todo esse processo de repensar-se dentro da instituição não seja também com a intenção de impactar nos indicadores de saúde.

Desde 1991, com a implantação do Programa de Saúde da Família e o desencadeamento de processos que envolveram seu corpo gerencial com vistas a discutir e implantar ferramentas e conceitos importantes como forma de fortalecer a atenção básica, o conceito de *vigilância à saúde*, a territorialização, a divisão do território em microáreas, a constituição de bases territoriais das unidades de saúde, a confecção de mapas inteligentes, a implantação dos distritos sanitários etc., vieram para reforçar a importância e a necessidade de se pensar em assistência com qualidade, bem como em gestão por resultados.

A SMS está representada por nove distritos sanitários como forma de facilitar a interlocução e a atenção descentralizada junto aos usuários do SUS. Avança na consolidação do SUS por meio da implementação do Sistema Integrado de Serviços de Saúde (Siss), rede integrada de pontos de atenção que presta assistência contínua à população, no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo e a qualidade certa. Como ferramentas para implementação do Siss, entre outras diretrizes clínicas (protocolos) destacamos sistemas informatizados e os contratos de gestão.

Para Xavier e Shimazaki

A informatização da SMS ocorreu progressivamente a partir de 1999 (área médica, enfermagem e odontologia). É considerada de grande avanço, pois o prontuário eletrônico interligado *on-line* possibilitou ganhos gerenciais importantes, uma vez que a informação passou a ser fornecida em tempo real, propiciando aos gestores e equipes o controle de dados e informações no momento que ocorrem. O sistema possibilita ainda relatórios gerenciais em *layout* pré-formatados ou dinâmicos onde o usuário do sistema organiza-os com as informações que deseja. Estas informações propiciam a tomada de decisões estratégicas e estão divididas em clínica/epidemiológica e gerencial. Não há como negar que a informatização na saúde constituiu-se em grande melhoria da qualidade da gestão em saúde. (Xavier & Shimazaki, 2004)

Em 2002, foram realizadas oficinas com o corpo gerencial, discutindo e construindo uma proposta inovadora de monitoramento, os contratos de gestão ou, como são chamados, os *termos de compromisso* (Tercom), implantados em todas as unidades de saúde e distritos sanitários no ano de 2003.

O Tercom é um documento em que o gestor local, distrital, municipal, e também representantes de usuários dos conselhos de saúde, dão ciência do controle social, e seu princípio

fundamental é estar centrado em compromissos firmados, tendo efeito é moral e não legal. Apresenta como anexo o plano operativo anual (POA), uma planilha com os indicadores, metas e fontes. As metas são pactuadas conforme a realidade local de infra-estrutura, recursos humanos e com base em séries históricas de indicadores de saúde.

O contrato de gestão é uma estratégia de gestão voltada para resultados que valoriza a saúde familiar, cuidado preferencial com portadores de patologias crônicas, riscos populacionais e reforço ao autocuidado. Também incentiva a parceria entre os envolvidos (Secretaria Municipal da Saúde, distritos sanitários e unidades de saúde), proporcionando a garantia de permanente processo de negociação e renegociação - caso seja necessária -, a transparência entre as partes, a participação e a responsabilização mútua entre gestores e equipes no momento da pactuação de indicadores e metas. Visa ainda ao aprimoramento do planejamento local, na medida em que o monitoramento das ações é permanente, e tem como meta maior “uma população mais saudável”.

As bases institucionais para a operacionalização do Tercom são o Plano Municipal da Saúde, a Agenda Municipal da Saúde, os protocolos clínicos, os planos operativos anuais e o Sistema de Informação Gerencial (relatórios informatizados e as planilhas de programação).

O contrato de gestão é uma estratégia de gestão voltada para resultados que valoriza a saúde familiar, o autocuidado, reconhece portadores de patologias crônicas e riscos populacionais.

O plano operativo anual tem monitoramento trimestral e, através deste, as equipes têm condições de acompanhar as ações, monitorar os resultados sendo, portanto, um importante instrumento para o planejamento local, construindo-se em um grande avanço na sistematização e socialização da informação e contribuindo para a melhoria da qualidade da gestão dos serviços. (Ducci, 2007)

O Tercom intensificou o trabalho das equipes de saúde na busca da excelência e do impacto das ações nos indicadores de saúde das famílias residentes nos territórios das unidades de saúde.

O sistema de contrato implantado há cinco anos na SMS de Curitiba tem sido avaliado como inovador, como descrito no relatório de avaliação do Banco Mundial, como um avanço gerencial importante para a Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba (World Bank, 2006).

4 OBJETIVOS

4.1 Gerais

Descrever a percepção dos gestores locais, autoridades sanitárias e trabalhadores das equipes em saúde quanto ao contrato interno de gestão (Tercom) e o plano operativo da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba.

4.2 Específicos

Percepção de uso do contrato interno de gestão (Tercom) e do plano operativo anual como ferramentas para planejamento e tomada de decisão pelo gestor local e trabalhadores em saúde.

Descrever a percepção quanto à contribuição dos indicadores e metas pactuadas para a prática dos protocolos instituídos na Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba;

Descrever a percepção quanto à contribuição dos indicadores e as metas pactuadas ao monitoramento, a avaliação e o planejamento das ações em saúde realizadas pelas equipes das unidades de saúde.

5 REFERÊNCIAS

Abrucio FL. O impacto do modelo gerencial na administração pública: um breve estudo sobre a experiência internacional recente. *Cadernos Enap* 1997; 10: 52.

Alvares MLM. A eficiência como fundamento da reforma do aparelho de Estado. *Zênite Idaf* 2004 Abr; 3 (33): 1-3.

Alcoforado FCG. Contratualização e eficiência no setor público: as organizações sociais. X Congresso internacional del CLAD sobre la reforma del estado y de la administración pública; 2005 Out 18-21; Santiago, Chile. p. 18-21.

Anastásia AA. Governo quer cuidar apenas de ações e áreas estratégicas. *Revista do Legislativo* 1998 Abr-Jun; 22: 20-26.

Bank W. Brazil Enhancing Performance in Brazil's Health Sector: Lessons from Innovations in the State of São Paulo and the City of Curitiba. [base de dados na internet]. Washington: World Bank. 2006 [atualizada em 2007 Mar 5; acesso em: 2009 Fev 09]. Disponível em: www.worldbank.org

Barbe R. A estratégia francesa de renovação do serviço público. In: Escola nacional de administração pública. Seminário Brasil/França: Contratos de gestão e a experiência francesa de renovação do setor público; 1993 Out 29-30; Brasília. Brasília: Escola Nacional de Administração Pública; 1993. p. 19-29.

Bornholdt R. Contributo para a definição do regime jurídico aplicável aos contratos de gestão pactuados com as organizações sociais. *Revista da Faculdade de Direito da UFPR*. 1998; 30: 399-409.

Campos GWS. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2007; 12: 301-06.

Cardoso F. A estratégia francesa de renovação do serviço público. In: Escola nacional de administração pública. Seminário Brasil/França: Contratos de gestão e a experiência francesa de renovação do setor público; 1993 Out 29-30; Brasília. Brasília: Escola Nacional de Administração Pública; 1993. p. 9-45.

Cardoso RLS. Instrumentos para a implantação do modelo gerencial na administração pública: Observações iniciais sobre a implantação de contratos de gestão no Brasil. In: XI Concurso de ensayos del Clad: El tránsito de la Cultura burocrática al modelo de la gerencia pública – Perspectivas, posibilidades y limitaciones; 1997; Caracas.

Cooter R, Ulen T. Law and economics. In: Mendes EV. Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores precisam saber sobre estes sistemas complexos. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002. 78-79.

Ducci L. Curitiba firma contrato de gestão com metas para a saúde. Rev Bras Saúde da Família. 2007; 14: 43-57.

Ducci L, Pedotti MA, Simão MG, Moysés SJ. Curitiba: a saúde de braços abertos. Rio de Janeiro: Cebes; 2001.

Drucker PF. Prática de administração de empresas. Rio de Janeiro: Fundo de Cultura; 1970.

El-Warrak, LO. A contratualização no âmbito da gestão pública em saúde: a experiência da área de planejamento de quatro municípios do Rio de Janeiro [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.

Enap - Escola Nacional de Administração Pública. O contrato de gestão no serviço público. Brasília: Fundação Escola Nacional de Administração Pública; 1993.

England R, Grant K, Sancho J. Institute for health sector development health sector reform: a toolkit for communication. In: Mendes EV. Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores precisam saber sobre estes sistemas complexos. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002. 78-79.

Fleury S. A reforma sanitária e o SUS: questões de sustentabilidade. Rev Ciência e Saúde Coletiva. 2007; 12: 307-09.

Gomes MB. Políticas de gestão pública e controle: desafios de implementação. In: VII Congresso Internacional del Clad: la reforma del Estado y de la administración pública; 2003 Out 28-31; Panamá. 2003. 01-17.

Jann W, Reichard C. Melhores práticas na modernização do Estado. Rev do Serviço Público. 2002; 53 (3): 31-50.

- Lima IS. Contribuição ao estudo da eficácia na aplicação do contrato de gestão nas empresas estatais [trabalho de conclusão de curso]. São Paulo: Universidade de São Paulo. Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade; 1998.
- Lubek P. A estratégia francesa de contrato de gestão Estado/empresas públicas. In: Fundação Nacional de Administração Pública. Contrato de gestão e a experiência francesa de renovação do setor público. Brasília: Fundação Nacional de Administração Pública; 1993: 91-105.
- Mare - Ministério da Administração Federal e da Reforma Estado. O plano diretor da reforma do Estado. Brasília; 1995.
- Martins H. Em busca de uma teoria da burocracia pública não estatal: política e administração no terceiro setor. Rev de Administração Contemporânea. 1998; 2: 109-28.
- Marty I. O desafio dos contratos pactuados de gestão: responsabilização a partir do nível local. Rev Divulgação em Saúde para Debate. 2006; 36: 76-83.
- Mendes EV. Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores precisam saber sobre estes sistemas complexos. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.
- Mukai T. Direito administrativo sistematizado. 2.^a ed. São Paulo: Saraiva; 2000.
- Oliveira G. Análise da implementação do contrato de gestão em empresas estatais gaúchas [dissertação de mestrado]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Administração; 1998.
- Pereira C. O marco regulatório no setor de saúde suplementar: contextualização e perspectivas. In: Montone J, Werneck A. Documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar de 2003. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/Agência Nacional de Saúde Suplementar; 2004. 3 (Tomo1): 93-120.
- Pereira LCB. Da administração pública burocrática a gerencial. Rev do Serviço Público; 1996; 120(1): 7-40.
- Ramos MM. Contratos de gestão: instrumentos de ligação entre os setores do aparelho do Estado. Rev do Serviço Público; 1997 Ago; 48(2): 80-99.
- Ribas J. Ética, governo e sociedade. Florianópolis: Tribunal de Contas de Santa Catarina; 2003.

Savas ES. Contracting models and provider competition. In : Saltman RB, Figueras J, Sakellarides C. Critical challenges for health care reform in Europe. Open University Press: Buckingham; 1998. 157-76.

Silva AA. Contrato de gestão a experiência do Ministério das Minas Energias. In: III Congresso Internacional del Clad: la reforma del estado y de la administración pública; 1998 Out 14-17; Madri. 1-12.

Silva CES. Contratos de gestão nas empresas estatais: estrutura, problemas e acompanhamento. Rev da Administração Pública 1995; 29(4): 60-73.

Sojo, A. La reforma finisecular del sector salud en América Latina y el Caribe: su derrotero e instrumentos. Publicación de las Naciones Unidas, División de Desarrollo Social de la Cepal . Chile 1997.

Souto MJV. Desestatização: privatização, concessões, terceirizações e regulação. 4.^a ed. Rio de Janeiro: Lumen Júris; 2001.

Trosa S. Gestão pública por resultados: quando o Estado se compromete. Rio de Janeiro: Revan; 2001.

Xavier EC, Shimazaki ME. A experiência de Curitiba com o prontuário eletrônico: a ousadia em inovar. In: IX Congresso Brasileiro de Informática em Saúde; 2004 Nov 7-10; Ribeirão Preto-SP. Ribeirão Preto: SBIS – Sociedade Brasileira de Informação em Saúde; 2004. 1-4.

6 ARTIGO PARA PUBLICAÇÃO

CONTRATO INTERNO DE GESTÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE CURITIBA, PARANÁ:

A percepção dos gestores locais e trabalhadores das equipes em saúde

INTERNAL CONTRACT OF MANAGEMENT OF THE CITY DEPARTMENT HEALTH'S OF CURITIBA, PARANÁ:

The Local Health Managers and Health Professional Teams Perceptions

Jussara. C. R. Azevedo ¹

Ronaldo Bordin ²

A ser enviado para Revista de Administração Pública

1. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul (RS), Brasil
2. Professor Associado do Departamento de Medicina Social e do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Endereço para correspondência:

Jussara C. R. Azevedo

Rua: Dionira Moleta Klemtz, 201, casa 04

Curitiba – PR - Brasil - CEP 81320-390

Fone: (41) 8407-2825 Email: jussara_ctba@hotmail.com

RESUMO

Este artigo analisa a percepção dos gestores locais e dos trabalhadores em saúde quanto ao contrato interno de gestão e o plano operativo anual da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, Paraná. Participaram 528 profissionais de saúde, integrantes de 42 equipes de saúde, sorteadas aleatoriamente. Em um questionário autoaplicável, obtinham-se os dados do respondente (admissão, categoria profissional e equipe – atenção primária ou saúde da família) e 21 questões em escala de *likert* (variando de 1 a 5) que operacionalizavam o contrato interno de gestão e o plano operativo anual. Destas, 18 receberam média acima de 4, como a apresentação nas reuniões do Conselho Local de Saúde do Plano Operativo Anual (4,70) e a afirmação de que as metas dos indicadores que compõem o Plano Operativo Anual são discutidas e pactuadas junto com as equipes de Saúde (4,49). Médias inferiores a 4 foram atribuídas à capacidade de relacionar os indicadores do plano operativo anual com os protocolos clínicos implantados (3,70), com a avaliação do Incentivo de Desenvolvimento de Qualidade (3,84) e facilidade de uso e preenchimento do plano operativo anual (3,95). As médias na maioria acima de 4 confirmam a percepção dos gestores locais e trabalhadores das equipes em saúde quanto ao contrato interno de gestão e plano operativo anual como uma ferramenta de gestão.

Palavras chave: Administração Pública; Administração em Saúde; Planejamento em Saúde; Gestão em Saúde; Epidemiologia.

ABSTRACT

This article analyzes the perception of the local and diligent managers in health how much to the Internal Contract of Management and Annual Operative Plan of the City department of Health of Curitiba, Paraná. 528 professionals of health, integrant of 42 teams of health had participated randomly, drafted. In a autonomously questionnaire one got the data of the respondent (admission, professional category and team primary attention or health of the family) and 21 questions in scale of Likert (varying of 1 the 5) that outfitted the Internal Contract of Management and the Annual Operative Plan. From these, 18 had received average above of 4, the presentation in the meetings of the Local Advice of Health of the Annual Operative Plan (4,70) and of that the goals of the pointers that compose the Annual Operative Plan are argued and agreed to together with the teams of Health (4,49). Inferior averages the 4 had been attributed to the capacity to relate the pointers of the Annual Operative Plan with the implanted clinical protocols (3,70), with the evaluation of the Incentive of Development of Quality (3,84) and easiness of use and fulfilling of the annual operative plan (3,95). The averages in the majority above of 4 confirm the perception of the local and diligent managers of the teams in health how much to the internal contract of management and annual operative.

Keywords: Public Administration, Health Administration, Health Planning Health, Management, Epidemiology.

CONTRATO INTERNO DE GESTÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE CURITIBA, PARANÁ:

A percepção dos gestores locais e trabalhadores das equipes em saúde

INTRODUÇÃO

O contrato de gestão pode ser definido como um instrumento destinado a rever relações de controles ineficazes e obter crescente responsabilização por parte de dirigentes, na área pública, em relação aos objetivos que devam ser atingidos (CARDOSO, 1997).

É uma forma de relacionamento entre o controlador (governo, acionista, investidor, empregados, fornecedores, consumidores) de uma empresa e a sua administração, expressa por intermédio de contrato formal que especifica direitos, obrigações, compromissos e responsabilidades das partes envolvidas, fixando objetivos, metas e indicadores de desempenho para um determinado período, bem como as respectivas consequências em termos de cumprimento/descumprimento das condições previstas.

Os contratos de gestão, ou contratos de programas, surgiram na França no final dos anos 1960, sendo aplicados nos anos 1970 e 80 em oito grandes empresas públicas. A partir de 1990, passaram a ser aplicados a unidades da administração pública direta (os centros de responsabilidade), sendo denominados *contratos de serviços*. Rapidamente, foram adotados por países com marcante influência francesa e, depois, utilizados em Argentina, México, Índia, Coreia e outras partes do mundo.

A experiência francesa representa uma trajetória de descoberta do valor gerencial do contrato. Em geral, na França o movimento de contratualização visava a viabilizar a manutenção da presença do Estado em diversos setores, por ser um país de forte tradição estatal. A experiência dos contratos proporcionou um razoável ganho de autonomia e responsabilização na tradicional administração burocrática francesa, em que a regra era “modernizar para não privatizar”. (LIMA, 1998; NELLIS, 1998; ANDRÉ, 1994; CARDOSO, 1997).

Já a experiência da Grã-Bretanha nasceu imbuída de um forte teor gerencial, com a introdução de mecanismos contratuais centrados em redução do controle burocrático, ampliação da autonomia e aumento da responsabilização por resultados – *accountability* (CARDOSO, 1997).

Falcão (1999) caracterizou a experiência brasileira de contratualização em três núcleos, dois dos quais referenciados na experiência francesa (empresas estatais federais na década de 1980 e a administração pública paulista) e outro na experiência britânica (implantação de agências executivas e organizações sociais nos anos 1990).

Adotados em 1991 pelo governo federal como um dos instrumentos do Programa de Gestão das Empresas Estatais – PGE (EL-WARRAK, 2008), os contratos de gestão ainda se configuram como uma novidade no setor saúde. Isso se dá parte pelo contexto dos novos modelos de gestão de sistemas e gerência de unidades de saúde (das mais simples às mais complexas) do Sistema Único de Saúde (SUS), que implicam o estabelecimento de metas de produção e resolutividade, além de pactuação explicitada em termos de compromissos e contatos de gestão do gestor/financiador com cada provedor/prestador. Campos (2007) os caracteriza como um avanço na superação de obstáculos de gestão, propiciando melhor utilização e gerenciamento de recursos ao se adotar um modelo misto de repasse de recursos com base em capacidade instalada, base populacional e encargos sanitários.

A partir da municipalização dos serviços e ações em saúde, a descentralização tornou-se fato e a Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, assim como as demais instâncias do Sistema Único de Saúde (SUS), necessitou reorganizar suas atividades com programas e projetos agrupados por temas, perfis e/ou setores. Os conceitos de *vigilância à saúde*, *territorialização*, *divisão do território em microáreas*, *constituição de bases territoriais das unidades de saúde*, *confeção de mapas inteligentes*, *implantação dos distritos sanitários*, entre outros, vieram para reforçar a importância e necessidade de se pensar em assistência com qualidade e em gestão por resultados (MARTY, 2006).

Em 2002, como consequência de oficinas com o corpo gerencial, foi estruturada uma proposta de monitoramento via contrato de gestão, denominado *termo de compromisso* (Tercom), implantado em todas as unidades de saúde e distritos sanitários no ano seguinte. Esse termo apresenta, como anexo, uma planilha com indicadores, metas e fontes. Com a denominação *plano operativo anual*, as metas são pactuadas conforme a realidade local de infraestrutura, recursos humanos e com base em séries históricas de indicadores (DUCCI, 2007). Como o monitoramento desse plano é trimestral, as equipes têm condições de acompanhar as ações e monitorar os resultados, sendo importante instrumento para o planejamento local (CHOMATAS; MARTY, 2006).

O contrato de gestão é firmado anualmente entre as equipes de saúde e os gestores distrital e municipal. O seu efeito é de ação moral, e não legal, com sua base formulada em pactuações de responsabilidade entre as partes envolvidas. Suas bases institucionais para operacionalização são o Plano Municipal da Saúde, a Agenda Municipal da Saúde, os Protocolos clínicos, os planos operativos anuais (PPI, PROESF, SISPACTO) e o Sistema de Informação Gerencial (Marty, 2006).

O sistema de contrato implantado foi avaliado como inovador (WORLD BANK, 2006), sendo um avanço gerencial importante para a Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba. Nesse sentido, este estudo objetiva descrever a percepção dos gestores locais (autoridades locais de saúde) e dos trabalhadores das equipes em saúde da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba (SMS) quanto ao contrato interno de gestão e, em especial, sua ferramenta, o plano operativo anual.

MÉTODOS

A metodologia usada para se obter a percepção dos gestores locais e dos trabalhadores das equipes em saúde quanto à utilização do Tercom e do plano operativo anual foi a aplicação de um mesmo questionário fechado autoaplicado. Esse questionário possuía na parte inicial campos que permitiam identificar o tipo de unidade de saúde (unidade básica ou vinculada à Estratégia Saúde da Família), a categoria profissional do respondente e o ano de admissão na SMS. Em um segundo momento, os objetivos e metas que constam do contrato interno de gestão foram operacionalizados em 21 questões, sob forma de escala de Likert (variando de concordância plena a discordância plena).

As unidades de saúde participantes foram sorteadas de forma aleatória, na presença da supervisora do Distrito Sanitário da Matriz e da diretora do Centro de Informação em Saúde da SMS. Do total de 46 unidades básicas (UBS) e 50 unidades com Estratégia de Saúde da Família (ESF), com mais de dois anos de funcionamento e atuantes em atenção primária, foram sorteadas 23 unidades básicas e 25 unidades com ESF. A amostra foi definida por 50% de unidades básicas e 50% de unidades com ESF.

Todos os profissionais de saúde atuantes nessas unidades receberam os questionários.

Os critérios de inclusão para participar da pesquisa foram desempenho de função como gestores locais (autoridade sanitária de saúde) no momento da aplicação do instrumento; profissionais em saúde componentes das equipes, de nível superior (médicos, dentistas, enfermeiras) ou médio (auxiliares de enfermagem, auxiliares de consultório dentário e técnicos em higiene dental), lotados nas unidades da rede municipal de saúde por mais de um ano. As unidades de saúde que atuavam em atenção básica e especializada e os trabalhadores com ingresso a partir de 2008 ou com 180 dias ou mais de afastamento no momento de aplicação do instrumento foram excluídos do estudo.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba em novembro de 2007 (protocolo 07/2008) e todos os respondentes receberam um termo de consentimento, concordando em participar deste estudo.

Os dados foram coletados no período compreendido entre maio e agosto de 2008, sendo os instrumentos de coleta de dados remetidos por malote interno da SMS aos coordenadores de informação dos distritos sanitários, que se responsabilizaram pela coleta dos dados e a devolução dos questionários à pesquisador por malote interno. Por fim, de um total de 1.000 questionários enviados, 551 (55 %) retornaram, e das 48 unidades sorteadas, 42 apresentaram ao menos um questionário respondido.

Foram excluídos da amostra um profissional fisioterapeuta e um agente administrativo, únicos respondentes em suas categorias profissionais, e 20 respondentes que ingressaram em 2008 na SMS. Dessa forma, dos 551 questionários que retornaram, 528 foram considerados válidos para este estudo. A categoria dos médicos apresentou o maior índice de recusa em participar da pesquisa.

RESULTADOS

O estudo realizado teve a participação de 42 unidades de saúde, provenientes de 9 distritos sanitários de Curitiba. Na tabela 1, encontra-se a caracterização dos respondentes segundo o tipo de serviço de saúde e a categoria profissional.

Tabela 1 - Caracterização dos respondentes segundo o tipo de serviço de saúde e a categoria profissional na Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba (SMS)

Tipo de Serviço	Atenção primária		Saúde da Família		Total	
	N	%	N	%	N	%
Categoria profissional *	243	46,0	285	54,0	538	100,0
Auxiliar de enfermagem	124	54,4	104	45,6	228	43,3
Enfermeiro	19	35,1	35	64,9	54	10,2
ACD	41	51,2	39	48,8	80	15,2
Dentista	27	54	23	46	50	9,5
THD	17	41,4	24	58,6	41	7,8
Médico	18	51,4	17	48,6	35	6,6
Autoridade sanitária local	16	41	23	59	39	7,4

Tabela 2 - Caracterização dos respondentes segundo o tipo de serviço de saúde e tempo de atuação na Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba (SMS)

Tipo de Serviço	Atenção primária		Saúde da Família		Total	
	N	%	N	%	N	%
Tempo de atuação na SMS						
19 – 33 anos (1976/1990)	24	22,6	82	77,4	106	20,1
9 – 18 anos (1991/2000)	67	35,8	120	64,2	187	35,4
2 – 8 anos (2001/2007)	153	65,1	82	34,9	235	44,5
Total	244	46,2	284	53,8	528	100,0

Não ocorreu diferença significativa ($p=0,215$) entre a categoria profissional dos respondentes e o tipo de serviço de saúde. Dos 528 respondentes, 66,3% apresentavam escolaridade de nível médio (auxiliar de enfermagem, auxiliar de consultório dentário e técnico em higiene

dental), com ingresso majoritário no período 2001-2007, principalmente no biênio 2006-2007 (120 profissionais, 22,4% do total).

Na tabela 3 estão discriminadas as médias gerais atribuídas às seis questões que operacionalizavam os objetivos do contrato interno de gestão (Tercom) e sua planilha de indicadores, o plano operativo anual. Observa-se que a questão sobre o Tercom possuir uma “apresentação de fácil uso, tanto para preenchimento quanto para análise dos resultados alcançados” recebeu a menor das médias gerais (3,95), ao passo que as demais cinco questões receberam valores acima de 4 (concordância quanto à afirmação).

Tabela 3 – Média e desvio padrão dos atributos aferidos aos objetivos do contrato interno de gestão e sua planilha de indicadores, o plano operativo anual, segundo grau de escolaridade dos trabalhadores em saúde e exercício do cargo de autoridade sanitária local

Variável	Autoridade sanitária local	Nível superior	Nível médio	Média \pm DP
Contribuem para a organização do processo de trabalho na unidade de saúde	4,59	4,02***	4,13***	4,14 \pm 0,83
Contribuem para a identificação de problemas na atenção básica da unidade de saúde	4,77	4,28***	4,35***	4,37+0,81
Contribuem para o planejamento de ações em saúde no território da unidade de saúde	4,79	4,34***	4,38***	4,40+0,74
Contribuem para o estabelecimento de prioridades nas ações em saúde da unidade de saúde	4,90	4,45***	4,42***	4,46 \pm 0,88
Os benefícios compensam os custos de uso (ex.: tempo gasto na negociação, coleta e processamento de dados)	4,41	4,00**	4,12**	4,11 \pm 0,92
A planilha tem uma apresentação de fácil uso tanto para preenchimento quanto para análise dos resultados alcançados	4,68	3,85***	3,91***	3,95 \pm 1,17

OBS: * = p menor 0,05 **= p menor 0,01 ***= p menor 0,001

As médias atribuídas pelas autoridades sanitárias locais em todos os itens se aproximando da concordância plena com a afirmação apresentada e foram estatisticamente superiores aos valores

dados pelos profissionais de nível superior e médio. O atributo quanto à facilidade de uso da planilha do plano operativo anual apresentou a maior diferença de percepção entre as categorias.

Na tabela 4 estão discriminadas as médias gerais atribuídas às nove questões que operacionalizavam indicadores referentes ao contrato interno de gestão e o plano operativo anual quanto ao grau de escolaridade (nível superior ou médio) e exercício de cargo de autoridade sanitária local. Observa-se que as médias atribuídas pelas autoridades sanitárias locais foram estatisticamente superiores às dos profissionais de saúde de nível superior e médio. A exceção prendeu-se ao objetivo que descreve a relação dos indicadores do plano operativo anual com os protocolos clínicos, com as menores médias atribuídas.

Tabela 4 – Média e desvio padrão dos atributos aferidos aos indicadores quanto o contrato interno de gestão e sua planilha de indicadores, o plano operativo anual, segundo exercício do cargo de autoridade sanitária local e grau de escolaridade dos trabalhadores em saúde

Variável	Autoridade sanitária local	Nível superior	Nível médio	Média \pm DP
Os relatórios para monitoramento, preenchimento e avaliação da planilha de indicadores, o plano operativo anual, são conhecidos e utilizados pelas equipes em suas ações de planejamento	4,82	4,38***	4,35***	4,40 \pm 0,88
As metas dos indicadores que compõem o plano operativo anual são discutidas e pactuadas junto com as equipes da unidade de saúde	4,85	4,45***	4,46***	4,49 \pm 0,74
As metas para os indicadores do plano operativo anual da unidade de saúde são pactuadas após análise dos dados epidemiológicos, capacidade instalada e resultados do plano operativo anual do ano anterior	4,76	4,08***	4,26***	4,25 \pm 1,02
Os indicadores do plano operativo anual têm seu preenchimento a cada trimestre e os resultados obtidos são avaliados e discutidos nas reuniões das equipes	4,26	3,90*	4,02	4,01 \pm 1,04
O contrato interno de gestão e o plano operativo anual contribuem no trabalho em equipe (integração de odontologia, medicina e enfermagem) para a realização das metas pactuadas	4,59	4,23**	4,29**	4,29 \pm 1,29
O contrato interno de gestão e o plano operativo anual permitem avaliar e monitorar o uso dos protocolos da Secretaria Municipal da Saúde	4,95	4,52***	4,44***	4,43 \pm 0,82

A equipe de saúde relaciona os indicadores do plano operativo anual com os protocolos clínicos assistenciais implantados na Secretaria Municipal da Saúde	3,82	3,56	3,76	3,71 ± 1,26
Os indicadores do plano operativo anual que fazem parte dos itens de avaliação do incentivo ao desenvolvimento da qualidade (IDQ) são de conhecimento das equipes	4,46	3,66***	3,84***	3,84 ± 1,04
O conhecimento proporcionado pelo contrato interno de gestão e o plano operativo anual permite à equipe realizar a discussão e a inclusão de indicadores e metas locais da unidade de saúde	4,51	4,12*	4,00***	4,07 ± 1,15

OBS: * = p menor 0,05 ** = p menor 0,01 *** = p menor 0,001

Apenas duas questões receberam médias inferiores a 4 (concordância quanto à afirmação): a possibilidade de a equipe de saúde relacionar os indicadores do plano operativo anual com os protocolos clínicos assistenciais da SMS (3,71) e o conhecimento dos indicadores do plano operativo anual que fazem parte dos itens de avaliação de desenvolvimento da qualidade (3,84).

As médias gerais atribuídas às quatro questões que operacionalizavam os objetivos do contrato interno de gestão e sua planilha de indicadores em relação ao território (distritos sanitários) estão na tabela 5. Todas as questões receberam valores acima de 4 (concordância quanto à afirmação).

Tabela 5 - Média e desvio padrão dos atributos aferidos aos objetivos do contrato interno de gestão e sua planilha de indicadores, o plano operativo anual, relacionados ao território (distritos sanitários), segundo grau de escolaridade dos trabalhadores em saúde e exercício do cargo de autoridade sanitária local

Variável	Autoridade sanitária local	Nível superior	Nível médio	Média ± DP
O distrito sanitário é participativo durante o processo de pactuação do contrato interno de gestão e os indicadores do plano operativo anual	4,56	4,15**	4,24**	4,24 ± 1,00
O distrito sanitário mostra-se aberto a repactuar as metas dos indicadores do plano operativo anual quando a unidade de saúde passa por mudanças significativas em suas condições de trabalho	4,29	4,20	4,26	4,25 ± 0,93
O distrito sanitário acompanha em conjunto com a unidade de saúde o desempenho dos	4,95	4,23*	4,32*	4,35 ± 0,91

indicadores e as metas realizadas e definidas no plano operativo anual

o contrato interno de gestão e o plano operativo anual permitem estabelecer relações de trabalho no território com outros setores fora do setor saúde	4,74	4,04*	4,01*	4,08 \pm 1,14
---	------	-------	-------	-----------------

OBS: * = p menor 0,05 **= p menor 0,01 ***= p menor 0,001

Observa-se que as médias atribuídas sempre foram superiores a 4 (concordância) em todos os objetivos, com os atributos dados pelas autoridades sanitárias locais estatisticamente superiores aos dois grupos de escolaridade em três dos quatro objetivos analisados. A exceção se deu quanto à capacidade do distrito sanitário se mostrar aberto à repactuação das metas dos indicadores do plano operativo anual, sem diferença entre as médias atribuídas nos grupos.

Na tabela 6 estão discriminadas as médias gerais atribuídas aos dois atributos que operacionalizavam os objetivos do contrato interno de gestão e sua planilha de indicadores em relação ao controle social. A menor média atribuída foi quanto ao conhecimento e a discussão dos indicadores pelo conselho local de saúde. Nos dois objetivos, as médias foram superiores a 4 (concordância quanto à afirmação).

Tabela 6 - Média e desvio padrão dos atributos aferidos aos objetivos do contrato interno de gestão e sua planilha de indicadores, o plano operativo anual, relacionados ao controle social, segundo grau de escolaridade dos trabalhadores em saúde e exercício do cargo de autoridade sanitária local

Variável	Autoridade sanitária local	Nível superior	Nível médio	Média \pm DP
O conselho local de saúde conhece e discute os indicadores e as metas pactuadas no plano operativo anual da unidade, auxiliando no planejamento e contribuindo com as ações em saúde	4,10	3,85	4,09	4,03 \pm 1,14
Nas reuniões do conselho local, o plano operativo anual é alcançado até o momento em questão, sendo apresentado com os resultados	4,95	4,65*	4,69*	4,70 \pm 0,68

OBS: * = p menor 0,001

A exemplo das variáveis anteriores, as autoridades sanitárias locais atribuíram as maiores médias quando comparada aos profissionais por escolaridade. Dos dois objetivos, apenas o que relata a apresentação dos resultados em reuniões do conselho local de saúde apresentou diferença significativa ($p=0,000$) quando comparado à média atribuída pela autoridade sanitária local com a atribuída pelo nível superior e ou médio.

Estas duas variáveis não apresentaram diferença significante segundo o tipo de serviço a que pertenciam os respondentes, embora as maiores médias tenham sido atribuídas pelos profissionais das equipes de atenção primária. Na avaliação quanto ao período de ingresso, as maiores médias foram atribuídas nos períodos mais antigos. No objetivo de apresentação dos resultados em reuniões, ocorreu diferença estatisticamente significativa apenas quando comparado o período de 2001-2007 com a década anterior (1991-2000).

DISCUSSÃO

Há várias razões que justificam a introdução dos contratos nos sistemas de serviços de saúde, segundo Savas:

- a) estimulam a descentralização da gestão dando mais responsabilidade aos gerentes locais;
- b) permitem um melhor controle sobre o desempenho quantitativo e qualitativo dos prestadores de serviços de saúde;
- c) dão maior consequência ao planejamento estratégico das instituições ao exigir um maior empenho em atingir os produtos contratados;
- d) aumentam a eficiência dos prestadores de serviços;
- e) incentivam a criação e utilização cotidiana dos sistemas de informação gerenciais;
- f) melhoram a gestão da clínica;
- g) permitem uma melhor focalização nos interesses da população;
- h) tornam as instituições mais transparentes e mais permeáveis ao controle social. (SAVAS, 1998)

Os objetivos de uma parceria entre as partes de um contrato são um diálogo permanente entre o contratante e o prestador de serviços; uma retificação dos problemas no momento em que surgem; uma troca de saberes e habilidades; uma partilha de riscos, lucros e perdas; relações mais estáveis e mais longas; e, sobretudo, a construção do sentido de *responsabilização*.⁵

Os dados encontrados quanto aos objetivos do contrato interno de gestão e sua planilha de indicadores, o plano operativo anual (tabela 3), referendam o apontado por Chomatas e Marty (2006) quanto a esse tipo de contrato contribuir para a identificação de problemas na atenção básica, no planejamento, no estabelecimento de prioridades nas ações em saúde no território da unidade de saúde e na organização do processo de trabalho das equipes, além de reforçar o comprometimento da equipe com as questões de saúde do território. Atribuídas pelos profissionais, as médias das Equipes de Saúde da Família foram sempre superiores, sendo estatisticamente significantes em três dos seis objetivos: na contribuição na organização do processo de trabalho ($p=0,018$), no planejamento das ações no território ($p=0,014$) e nos benefícios gerados pelo seu uso ($p=0,001$).

Quanto ao período de ingresso dos respondentes na Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, as médias atribuídas foram tanto superiores quanto maior o período de ingresso. A contribuição à organização do processo de trabalho apresentou redução significativa das médias

⁵ Equivalente da palavra inglesa *accountability*, que significa, ao mesmo tempo, “a obrigação de prestar contas” e “ser responsável por”, não tendo tradução exata em português.

atribuídas conforme o tempo de admissão ($p < 0,01$), o mesmo ocorrendo com os benefícios trazidos pelo mesmo e a facilidade de uso da planilha ($p < 0,01$).

O conjunto de resultados encontrados na tabela 4 confirma o apontado por Marty (2006) quanto ao monitoramento a cada trimestre, pactuação baseada em dados epidemiológicos, capacidade instalada e resultados do plano operativo do ano anterior. As médias superiores a 4 apresentadas mostram que a pactuação das metas se dá de forma conjunta entre a secretaria, os distritos, as unidades de saúde e as equipes conforme as necessidades de saúde dos usuários de cada região. As médias atribuídas pelos profissionais das equipes de saúde da família foram em sua maioria superiores, sendo estatisticamente significantes em três dos nove objetivos: no conhecimento dos relatórios, no trabalho em equipe e no conhecimento proporcionado pelo contrato interno de gestão e o plano operativo anual para equipe. Quanto ao período de ingresso, as médias atribuídas, ainda que sem significância estatística, foram maiores segundo a antiguidade de ingresso, à exceção do objetivo que descreve a relação dos indicadores do plano operativo anual com os protocolos clínicos, confirmando que esta ferramenta é importante para que gestores e equipes avaliem o emprego dos protocolos clínicos instituídos na Secretaria Municipal da Saúde.

Dos nove objetivos, apenas o “preenchimento e discussão dos indicadores” apresentou diferença significativa ($p = 0,025$) quando comparado o ingresso mais recente (2001/2007) com o ingresso anterior aos anos 1990 ($p = 1976/1990$).

Já o resultado quanto ao conhecimento, por parte das equipes, dos indicadores do plano operativo anual que fazem parte do incentivo ao desenvolvimento da qualidade (IDQ) diverge do preconizado por Ducci (2007).

O Tercom intensificou o trabalho das equipes de saúde na busca da excelência e do impacto das ações nos indicadores de saúde das famílias residentes nos territórios das unidades de saúde. Os achados quanto aos objetivos do contrato interno de gestão relacionados ao território (distritos sanitários, tabela 5) confirmam o descrito por Marty (2006) no tocante ao incentivo à parceria entre os envolvidos (SMS/distritos sanitários/unidades de saúde) proporcionando a garantia

de permanente processo de negociação e renegociação (caso seja necessário), transparência entre as partes, responsabilização mútua entre gestores e equipes na busca de uma população mais saudável. Segundo o tipo de serviço a que pertenciam os respondentes, as médias atribuídas pelos profissionais das equipes de saúde da família foram superiores nas quatro variáveis acima, embora estatisticamente significantes apenas quanto à abertura do distrito sanitário para a repactuação das metas ($p=0,003$). Não aconteceu diferença estatisticamente significativa destas quatro variáveis quando comparado o período de ingresso.

O controle social está presente nas unidades verificadas pelas médias acima de 4 (concordância) nos atributos presentes na tabela 6. A participação do presidente do conselho local na assinatura do termo de compromisso e na planilha de indicadores do contrato de gestão garante à instituição transparência e também uma corresponsabilização dos usuários nas ações planejadas para o território.

Uma análise do estudo mostra que as equipes com Estratégia de Saúde da Família apresentaram médias em sua maioria superiores às atribuídas pelas equipes de atenção básica. Tais diferenças podem estar associadas às particularidades do trabalho das equipes com ESF, que já tem, como preconizado, mapeamento do território, planejamento local, cadastro das famílias, equipe interdisciplinar e estabelecimento de parcerias com a comunidade.

Em suma, o contrato de gestão sintetiza os movimentos institucionais; cria uma cultura de responsabilização, parceria e negociação; estimula a descentralização da gestão; aponta para a necessidade de mudanças nos processos de trabalho e de condutas gerenciais; socializa as informações; envolve equipes e usuários no planejamento e monitoramento das ações em saúde e incentiva o uso cotidiano do sistema de informação gerencial.

CONCLUSÕES

De um total de 21 questões que operacionalizam o contrato interno de gestão e o plano operativo anual implantado na Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, 18 apresentaram uma média atribuída acima de 4, salientando-se a apresentação, nas reuniões do conselho local de saúde, das planilhas do plano operativo anual com os resultados alcançados até aquele momento (média de 4,70) e de que as metas dos indicadores que compõem o plano operativo anual são discutidas e pactuadas junto com as equipes da unidade de saúde (média de 4,49).

As menores médias atribuídas destinaram-se à capacidade de relacionar os indicadores do plano operativo anual com os protocolos clínicos assistenciais implantados (3,70), com a avaliação do incentivo ao desenvolvimento da qualidade (3,84) e a facilidade de uso e preenchimento dos mesmos para análise dos resultados alcançados (3,95).

As médias encontradas nos atributos mostram que o controle social está presente, que o uso dos protocolos instituídos na Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba pode ser avaliado por meio da planilha de indicadores do plano operativo anual e que as três variáveis acima devem ser trabalhadas com as equipes, uma vez que se situaram entre os atributos de indiferença e concordância (3 e 4, respectivamente).

Os resultados encontrados com médias na maioria acima de 4 (concordância com a afirmação) nos permitem verificar a utilização do contrato interno de gestão e sua planilha de indicadores, o plano operativo anual, como ferramentas para avaliação, monitoramento, planejamento das ações em saúde e tomada de decisão pelos gestores e equipes das unidades de saúde. Os protocolos instituídos na Secretaria Municipal da Saúde podem ser avaliados por meio dos indicadores do plano operativo anual, como nos mostram as médias acima de 4 atribuídas pelas equipes e os gestores.

Por fim, salientamos que os achados neste estudo confirmam a percepção dos gestores locais, das autoridades sanitárias e dos trabalhadores das equipes em saúde quanto ao contrato interno de gestão e sua planilha de indicadores como um importante instrumento de gestão.

REFERÊNCIAS

- ANDRÉ, Maristela. **Contrato de gestão**: texto básico para subsídio às discussões sobre a reforma do Estado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Administração Pública, 1994.
- CAMPOS, Gastão W. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2007, v. 12, p. 301-06.
- CARDOSO, Regina L. S. Instrumentos para a implantação do modelo gerencial na administração pública: Observações iniciais sobre a implementação de contratos de gestão no Brasil. In: CONCURSOS DE MONOGRAFIAS E ENSAIOS DO CLAD, A TRANSIÇÃO DA CULTURA BUROCRÁTICA AO MODELO GERENCIAL: PERSPECTIVAS, POSSIBILIDADES E LIMITAÇÕES, II., 1997, Caracas.
- CHOMATAS, Eliane Veiga; MARTY, Inês Kultchek. **Contrato interno de gestão da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, Paraná**: boas práticas de humanização na atenção e na gestão do sistema único de saúde 2006. Disponível em: <www.saude.gov.br/humanizausus>. Acesso em 20 jul. 2007.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde no Brasil**: avanços, desafios e reafirmação de princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- DUCCI, Luciano. Curitiba firma contrato de gestão com metas para a saúde. **Revista Brasileira Saúde da Família**, Brasília, 2007, n. 14, p. 43-57.
- EL-WARRAK, Leonardo de Oliveira. **A contratualização no âmbito da gestão pública em saúde**: A experiência da área de planejamento de quatro municípios do Rio de Janeiro. 2008. Dissertação (Mestrado em Ciências, área de Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz/Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2008.
- FALCÃO, Humberto M. A contratualização como estratégia de reforma. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DEL CLAD SOBRE LA REFORMA DEL ESTADO Y DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, IV, 1999, México, 1999, p. 01-21.
- LIMA, Iran Siqueira. **Contribuição ao estudo da eficácia na aplicação do contrato de gestão nas empresas estatais**. 1998. Tese (Doutorado). Universidade de São Paulo, Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, 1998.
- MARTY, Inês. O desafio dos contratos pactuados de gestão: Responsabilização a partir do nível local. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, 2006, n. 36, p. 76-83.

NELLIS, John R. Contract plans and public enterprise performance. **World Bank Discussion paper**, Washington, 2006, n. 48. Disponível em: <www.worldbank.org>. Acesso em: 10 nov. 2007.

SAVAS, Emanuel S. Contracting models and provider competition. In : SALTMAN, R.B.; FIGUERAS, J. SAKELLARIDES, C. **Critical challenges for health care reform in Europe**. Buckingham: Open University Press, 1998, p. 157-76.

WORLD BANK. **Brazil enhancing performance in Brazil's health sector**: Lessons from Innovations in the State of São Paulo and the City of Curitiba. Washington: World Bank, 2006. Disponível em: <www.worldbank.org>. Acesso em: 01 mar. 2007.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados encontrados no estudo nos permitem sugerir aos gestores da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba capacitações e/ou oficinas, para as equipes de saúde, que abordem os indicadores do plano operativo anual relacionando com os protocolos clínicos assistenciais implantados, uma vez que as médias atribuídas ao objetivo que os operacionalizava foram as menores.

A realização deste trabalho mostrou-me o comprometimento dos colegas, que mesmo com todas as demandas diárias de trabalho procuraram um momento para responder aos questionários. Apesar de alguns contratemplos, a maioria devolveu no período solicitado e com os dados obtidos posso reforçar que as equipes em saúde da SMS consideram o contrato interno de gestão e sua planilha de indicadores, o plano operativo anual, uma ferramenta de gestão para o trabalho nas unidades de saúde.

8 ANEXOS

Anexo A: Projeto de Pesquisa e Anexo B: Termo de Livre Consentimento conforme a seguir:

Projeto de Pesquisa



**FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA
MESTRADO PROFISSIONAL DE GESTÃO DE TECNOLOGIA EM SAÚDE**

**PROJETO DE PESQUISA PARA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO:
CONTRATO INTERNO DE GESTÃO E PLANO OPERATIVO ANUAL
DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE CURITIBA, PARANÁ:
A percepção dos gestores locais e trabalhadores das equipes em saúde**

**MESTRANDA: JUSSARA DE CASTILHOS ROSA AZEVEDO
ORIENTADOR: PROF. DR. RONALDO BOLDIN**

Porto Alegre

2007

1 INTRODUÇÃO

Curitiba vem estabelecendo seu modelo de atenção à saúde desde 1979. Apenas dez anos após a Conferência de Alma Ata e ainda antes da aprovação da lei Orgânica da Saúde, em 1989, Curitiba já estava propondo e assumindo toda a rede básica de saúde assim como a gestão de saúde da capital com a Diretoria de Saúde, parte do departamento de Desenvolvimento Social. Fala-se então da Atenção Primária à Saúde (APS), da implantação de uma rede de unidades permitindo acesso à população de baixa renda, da definição de áreas de abrangência, da garantia de qualidade e eficiência do atendimento priorizando programas (gestantes, crianças, adultos, hipertensos), de imunização, educação em saúde e delegação de função.

No ano de 1991 acontece a 1ª Conferência Municipal de Saúde e em 1992 inicia-se o processo de distritalização do município. Neste momento os conceitos de territorialização, responsabilização sanitária e vigilância à saúde são novamente realinhadas, e o fortalecimento da atenção primária como porta de entrada do sistema reafirma o modelo assistencial que Curitiba estava estabelecendo. (Luciano Ducci, Maria Alice Pedotti, 2001).

Em gestão plena desde março de 1998, a Secretaria Municipal da Saúde exerce dois papéis fundamentais. Gestão do Sistema único de Saúde no município e à gerência e prestação de serviços de saúde à população. Atualmente, o conjunto de serviços próprios do município compõe-se de 52 Unidades Básicas com Estratégia de Saúde da Família (ESF), 47 Unidades Básicas atuando com o modelo tradicional, um hospital geral e maternidade e 8 centros municipais de urgências médicas.

Um momento muito importante na história da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba foi à decisão de desenvolvimento do Sistema de Informação em Saúde. Em 1998, iniciou a implantação do Prontuário Eletrônico-Cartão Qualidade Saúde, possibilitando avanços na sistematização e socialização da informação, contribuindo para a melhoria da qualidade da gestão em saúde. O Cartão Qualidade Saúde é um instrumento para subsidiar a tomada de decisão clínica e epidemiológica, possibilitando o desencadeamento de ações para a melhoria contínua dos serviços. Fornece dados para o monitoramento dos indivíduos e famílias em situação de risco e para a avaliação dos indicadores de saúde da população cadastrada. Desta forma, o Cartão Qualidade Saúde vem se legitimando como uma ferramenta que possibilita a integração e comunicação entre os usuários e os profissionais de saúde responsáveis pelo cuidado. Viabiliza a informação certa, no tempo certo, com qualidade,

segurança e confiabilidade. É a tecnologia digital quebrando barreiras em prol de processos de trabalho em saúde mais integrados e equânimes. (Xavier and Shimazaki, 2004).

Os Relatórios Gerenciais do Prontuário Eletrônico-Cartão qualidade saúde são utilizados como bases institucionais para operacionalização do Contrato Interno instituído pela Secretaria Municipal da Saúde em 2002, como auxiliar da gestão da rede própria de serviços. O Termo de Compromisso/TERCOM – conforme consensou-se chamar o Contrato Interno - por representar uma relação de compromisso moral, baseado em princípios: respeito à vida, à cidadania, ao bem público, aos preceitos do SUS; busca de excelência para as ações e aprimoramento dos servidores. Com base em processos locais compôs-se o termo, com cláusulas que enumeram os compromissos das partes, e o Plano Operativo Anual/POA - planilha de programação de indicadores e de pactuação de metas. Ocorre negociação entre DS e Unidade de Saúde/US ou entre Secretaria da Saúde e DS baseando-se em: Plano Municipal de Saúde, Agenda Anual da SMS, POAS e variáveis locais: características territoriais, recursos e composição das equipes. O TERCOM visa parceria, negociação, transparência, mútua responsabilização, melhoria do planejamento, da avaliação e da viabilidade das ações prestadas pela Secretaria Municipal da Saúde.

Oficinas foram realizadas com os profissionais e gerentes que definiram as informações/indicadores necessárias para o monitoramento do planejamento local e estabeleceram as fontes para a verificação e formatação dos relatórios. Para apoiar esta etapa, foi elaborada, pelo Centro de Informação em Saúde e os Coordenadores de Informações dos Distritos Sanitários, a Planilha de Programação / Plano Operativo Anual (POA), que constituiu material de suporte para os trabalhos nas oficinas. Os Planos Operativos Anuais, Local e Distrital foram construídos principalmente a partir dos indicadores e parâmetros padronizados nos protocolos adotados pela SMS.

O POA tem um sistema de monitoramento trimestral. Através desse monitoramento, as equipes têm condições de acompanhar as ações e monitorar os resultados sendo, portanto, um importante instrumento para o planejamento local. Um grande avanço na sistematização e socialização da informação, que contribui para a melhoria da qualidade da gestão dos serviços. A SMS de Curitiba avança e busca neste momento junto às outras instituições, ferramentas e metodologias, a fim de realizar a efetiva avaliação em resposta aos questionamentos encontrados no monitoramento. Nem sempre é fácil mensurar resultados de ações sociais, porém hoje dispomos de indicadores que são utilizados para contratualização de metas a serem alcançadas. O ideal é buscar informações atuais da realidade a ser enfrentada e, a partir dela e com base na metodologia escolhida, apresentar os resultados esperados após a intervenção.

Esse sistema de contrato implantado há cinco anos pela SMS de Curitiba tem sido avaliado como inovador e representa um avanço gerencial importante para o município.

Curitiba, historicamente, vem assumindo o compromisso com o monitoramento dos indicadores de saúde proporcionando resultados satisfatórios. Experiência impar tem sido tentar envolver neste movimento todo o seu Corpo Gerencial, Funcionários, Controle Social e outros parceiros. A troca de experiências, a pactuação com base na realidade local, o uso de séries históricas, o compromisso coletivo, esse tem sido nosso principal objetivo.

Na pesquisa a ser realizada busca-se verificar se os gestores locais e trabalhadores em saúde conhecem e utilizam a ferramenta POA para o planejamento, avaliação, monitoramento e tomada de decisão nas ações em saúde no território da unidade de Saúde.

2 OBJETIVOS E METAS

Objetivo principal

Descrever a percepção dos Gestores locais, Autoridades Sanitárias, e trabalhadores das equipes em saúde quanto ao Contrato Interno de Gestão / TERCOM e Plano Operativo Anual (POA) da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, 2008.

Objetivos Específicos

Descrever a utilização do TERCOM / POA como ferramenta para planejamento e tomada de decisão pelo gestor local e trabalhadores em saúde;

Verificar se os indicadores e metas pactuadas contribuem para prática dos protocolos instituídos na SMS;

Analisar a participação dos Conselhos Locais na avaliação e monitoramento dos indicadores;

Verificar se os indicadores e metas pactuadas contribuem para monitoramento, avaliação e planejamento das ações da Unidade de saúde.

Metas

Percepção dos gestores locais e trabalhadores em saúde sobre o TERCOM / POA como ferramenta de gestão local de saúde na SMS Curitiba - Pr.

Informações quanto ao conhecimento e adesão do TERCOM / POA por gestores locais e trabalhadores em saúde.

3 METODOLOGIA E ESTRATÉGIA DE AÇÃO**Delineamento**

Pesquisa Quantitativa, transversal, aplicando o mesmo instrumento de coleta de dados para todos os participantes, operacionalizando os objetivos e metas que constam do Contrato Interno de Gestão / TERCOM, sob forma de escala de Likert.

Termo de consentimento a ser assinado por todos os participantes.

Sujeitos do estudo

46 Gestores locais sendo 23 de Unidades de Saúde Básicas, 23 de Unidades com Estratégia Saúde da Família e mais ou menos 805 profissionais em saúde, Médicos, Enfermeiras, Dentistas e Auxiliares de Enfermagem.

As equipes de saúde a participarem da pesquisa serão sorteadas de forma aleatória na presença da senhora Supervisora do Distrito Sanitário da Matriz e da senhora Diretora do Centro de Informação em Saúde.

Crítérios de seleção

Inclusão: Gestores Locais (Autoridade Sanitária de Saúde) e Profissionais em Saúde(Médicos ,Dentistas,Enfermeiras,Auxiliares de Enfermagem)

Inclusão: UMS com mais de dois anos de funcionamento.

Exclusão: UMS que atua em atenção básica e especializada.

Exclusão de trabalhadores: com ingresso no ano de 2007 e/ou com 180 dias ou mais de afastamento.

Análise Estatística

Teste t de Student ($p < 0,05$) para comparação entre os grupos (gestores locais e trabalhadores em saúde).

Escala de Likert.

Questões éticas

A pesquisa será realizada sem intervenção em seres humanos. Os participantes responderão um questionário composto por vinte e uma perguntas objetivas. Os respondentes receberão uma explicação clara sobre os objetivos do estudo.

Os sujeitos que concordarem em participar, assinarão um termo de consentimento livre e esclarecido.

A pesquisa será submetida ao comitê de ética da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba.

5 RECURSOS NECESSÁRIOS

A pesquisa a ser realizada não trará custos para a Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba. Os custos para reprodução de material e outros serão financiados pela pesquisadora. O orientador é disponibilizado pelo Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da UFRGS.

	Valor	Financiador
Transporte		Malote interno da SMS Curitiba
Reprodução material do inquérito	R\$ 0,10 por folha-(preciso calcular tamanho da amostra para saber custo total)	Pesquisadora
Reprodução textos para a pesquisa	Papel R\$ 12,00 C/1000 X 10= R\$ 120,00 Tinta para impressora R\$ 40,00 cart x 3= R\$ 120,00	Pesquisadora

6 RESULTADOS e IMPACTOS ESPERADOS

Percepção dos gestores e trabalhadores sobre o TERCOM / POA como ferramenta de gestão local de saúde na SMS Curitiba-Pr.

Informações quanto ao conhecimento e adesão do TERCOM / POA por gestores e trabalhadores em saúde.

7 RISCOS E DIFICULDADES

Os riscos são: Atraso na devolução das questões, por parte das equipes e gestores, no tempo determinado.

Falta de adesão dos profissionais em responder as questões.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] Bordin R. **Definição de prioridades em saúde**. Dacasa: Porto Alegre, 2002.
- [2] Instituto Curitiba de Informática. "e-Saúde em Curitiba é uma referência para todo o Brasil". Noticiando, ano 3, nº 32, pág 4 – 7.
- [3] Instituto Curitiba de Informática. "e-Saúde em Curitiba é uma referência para todo o Brasil". Noticiando m, ano 3, nº 32, pág 4 – 7.
- [4] Luciano Ducci, Maria Alice Pedotti, Mariângela Galvão Simão, Moysés SJ. Curitiba: a saúde de braços abertos. Rio de Janeiro, 2001.
- [5] Luciano Ducci MAP, Mariângela Galvão Simão, Moysés SJ. Curitiba: a saúde de braços abertos. Rio de Janeiro; 2001.
- [6] Mendes EV, "Os sistemas de serviços de saúde: o que os Gestores precisam saber sobre estes Sistemas Complexos". Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 186 p.
- [7] Ribeiro EM PM, Moysés SJ. "10 Anos do PSF em Curitiba: a história contada por quem faz a história". Revista. 2002 novembro de 2002:52.
- [8] Shimazaki ECXeME. A Experiência de Curitiba com o Prontuário Eletrônico – A Ousadia em Inovar. curitiba, 2004.
- [9] ZMdA. H. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais. Ciências & Saúde Coletiva ;, 1999.
- [10] zulmira Maria de Araújo Hartz LMVdS. Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistema de saúde. Rio de Janeiro 2005.

Termo de Livre Consentimento

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa.

O objetivo desta pesquisa é verificar se os gestores locais e trabalhadores em saúde aderem e utilizam a ferramenta Plano Operativo Anual para o planejamento, avaliação, monitoramento e tomada de decisão nas ações em saúde no território da Unidade de Saúde.

O benefício deste estudo é coletar informações quanto à adesão dos gestores locais e trabalhadores das equipes de Saúde ao Contrato Interno de gestão/TERCOM e Plano Operativo Anual da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba como ferramenta de gestão local. Para tanto você deve responder no questionário em anexo um total de 21 perguntas, objetivas, com apenas uma opção de resposta. Em caso de erro no preenchimento, marcar ao lado, desconsiderar ou item assinalado errado e na sequência marcar a opção que considere adequada.

A pesquisa a ser realizada é referente ao trabalho do curso de Pós-Graduação em Epidemiologia, Mestrado Profissional em Avaliação de Tecnologias em Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador Professor Dr. Ronaldo Bordin da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Mestranda Jussara de Castilhos Rosa Azevedo Rua Sete de Setembro 3627, telefone 3321 27209 ou 8407 2825.

A sua participação é voluntária. Você tem a liberdade de recusar participar do estudo, ou se aceitar participar, deverá assinar o termo de livre consentimento ao fim da página. A sua confidencialidade e privacidade serão mantidas, por isso caso qualquer informação seja divulgada em relatório ou publicação, será feito de forma codificada.

Eu _____, (sujeito da pesquisa), li o texto acima e compreendi a natureza e o objetivo do estudo do qual fui convidado a participar. A explicação que recebi menciona os benefícios da pesquisa. Entendi que sou livre para interromper minha participação no estudo a qualquer momento sem justificar minha decisão. Concordo, em voluntariamente, participar desta pesquisa.

Ass. _____ Data ____/____/____

Pesquisadora: Jussara de Castilhos Rosa Azevedo. Rua Sete de Setembro 3627 Centro, fone 3321 2709 ou 8407 2825.

Mestranda pela Universidade federal do Rio Grande do Sul, Curso de Pós-Graduação em epidemiologia, Avaliação de Tecnologia em Saúde.

d Questionário

QUESTIONÁRIO

UNIDADE de SAÚDE: _____ Tipo: PSF Básica

FUNÇÃO: Autoridade sanitária Local Médico(a) Enfermeiro(a)

Aux. de Enfermagem Dentista THD ACD.

Trabalha na Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba (SMS) desde: _____

TERMO DE COMPROMISSO /POA

1- As metas dos indicadores que compõem a planilha, Plano Operativo Anual, são discutidas e pactuadas junto com as equipes da Unidade de Saúde.

- ()Concordo totalmente
- ()concordo parcialmente
- ()Indiferente
- ()Discordo parcialmente
- ()Discordo totalmente

2- As metas para os indicadores do Plano Operativo Anual da Unidade de Saúde são pactuadas após análise dos dados epidemiológicos, capacidade instalada e resultados do Plano Operativo Anual do ano anterior.

- ()Concordo totalmente
- ()concordo parcialmente
- ()Indiferente
- ()Discordo parcialmente
- ()Discordo totalmente

3- O Contrato Interno de Gestão/ TERCOM e sua planilha de indicadores, Plano Operativo Anual, contribuem para a identificação de problemas na atenção básica da Unidade de saúde.

- ()Concordo totalmente
- ()concordo parcialmente
- ()Indiferente
- ()Discordo parcialmente
- ()Discordo totalmente

4- O Contrato Interno de Gestão/ TERCOM e sua planilha de indicadores, Operativo Anual, contribuem para a organização do processo de trabalho na Unidade Saúde.

- ()Concordo totalmente
- ()concordo parcialmente
- ()Indiferente
- ()Discordo parcialmente
- ()Discordo totalmente

5- O Contrato Interno de Gestão/ TERCOM e sua planilha de indicadores, Plano Operativo Anual, contribuem para o estabelecimento de prioridades nas ações em saúde da Unidade de saúde.

- ()Concordo totalmente
- ()concordo parcialmente
- ()Indiferente
- ()Discordo parcialmente
- ()Discordo totalmente

6- O Contrato Interno de Gestão/ TERCOM e sua planilha de indicadores, Plano Operativo Anual, contribuem para o planejamento das ações em saúde no território da Unidade de saúde.

- ()Concordo totalmente
- ()concordo parcialmente
- ()Indiferente
- ()Discordo parcialmente
- ()Discordo totalmente

7- O Contrato Interno de Gestão/ TERCOM e sua planilha de indicadores, Plano Operativo Anual, contribuem no trabalho em equipe (integração entre Odontologia, Medicina e Enfermagem) para a realização das metas pactuadas.

- ()Concordo totalmente
- ()concordo parcialmente
- ()Indiferente
- ()Discordo parcialmente
- ()Discordo totalmente

8- O Contrato Interno de Gestão/ TERCOM e sua planilha de indicadores, Plano Operativo Anual permitem estabelecer relações de trabalho no território com outros setores fora do setor saúde.

- ()Concordo totalmente
- ()concordo parcialmente
- ()Indiferente
- ()Discordo parcialmente
- ()Discordo totalmente

9- Os relatórios para monitoramento, preenchimento e avaliação do Plano Operativo Anual são conhecidos e utilizados pelas equipes em suas ações de planejamento.

- ()Concordo totalmente
- ()concordo parcialmente
- ()Indiferente
- ()Discordo parcialmente
- ()Discordo totalmente

10- O Plano Operativo Anual tem seu preenchimento a cada trimestre e os resultados obtidos são avaliados e discutidos nas reuniões de equipes.

- ()Concordo totalmente
- ()concordo parcialmente
- ()Indiferente
- ()Discordo parcialmente
- ()Discordo totalmente

11- O Contrato Interno de Gestão/ TERCOM e sua planilha de indicadores, Plano Operativo Anual, permitem avaliar e monitorar o uso dos protocolos da Secretaria Municipal da Saúde.

- ()Concordo totalmente
- ()concordo parcialmente
- ()Indiferente
- ()Discordo parcialmente
- ()Discordo totalmente

12- A equipe de Saúde relaciona os indicadores do Plano Operativo Anual com os protocolos clínicos assistenciais implantados na Secretaria Municipal da Saúde.

- ()Concordo totalmente
- ()concordo parcialmente
- ()Indiferente
- ()Discordo parcialmente
- ()Discordo totalmente

13- O Distrito Sanitário é participativo durante o processo de pactuação do Contrato Interno de Gestão/ TERCOM e sua planilha de indicadores, Plano Operativo Anual.

- ()Concordo totalmente
- ()concordo parcialmente
- ()Indiferente
- ()Discordo parcialmente
- ()Discordo totalmente

14- O Distrito Sanitário mostra-se aberto a repactuar as metas dos indicadores, quando a Unidade de Saúde passa por mudanças significativas em suas condições de trabalho.

- ()Concordo totalmente
- ()concordo parcialmente
- ()Indiferente
- ()Discordo parcialmente
- ()Discordo totalmente

15- O Distrito Sanitário acompanha em conjunto com a Unidade de Saúde o desempenho dos indicadores e as metas realizadas e definidas pela Unidade de Saúde.

- ()Concordo totalmente
- ()concordo parcialmente
- ()Indiferente
- ()Discordo parcialmente
- ()Discordo totalmente

16- O Conselho Local de Saúde conhece e discute os indicadores e as metas pactuadas no plano Operativo Anual da Unidade, auxiliando no planejamento e contribuindo com as ações em saúde.

- ()Concordo totalmente
- ()concordo parcialmente
- ()Indiferente
- ()Discordo parcialmente
- ()Discordo totalmente

17- Nas reuniões do Conselho Local o Plano Operativo Anual é apresentado com os resultados alcançados até o momento em questão.

- ()Concordo totalmente
- ()concordo parcialmente
- ()Indiferente
- ()Discordo parcialmente
- ()Discordo totalmente

18- Os indicadores do Plano Operativo Anual que fazem parte dos itens de avaliação do Incentivo desenvolvimento da qualidade (IDQ) são de conhecimento das equipes.

- ()Concordo totalmente
- ()concordo parcialmente
- ()Indiferente
- ()Discordo parcialmente
- ()Discordo totalmente

19- A planilha do Plano Operativo Anual tem uma apresentação de fácil uso tanto para preenchimento quanto para análise dos resultados alcançados.

- ()Concordo totalmente
- ()concordo parcialmente
- ()Indiferente
- ()Discordo parcialmente
- ()Discordo totalmente

20- Os benefícios compensam os custos de uso do Contrato Interno de Gestão/ TERCOM e sua planilha de indicadores, Plano Operativo Anual (ex: tempo gasto na negociação, coleta e processamento de dados).

- ()Concordo totalmente
- ()concordo parcialmente
- ()Indiferente
- ()Discordo parcialmente
- ()Discordo totalmente

21- O conhecimento proporcionado pelo Contrato Interno de Gestão/ TERCOM e sua ferramenta Plano Operativo Anual permitem a equipe realizar a discussão e inclusão de indicadores e metas locais da Unidade de Saúde.

- ()Concordo totalmente
- ()concordo parcialmente
- ()Indiferente
- ()Discordo parcialmente
- ()Discordo totalmente