

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“Possibilidades e limites da contratualização no aprimoramento da gestão e da assistência em hospitais: o caso dos Hospitais de Ensino no Sistema Único de Saúde brasileiro”

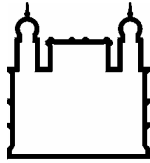
por

Sheyla Maria Lemos Lima

Tese apresentada com vistas à obtenção do título de Doutor em Ciências na área de Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Francisco Javier Uribe Rivera

Rio de Janeiro, outubro de 2009.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta tese, intitulada

“Possibilidades e limites da contratualização no aprimoramento da gestão e da assistência em hospitais: o caso dos Hospitais de Ensino no Sistema Único de Saúde brasileiro”

apresentada por

Sheyla Maria Lemos Lima

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Ana Maria Malik

Prof. Dr. Paulo Roberto de Mendonça Motta

Prof. Dr. Enrique Jeronimo Saravia

Prof. Dr. Carlos Augusto Graboys Gadelha

Prof. Dr. Francisco Javier Uribe Rivera – Orientador

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

L732 Lima, Sheyla Maria Lemos
Possibilidades e limites da contratualização para o aprimoramento da gestão e da assistência em hospitais: o caso dos Hospitais de Ensino no Sistema Único de Saúde brasileiro. / Sheyla Maria Lemos Lima. Rio de Janeiro : s.n., 2009.
ix, 316 f., il., tab.

Orientador: Uribe Rivera, Francisco Javier
Tese (Doutorado) Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

1. Contratos. 2. Hospitais. 3. Avaliação de Desempenho.
4. Gestão em Saúde. 5. Qualidade da Assistência à Saúde.
6. Sistemas Locais de Saúde. 7. Sistema Único de Saúde. I. Título.

CDD – 22.ed. – 363.11

A Fernanda e a Julia, lindas pessoas das quais me orgulho verdadeiramente de ser mãe, com as quais aprendo a cada dia e que não foram frutos de um descuido ou de um acaso e sim das únicas decisões de minha vida sobre as quais não tenho a menor dúvida se poderiam ou deveriam ter sido diferentes.

Agradecimentos

Ao meu orientador, Francisco Javier Uribe Rivera, por ter acreditado e me acolhido como sua orientanda pela segunda vez e pelas importantes sinalizações e contribuições dadas na elaboração deste trabalho.

Aos dirigentes do Ministério da Saúde, das secretarias de saúde e hospitais entrevistados cuja disponibilidade e informações prestadas forneceram o conteúdo deste trabalho. Em especial, à equipe da Coordenação-Geral da Atenção Hospitalar do Ministério da Saúde, pelas respostas sempre precisas e imediatas às inúmeras solicitações de informações.

Ao CNPq que possibilitou, com seu financiamento, a realização da pesquisa de campo assim como a infra-estrutura e o apoio administrativo necessários à pesquisa como um todo.

Aos colegas professores e pesquisadores do DAPS, pela compreensão em relação ao meu afastamento das atividades administrativas e cotidianas do departamento para redação deste trabalho.

Aos colegas da secretaria do DAPS que inúmeras vezes também apoiaram a realização do estudo. Em especial ao Wellington de Carvalho e ao João de Albuquerque, na impressão e na encadernação.

A Ana Paula Caetano, pelo apoio administrativo mais próximo à pesquisa como um todo.

Aos pesquisadores e colegas do DAPS, Maria Alicia Dominguez Ugá, Silvia Gerschman, Miguel Murat, Pedro Barbosa e Margareth Portela com quem de fato comecei a aprender a pesquisar.

Aos pesquisadores, Claudia Escosteguy, Vanja Ferreira, Claudia Brito e Mauricio Vasconcelos com quem continuei e continuo o meu aprendizado na pesquisa.

Aos colegas que trabalharam comigo em algum momento de minha trajetória no campo do ensino da gestão hospitalar, Pedro Barbosa, Chico Braga, Creuza

Azevedo, Marilene Castilho e Marismary Horsth, com quem sem dúvida aprendi muito.

Às duas Coordenações do DAPS com as quais tive a oportunidade de trabalhar compondo a equipe e tentar aprender na prática a “fazer gestão”, Maria Helena Mendonça, Paulo Amarante e Miguel Murat, na minha primeira experiência e Margareth Portela, Monica Martins, Beth Artmann e Marilene Castilho, na segunda.

A Margareth Portela, pelo aprendizado contínuo no campo da pesquisa e do ensino e pela amizade que nos últimos anos tenho tido a oportunidade e a felicidade de usufruir.

A Pedro Barbosa, pelas leituras cuidadosas e comentários pertinentes e em especial pelo apoio carinhoso e companheiro que foram fundamentais à finalização deste trabalho.

Este estudo foi realizado com financiamento do CNPq (Conselho Nacional de
Desenvolvimento Científico e Tecnológico)
Edital MCT/CNPq 15/2007 - Universal - Faixa B.
Processo 472096/2007-9

Resumo

O objetivo geral do estudo foi identificar possibilidades e limites da contratualização para a melhoria do desempenho, o incremento da prestação de contas, o aprimoramento da gestão, a melhoria da assistência e a maior inserção dos hospitais de ensino na rede de serviços de saúde, no âmbito do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no Sistema Único de Saúde/SUS, fornecendo ainda contribuições para o aperfeiçoamento dos processos de contratualização dos hospitais de ensino no país, assim como para outras práticas de contratualização de serviços de saúde.

Como objetivos específicos enumeraram-se: (1) identificar mecanismos indutores de inserção do hospital na rede e sua relação com a contratualização; (2) identificar a presença de estruturas e práticas qualificadoras da assistência e da gestão no hospital e sua relação com a contratualização; (3) identificar alterações na produção de atividades e de alguns indicadores de desempenho no hospital e sua relação com a contratualização; (4) caracterizar o processo de contratualização entre secretarias e hospitais considerando as recomendações do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no Sistema Único de Saúde/SUS; e (5) identificar os aspectos facilitadores, as dificuldades, os benefícios e finalmente sistematizar as proposições de ajustes à contratualização.

Caracterizou-se como um estudo de caso de quatro hospitais de ensino e respectivas secretarias contratantes, pré-identificados como experiências de contratualização mais ou menos estruturadas. Foram entrevistados onze dirigentes dos hospitais e das secretarias, além de um dirigente do MS. Na percepção dos dirigentes de hospitais, é frágil a associação entre contratualização e a presença de mecanismos de inserção na rede, de práticas e estruturas de qualificação assistencial e gerencial nos hospitais. Hospitais mais estruturados assistencial e gerencialmente apresentaram uma contratualização mais estruturada com a secretaria. Os contratos, na percepção dos dirigentes, parecem ter concorrido para uma maior inserção dos hospitais na rede de atenção e para um incremento da regulação por parte da secretaria. Houve um aumento de produção da média complexidade ambulatorial e uma diminuição dos procedimentos de atenção básica em todos os hospitais como desejado pelo Programa entre o período de 2004 a 2007. Não é possível afirmar que este resultado tenha sido devido à contratualização, pois foi encontrado tanto nos processos de contratualização mais estruturados quanto nos menos. Alguns ajustes merecem ser efetuados tendo em vista o aperfeiçoamento da contratualização. Dentre outros, o apoio ao desenvolvimento gerencial e a estruturação organizacional de secretarias e hospitais numa perspectiva de melhoria contínua; a revisão das estimativas de financiamento dos convênios/contratos e do sistema de incentivos incorporando as equipes assistenciais; a revisão de práticas e mecanismos de prestação de contas e a disseminação da lógica contratual introduzindo contratos internos entre equipes e direção do hospital e ampliando os contratos externos entre secretarias e outras unidades de sua rede de serviços.

Palavras-chave: contratualização; hospitais; desempenho; prestação de contas; qualificação gerencial; qualificação assistencial; inserção na rede de atenção.

Abstract

The overall objective of the study was to identify possibilities and limitations of the contracting to improve performance, increase accountability, improve management, improve care and expand the insertion of teaching hospitals in the network of health services within the Teaching Hospitals Restructuring Program of the Ministry of Education in the Single Health System / SUS (Sistema Único de Saúde), providing contributions to the improvement of contracting procedures of teaching hospitals in the country, as well as other contracting practices of health services.

The specific objectives are enumerated: (1) identify mechanisms that induce the insertion of the hospital in the network and its relationship with contracting, (2) identify the presence of structures and practices that qualify care and management in the hospital and its relationship with contracting, (3) identify changes in the production of activities and of some indicators of hospital performance and its relationship with the contracting, (4) characterize the process of contracting between departments and hospitals considering the recommendations of the Teaching Hospitals Restructuring Program of the Ministry of Education in the Single Health System / SUS, and (5) identify the facilitator aspects, the difficulties, the benefits, and finally to systematize the proposals for adjustments to contracting.

It was characterized as a case study of four teaching hospitals and their respective contracting departments, pre-identified as more or less structured experiences of contracting. Eleven leaders of hospitals and secretariat as well as a leader of the Ministry of Health were interviewed.

In the perception of hospital leaders, the associations between contracting and the presence of mechanisms of insertion into the network, of practices and structures of care and management qualification in hospitals, are fragile. Hospitals more structured in terms of care and management had a more structured contracting with the secretariat. The contracts, in the perception of the leaders, appear to have contributed to a greater insertion of hospitals in the care network and to an increase in regulation by the secretariat. There was an increased production of the medium outpatient complexity and a decrease in primary care procedures in all hospitals as desired by the Program between the years 2004 to 2007. It is not possible to affirm that this result was due to contracting since it was found both in more structured contracting processes and in less ones.

Some adjustments are worth taking into account regarding contracting improvement. Among others, support for management development and organizational structure of departments and hospitals under the perspective of continuous improvement; the review of estimates of funding for agreements / contracts and of the incentive system, incorporating the care teams; the review of practices and accountability mechanisms and the spread of the contractual logic by introducing internal contracts between teams and the hospital management, and increasing the external contracts between secretariats and other units of its service network.

Key words: contracting; hospitals; performance; accountability, management qualification; care qualification; insertion in the care network.

ÍNDICE

1. Introdução	1
2. Objetivos e Métodos	13
2.1. Objetivo geral e objetivos específicos	13
2.2. Métodos	13
2.2.1. <i>Estratégia do estudo</i>	13
2.2.2. <i>Seleção dos casos</i>	15
2.2.3. <i>Informantes-chave</i>	16
2.2.4. <i>Coleta de dados</i>	17
2.2.5. <i>Tratamento dos dados</i>	18
2.2.6. <i>Aspectos éticos</i>	19
3. O Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no Sistema Único de Saúde/SUS	20
4. Considerações teóricas	30
4.1. <i>A Teoria da Agência e os arranjos contratuais</i>	33
4.2. <i>A organização hospitalar, especificidades e desafios para a gestão</i>	44
4.3. <i>Um sistema de direção com foco no desempenho</i>	58
4.4. <i>A Teoria da Agência e o Triângulo de Ferro em Organizações Profissionais de saúde</i>	70
5. Arranjos contratuais no setor hospitalar na experiência internacional	80
6. Modalidades de arranjos contratuais	104
7. Resultados	110
7.1. Caracterização dos hospitais	113
7.1.1. <i>Esfera administrativa, natureza jurídico-administrativa e localização geográfica</i>	113

7.1.2. <i>Porte, complexidade e produção assistencial e relação com a contratualização</i>	113
7.1.3. <i>Mecanismos de inserção na rede e relação com a contratualização</i>	129
7.1.4. <i>Estruturas e práticas de qualificação assistencial e relação com a contratualização</i>	134
7.1.5. <i>Estruturas e práticas de qualificação da gestão e relação com a contratualização</i>	141
7.2. Caracterização da Contratualização	153
7.2.1. <i>Componentes do processo de contratualização</i>	153
7.2.2. <i>Aspectos facilitadores, dificuldades, impacto sobre as diretrizes do Programa de Reestruturação, outros benefícios e proposições de ajustes à contratualização</i>	170
7.2.2.1. <i>Aspectos facilitadores</i>	170
7.2.2.2. <i>Dificuldades encontradas</i>	173
7.2.2.3. <i>Impacto sobre as diretrizes do Programa de Reestruturação</i>	179
7.2.2.4. <i>Outros benefícios</i>	183
7.2.2.5. <i>Proposições de ajustes</i>	184
8. Discussão	188
9. Conclusões	200
10. Referências bibliográficas	225
Anexos	235
Anexo 1 - Questionário do Hospital de Ensino	236
Anexo 2 - Questionário da Secretaria de Saúde	265
Anexo 3 - Questionário do Ministério da Saúde	268
Anexo 4 - Relato das entrevistas	270

1. Introdução

Este estudo trata do uso de arranjos contratuais e de suas possíveis implicações na gestão de organizações hospitalares. Na literatura do setor saúde os termos “arranjos contratuais”, “contratualismo”, “contratualização”, “contratação”, “contratos de gestão”, “contratos de programa”, “contratos de serviços”, “acordos de desempenho”, “relações contratuais”, “contracting”, “contractual approach”, “performance-based financing” ou “payment for performance/P4P” são utilizados para denominar o processo de estabelecimento de relações mais ou menos formais, mais ou menos voluntárias, entre partes mais ou menos independentes, “*as quais aceitam deveres e obrigações recíprocos e esperam alcançar benefícios a partir desta relação*” (Soeters et al., 2006, Perrot, 2005a; Perrot, 2004; Ministério da Saúde, 2004a).

A essência dos arranjos contratuais reside em exigir das partes contratantes clareza e foco sobre o que uma quer e a outra pode oferecer (England, 2002). Estes arranjos, quando formais, são materializados por um contrato, ou seja, por um “*documento que proporciona uma especificação quantificada dos resultados esperados de um serviço de saúde, segundo padrões de qualidade e financiamento pré-definidos durante um determinado período*” (England, 2002).

Além do foco nos resultados que se quer alcançar, são aspectos centrais nos arranjos contratuais os mecanismos de acompanhamento e avaliação, incluindo os aspectos a serem monitorados, os padrões esperados, as formas, a periodicidade, os responsáveis pelo monitoramento, e os incentivos existentes, de forma a induzir o alcance dos resultados pré-definidos e acordados.

Os arranjos contratuais têm sido introduzidos, nos países em desenvolvimento e nos desenvolvidos, para enfrentar os problemas de baixo desempenho e insuficiente prestação de contas nos diferentes segmentos da administração pública. Igualmente têm sido utilizados no setor saúde, frente à evidência quase universal sobre as dificuldades dos sistemas e serviços de saúde em alcançar resultados com eficiência, qualidade e equidade e sobre a insuficiência ou mesmo inexistência de práticas e mecanismos de prestação de contas desses resultados para usuários, financiadores e governos.

A suposição subjacente é que os resultados (desempenho) insatisfatórios, em parte são determinados pela insuficiente *accountability*, compreendida como “*a prática e a obrigação de prestação de contas numa relação hierárquica entre partes (pessoas ou organizações) sobre o desempenho de tarefas ou funções conferidas*” (OECD, 1996).

Em função disso, os arranjos contratuais têm despertado grande interesse nos organismos internacionais como o Banco Mundial, a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) e a Organização Mundial de Saúde (OMS), os quais têm estimulado e acompanhado várias experiências de implantação destes arranjos em sistemas e serviços de saúde (WHO, 2006; WHO, 2004; Loevinsohn & Harding, 2004; McPake & Mills, 2000; Abrantes, 1999; Oxley & MacFarlan, 1995).

Os Estados membros da Organização Mundial da Saúde (OMS) adotaram, em 2003, uma resolução intitulada “*O Papel da Contratualização na melhoria do desempenho dos sistemas de saúde*” destacando a importância da formulação de uma política contratual nacional, em sintonia com as regras e princípios da política nacional de saúde e do compartilhamento das experiências em curso de arranjos contratuais no setor público e privado (Perrot et Roodenbeke, 2005).

Mesmo não sendo específicos do setor saúde, amplamente utilizados em outras esferas da atividade econômica e social, os arranjos contratuais ganharam destaque como ferramenta de gestão e de regulação a contribuir, através do incremento da prestação de contas e do uso de incentivos, para a melhoria do desempenho de sistemas e de serviços de saúde, ambulatoriais e hospitalares (Siddiqi et al., 2006).

Vários outros benefícios são esperados com a utilização dos arranjos contratuais: melhor alocação de recursos por parte dos contratantes que passam a ter mais atenção no estabelecimento de suas prioridades; maior compartilhamento de responsabilidades; estímulo à cultura de negociação; efetiva vinculação de recursos com os contratos e com a produção dos serviços; maior visibilidade da produção de serviços e de suas mudanças; e, desenvolvimento de habilidades específicas relacionadas ao processo de contratação pelas partes envolvidas (contratante e contratado), pois ambas são fortemente impelidas a desenvolver a capacidade de gestão administrativa e assistencial, especialmente no campo da avaliação e

monitoramento da qualidade assistencial e do acompanhamento de seus custos (Vézina et al., 2006; Ashton et al., 2004; England, 2002).

Os arranjos contratuais foram introduzidos na administração pública originalmente na França no final da década de 60 com vistas a sua modernização e flexibilização. Na França, os *contratos de programa* com as empresas estatais e os contratos de plano com as empresas de economia mista, foram instituídos a partir de 1969. Na década de 90, novos arranjos foram introduzidos, os *contratos de serviços* com os denominados *centros de responsabilidade*, entidades da administração direta francesa. Na Espanha, desde a década de 70, foram utilizados contratos com estatais prestadoras de serviços industriais de utilidade pública (André, 1999).

De forma mais sistemática e abrangente, em meados da década de 80, no bojo das mudanças ocasionadas pelas reformas de Estado e da administração pública, fenômeno de caráter universal, ainda que com características diferentes em função da história de cada país.

Tais reformas surgiram como resposta à crise estrutural e fiscal enfrentada pelos Estados Nacionais na década de 70, ao crescimento e complexificação de demandas de grupos populacionais capazes de pressionar por políticas públicas e às intensas críticas ao modelo burocrático de gestão predominante na administração pública.

Dentre estas, ocupavam lugar central a falta de foco nos resultados – qualidade, eficiência e efetividade – e a baixa prestação de contas (*accountability*) à sociedade acerca dos serviços prestados, as quais ganhavam importância ainda maior tendo em vista o contexto descrito - Estados com menos recursos e com demandas sociais crescentes a responder, onde a eficiência na utilização de recursos e a qualidade dos serviços prestados eram cada vez mais necessárias e exigidas.

As referidas reformas do Estado e da administração pública foram denominadas de “*revolução global (de idéias e de políticas)*” por apresentarem duas características distintas de todas as reformas anteriores (Kettl, 1998).

Primeiramente, a universalidade e rapidez com que as idéias de redução do Estado e de melhoria do desempenho, compreendido como o alcance dos objetivos

desejados, da administração pública foram difundidas por todo o mundo desenvolvido, onde não apenas teve início mas também introduziu mudanças mais radicais, principalmente na Nova Zelândia, Austrália e Reino Unido e, mais tardiamente, também no mundo em desenvolvimento.

A outra particularidade foi a utilização de um novo conceito, o gerencialismo (*managerialism*), uma recombinação de velhos e novos conceitos, técnicas e instrumentos de gestão, tais como: administração por objetivos, redução dos postos de trabalho (*downsizing*), ênfase no consumidor, delegação de autoridade aos funcionários (*empowerment*), pagamento por desempenho, avaliação e ênfase nos resultados, qualidade total, descentralização, competição, etc. que, em síntese, implicava em introduzir no setor público práticas gerenciais utilizadas no setor privado (Kettl, 1998).

Outra tendência colocada no cerne das reformas de Estado e da administração pública, e que também justificou a introdução dos arranjos contratuais, foi a separação das funções de financiamento/compra e de regulação, da função de prestação de serviços (Mendes, 2002). A separação visava resolver a confusão de interesses existente na administração pública distinguindo “*quem decide ou propõe o que fazer e o por que de fazer, de quem se concentra na eficácia do como fazer*” (Trosa, 2001).

Ao separar estas funções entre partes distintas e independentes, fazia-se necessário instituir um novo mecanismo de coordenação. A hierarquia deixava de ser o mecanismo de coordenação predominante na administração pública, sendo substituída, em grande parte, pelos contratos, que possibilitariam mais foco nos resultados a serem alcançados e a instituição de uma prática de prestação de contas do desempenho, assim resolvendo os problemas do modelo burocrático vigente na administração pública. Possivelmente um dos elementos mais importantes dos arranjos contratuais reside justamente no estabelecimento de deveres e obrigações recíprocos entre as partes que se envolvem em um arranjo contratual (Perrot, 2005a; England, 2002).

A denominada Nova Gestão Pública (New Public Management) ou Nova Administração Pública (Ferlie et al., 1999) ou ainda, a Administração Pública Gerencial Brasileira (Bresser Pereira, 1998), nas suas diferentes abordagens, surge em

um cenário de críticas ao modelo burocrático da administração pública e de novas exigências econômicas, políticas e sociais colocadas para o Estado (Sano, 2008; Abrucio, 2006; Araújo & Sanchez, 2005; Ferlie et al., 1999; Mills, 1998; Mills et al. 1997). Tendo como objetivos flexibilizar a gestão e aumentar a prestação de contas da administração pública com foco nos resultados, propunha a instituição de mecanismos de contratualidade de gestão com metas, indicadores e instrumentos de acompanhamento e de cobrança claramente definidos possibilitando maior controle por parte do Estado e da sociedade (Sano, 2008).

O Brasil acompanhou este movimento de reformas. O Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, elaborado em 1995, pelo Ministro Bresser Pereira do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE) incorporou várias diretrizes da Nova Gestão Pública. Propunha a flexibilização, através da transformação de alguns entes da administração pública em organizações sociais não estatais, e o incremento da prestação de contas através da introdução dos contratos de gestão, vinculando as novas organizações referidas à administração pública e instituindo assim mecanismos de controle e avaliação sistemáticos (Sano, 2008). O então Ministro Bresser defendia uma administração pública voltada para os resultados, ou como na época denominava administração ou modelo gerencial (Abrucio, 2007).

A principal convergência do Plano Diretor do MARE com a Nova Gestão Pública residia no desenho institucional, onde o Estado deveria manter e aperfeiçoar sua função de regular e de promover (financiando inclusive), os serviços públicos e descentralizar a execução, concedendo ao prestador de serviços, mais autonomia de gestão. Em contrapartida seria necessário fortalecer e profissionalizar o Estado para que adequadamente estabelecesse a contratualidade com os prestadores de serviços, os órgãos da própria administração pública ou as novas organizações públicas não estatais propostas (Sano, 2008).

As idéias preconizadas no referido Plano Diretor foram mais ou menos absorvidas no âmbito federal, mas especialmente por alguns governos estaduais que adotaram a nova forma de gestão, através da constituição de organização sociais para gerenciar órgãos públicos de diferentes áreas de atuação. No final de 2007, havia setenta (70) organizações sociais distribuídas em todas as regiões do país,

concentradas especialmente no Sudeste e Nordeste, gerenciando órgãos da administração pública estadual, principalmente na área da saúde, cultura, ciência e tecnologia, com destaque para o estado de São Paulo que registrava 16 unidades de saúde sendo por elas gerenciadas (Sano, 2008; Abrucio, 2007).

Para Mendes (2002), a Nova Gestão Pública iria além da separação das referidas funções do Estado, tendo três grandes eixos norteadores: a propositividade, a responsabilização e a performance. O primeiro asseguraria maior foco na missão e nos objetivos; o segundo aumentaria a responsabilidade dos dirigentes frente aos usuários; e o terceiro melhoraria o desempenho mediante o uso de fortes incentivos.

Estas mudanças no âmbito da administração pública tiveram rebatimento, de forma mais estruturada, no setor saúde a partir da década de 90. As críticas e soluções apresentadas para o setor saúde tinham como referência o movimento em curso na administração pública.

Vários problemas eram então identificados, os quais se manifestavam mais enfaticamente nos países em desenvolvimento, dentre eles: financiamento insuficiente e não baseado no custo real dos procedimentos realizados; baixa qualificação gerencial (conhecimentos, técnicas e ferramentas); incipiente autonomia gerencial na utilização de recursos das unidades prestadoras de serviços (unidades hospitalares e ambulatoriais); precários sistemas de informações sobre a qualidade, custos e efetividade das diferentes intervenções; inexistência ou insuficiência de incentivos, financeiros e de outra natureza, que direcionassem os esforços das unidades prestadoras de serviços e de seus profissionais para o alcance de melhores resultados em termos de eficiência e de qualidade; insuficiência de mecanismos e práticas de prestação de contas para a população e para os órgãos gestores e reguladores do sistema de saúde sobre os resultados alcançados, especialmente no âmbito da qualidade das ações prestadas (Oxley & MacFarlan, 1995). Diagnóstico ainda atualizado e ajustado sobre os problemas que hoje enfrenta o sistema de saúde brasileiro.

Foi nesse contexto que os arranjos contratuais foram introduzidos no setor saúde. A suposição subjacente era que seu uso, juntamente com outras ferramentas, proporcionaria uma melhor organização do sistema de saúde, que por sua vez

contribuiria para a melhoria de seu desempenho, este compreendido como o grau de alcance dos objetivos colocados para os sistemas de saúde (Hurst & Hughes, apud Viacava et al., 2004) . Desta forma, a melhoria de desempenho contribuiria para a melhoria da saúde da população (WHO, 2005).

A separação das funções de financiamento/compra e de regulação, da função de prestação de serviços ocorrida no interior da administração pública se disseminou nas reformas de sistemas de saúde, introduzindo também a necessidade de se instituir novos mecanismos de coordenação, além das relações hierárquicas. Porém, até nos países que não aderiram à referida separação das funções, os arranjos contratuais foram introduzidos como mecanismo de coordenação no interior da administração pública, dentro da mesma esfera ou entre diferentes esferas de governo, vinculando financiadores/compradores/contratantes e prestadores de serviços (hospitalares e ambulatoriais), estatais ou privados (WHO, 2006; Perrot et Roodenbeke, 2005; Figueras & Robinson, 2005; Loevinshon & Harding, 2005; Perrot, 2004; WHO, 2004; Ashton et al., 2004; Carey, 2004; Loevinsohn & Harding, 2004; Ministério da Saúde, 2004a; Pestana & Mendes, 2004; Docteur & Oxley, 2003; Soeters & Griffiths, 2003; England, 2002; Abranson, 2001; Ibanez et al., 2001; Trosa, 2001).

Com ou sem separação das referidas funções, o que estava em questão era a necessidade de mudar a forma passiva de reembolso e de financiamento dos prestadores de serviços que até então prevalecia, tanto no setor público quanto no privado, para formas mais ativas e diferenciadoras de compra, o que poderia ser alcançado através dos arranjos contratuais (Ashton et al., 2004; England, 2002). Esta lógica de compra mais ativa implicava em associar recursos a compromissos pré-estabelecidos e à prestação de contas.

Estudo recente do Banco Mundial sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), identificou vários problemas concorrendo para um inadequado uso dos recursos e um desempenho insatisfatório do sistema. Registram-se a insuficiente prestação de contas sobre os resultados alcançados das unidades prestadoras de serviços e das estruturas estaduais e municipais gestoras da rede de serviços; a inexistência de incentivos vinculando o repasse de recursos ao desempenho; a ausência de autonomia gerencial para a gestão de recursos no nível local; a inadequação e desarticulação dos vários

sistemas da informação para a gestão; além de outros problemas no campo da gestão orçamentária financeira (World Bank, 2007).

A partir deste diagnóstico, o Banco apresentou um conjunto de recomendações dentre elas, o uso de “*contratos de gestão*” como ferramenta gerencial a “*fortalecer a accountability*” assegurando “*maior foco em objetivos específicos e resultados mensuráveis...e servindo ainda, como mecanismo básico para o planejamento, monitoramento e avaliação*”. Foi também sugerida maior autonomia para os gestores locais no uso de recursos “... *ao mesmo tempo assegurando a prestação de contas sobre seu desempenho*” (World Bank, 2007).

Em consonância com o estudo do Banco Mundial, Forgia & Couttolenc (2009) identificaram os seguintes determinantes para o desempenho insatisfatório do setor hospitalar brasileiro. Primeiramente a rigidez das regras existentes, grandemente voltadas para o controle dos meios e pouco ou nada focadas no controle dos resultados, condicionando e limitando a gestão hospitalar. A ausência de foco nos resultados concorreria para a geração de um ambiente organizacional de baixa responsabilização.

A existência de múltiplos mecanismos de repasse de recursos para os hospitais, predominantemente não associados ao desempenho, contendo incentivos diferentes, que podem ser entre si neutralizados e/ou compensados, também se constitui em problema. Estes mecanismos em geral não são utilizados para apoiar a política de saúde e estimular o bom desempenho.

A coordenação da rede hospitalar é insuficiente e inadequada. A diversidade de propriedade dos hospitais brasileiros, tomando decisões muitas vezes de forma isolada, impõe mecanismos de coordenação mais robustos, tanto no que se refere à definição do perfil e à complexidade da atenção ofertada, quanto à expansão ou diminuição da capacidade instalada.

Observam-se poucos esforços sistemáticos, articulados e contínuos para mensurar, monitor, avaliar, comparar e melhorar a qualidade da atenção hospitalar. Iniciativas isoladas são encontradas, mas com abrangência nacional, não há sistemas ou programas que inclusive apóiem e reforcem a capacidade institucional para aperfeiçoar a qualidade.

Por fim, para os referidos autores, na base de todos os problemas apontados, apesar da grande quantidade de informação coletada, não há *“informações sistemáticas e confiáveis sobre qualidade, eficiência e custo dos serviços hospitalares”* para fundamentar as decisões.

Dentre as várias recomendações apresentadas por Forgia & Couttolenc (2009) incluem-se a implementação de modalidades de pagamento alinhadas aos custos (que paulatinamente deveriam considerar a complexidade do caso atendido) e vinculadas ao desempenho; a utilização de incentivos que promovam a melhoria da qualidade e da eficiência; o apoio contínuo ao desenvolvimento organizacional e à modernização das práticas gerenciais; o fortalecimento da contratualização através do uso de contratos que *“especifiquem o volume e tipo de serviços e definam metas prioritárias, condicionando uma parte do pagamento ao desempenho, e exigir o cumprimento das metas acordadas”*, a implementação de *“planos mestres em nível estadual para a coordenação da assistência e o estabelecimento de redes regionais”* e a promoção do *“uso efetivo de tecnologias de informação”* viabilizando assim a mensuração do desempenho e auxiliando na coordenação entre prestadores e entre equipes de saúde.

Os arranjos contratuais podem viabilizar boa parte daquelas recomendações, vinculando o planejamento regional com o planejamento e a operacionalização do hospital, promovendo a coordenação da rede de atenção – entre os hospitais e outras unidades prestadoras, e do hospital - entre as diferentes equipes e serviços, incentivando a promoção da qualidade e da eficiência e incrementando a prestação de contas. Além disso, podem fortalecer a negociação e a cooperação entre os diferentes integrantes da rede de serviços.

As primeiras experiências de arranjos contratuais no Brasil ocorreram em 1991. No âmbito do estado de São Paulo estes arranjos denominados de *“contratos de gestão”* foram instituídos em toda a administração pública estadual. No âmbito federal, o *“contrato de gestão”* denominado de *“acordo ou convênio de desempenho”* foi introduzido através do Decreto nº 137, de 27/05/91 que criou o Programa de Gestão das Empresas Estatais. Foram estabelecidos contratos com várias empresas, dentre elas a Cia. Vale do Rio Doce e a PETROBRÁS, em 1992. Em 1991 foi estabelecido o primeiro contrato de gestão com uma entidade do setor saúde, a Associação das Pioneiras Sociais/APS, a qual era uma fundação de direito público e a

partir do contrato foi transformada em fundação de direito privado. Todos esses contratos não mais existem exceto o da APS que se mantém na atualidade (André, 1994).

Mais recentemente no Brasil, experiências de arranjos contratuais entre hospitais e unidades ambulatoriais de atenção básica com secretarias de saúde, de âmbito estadual ou municipal, vêm sendo desenvolvidas. Possivelmente as experiências mais consolidadas, estruturadas, monitoradas e documentadas no âmbito hospitalar sejam a do estado de São Paulo e a do Ministério da Saúde.

Em São Paulo, desde 1998, alguns hospitais da Secretaria Estadual de Saúde (SES) de São Paulo tiveram sua gestão repassada para as Organizações Sociais de Saúde (OSS), ente jurídico-administrativo constituído e qualificado especificamente para esta finalidade. As OSS estabelecem contratos com a Secretaria, onde estão definidas as atividades a serem realizadas pelo hospital, os recursos necessários à sua operacionalização, as metas e indicadores de eficiência e qualidade, e que condicionam o repasse de recursos. Segundo estudos avaliativos, as metas e indicadores estabelecidos nos contratos têm sido alcançados (Ibanez et al., 2001; Ferreira Junior, 2003).

Mais recentemente, no final de 2004, o Ministério da Saúde elaborou uma política de reestruturação hospitalar para os hospitais de pequeno porte, filantrópicos e de ensino (neste caso em parceria com o Ministério da Educação) condicionando o ingresso dos hospitais na referida política, ao estabelecimento de contratos entre eles e as secretarias de saúde estaduais e/ou municipais. Os contratos teriam como referência as diretrizes da política formulada para cada um dos segmentos do setor hospitalar. No caso dos hospitais de ensino, uma maior inserção desses hospitais na rede SUS e a qualificação assistencial, da gestão, do ensino, da pesquisa e da avaliação tecnológica em saúde (Brasil, 2004a; Brasil, 2004b; Brasil, 2004c). A experiência é relativamente recente e não há, até o momento, estudos que evidenciem o impacto da utilização dos contratos nas referidas diretrizes.

O conhecimento sobre o efetivo impacto dos arranjos contratuais no desempenho dos hospitais e demais prestadores de serviços de saúde, os riscos e benefícios associados ao seu uso está sendo acumulado, mas ainda está longe de ser

conclusivo. Sabe-se, porém que os arranjos contratuais não são a solução para todos os problemas dos sistemas e serviços de saúde (Siddiqi et al., 2006). Eles não são também um fim em si mesmo e sim um meio para a melhoria do desempenho.

Por esta razão faz-se necessário acompanhar as experiências de arranjo contratuais em curso, especialmente em países em desenvolvimento, tendo em vista identificar suas implicações na melhoria do desempenho hospitalar, outros benefícios associados, possíveis efeitos negativos e ainda, a identificação e proposição de ajustes necessários.

Fatores individuais podem ter importante papel na determinação do desempenho de prestadores com estruturas e incentivos organizacionais semelhantes. Neste sentido, sugere-se o desenvolvimento de estudos de casos que possam identificar os fatores que poderiam ser responsáveis pelas variações de desempenho e suas implicações para os conteúdos dos contratos (Mathonnat, 2006).

É nessa perspectiva que este estudo pretende contribuir, descrevendo e analisando a implementação da contratualização promovida pelo Ministério da Saúde em alguns hospitais de ensino no Brasil. Há o intuito de identificar se sua utilização tem implicações na qualificação da gestão e da assistência, consideradas como condições necessárias para a melhoria do desempenho.

A seguir, no capítulo 2 são apresentados os objetivos e métodos do estudo. O capítulo 3 apresenta o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no Sistema Único de Saúde/SUS dado que os casos selecionados estão inseridos e condicionados por esse Programa. O capítulo 4 focaliza os pressupostos teóricos para o uso de arranjos contratuais em organizações hospitalares, especificamente apresenta as contribuições da Teoria da Agência, o sistema de direção de Carlos Matus e as especificidades das organizações hospitalares a partir das contribuições de Henry Mintzberg. O capítulo 5 discute, a partir de algumas experiências internacionais sobre o uso de arranjos contratuais em sistemas e serviços de saúde, destacando os principais obstáculos, benefícios e recomendações encontrados. No capítulo 6 são sistematizados os resultados do estudo realizado e finalmente no capítulo 7 é realizada uma discussão sobre os resultados cotejando-os

frente aos pressupostos teóricos e às experiências internacionais apresentadas, bem como são apresentadas conclusões do estudo.

2. Objetivos e Métodos

Neste capítulo estão apresentados os objetivos geral e específicos e os métodos do estudo.

2.1. Objetivo geral e objetivos específicos

O objetivo geral do estudo foi identificar possibilidades e limites da contratualização para a melhoria do desempenho, o incremento da prestação de contas, o aprimoramento da gestão, a melhoria da assistência e a maior inserção dos hospitais de ensino na rede de serviços de saúde, no âmbito do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no Sistema Único de Saúde/SUS, fornecendo ainda contribuições para o aperfeiçoamento dos processos de contratualização dos hospitais de ensino no país, assim como para outras práticas de contratualização de serviços de saúde.

Como objetivos específicos enumeraram-se: (1) identificar mecanismos indutores de inserção do hospital na rede e sua relação com a contratualização; (2) identificar a presença de estruturas e práticas qualificadoras da assistência e da gestão no hospital e sua relação com a contratualização; (3) identificar alterações na produção de atividades e de alguns indicadores de desempenho no hospital e sua relação com a contratualização; (4) caracterizar o processo de contratualização entre secretarias e hospitais considerando as recomendações do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no Sistema Único de Saúde/SUS; e (5) identificar os aspectos facilitadores, as dificuldades, os benefícios e finalmente sistematizar as proposições de ajustes à contratualização.

Não se constituiu em objetivo, qualquer avaliação quanto às atividades de ensino, de educação permanente, de formação profissional, de pesquisa e de avaliação tecnológica em saúde, as quais se constituem também em diretrizes do referido Programa.

2.2. Métodos

2.2.1. Estratégia do estudo

Do ponto de vista teórico, utilizou-se as formulações da *Teoria da Agência* para a discussão sobre a razão de utilização da lógica contratual no âmbito das relações organizacionais. Foram ainda consideradas algumas teorias organizacionais que apresentam de forma mais ou menos explícita modelos gerenciais, dentre elas, a contribuição de Henry Mintzberg que trata das especificidades das organizações hospitalares consideradas como *Organizações Profissionais* e se suas implicações para a gestão, e a de Carlos Matus que a partir da *Teoria das Macroorganizações* apresenta um conjunto de elementos a compor um sistema de direção focado de forma explícita no desempenho organizacional. Como desenhar sistemas de direção com foco no desempenho, usando o arranjo contratual, considerando as características das organizações hospitalares e uma cultura de baixa responsabilização sobre o desempenho é o que se procura discutir articulando as contribuições teóricas referidas.

Foi realizada uma revisão bibliográfica não sistemática de artigos e relatórios de organismos internacionais (World Bank, World Health Organization/WHO, Organization for Economic Co-operation and Development/OECD, European Observatory on Health Systems and Policies, etc) sobre o uso de arranjos contratuais nos sistemas e serviços de saúde com ênfase na área hospitalar. Foram consultadas as bases de dados LILACS, MEDLINE, SCIELO, utilizando-se como palavras chave de busca os termos: *contracting, contracting management, contracting health systems, contracting hospitals; purchase-provider split, contratualização, contratos, contrato e hospital, contrato e desempenho e contrato de gestão.*

Tendo em vista que a contratualização inserida no Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino não sofreu, até o momento, uma avaliação sobre seus resultados de forma mais sistemática e abrangente e que ainda é cedo para se obter resultados mais conclusivos sobre seu impacto no desempenho dos hospitais ou mesmo na qualificação gerencial e assistencial, o caráter do estudo foi exploratório.

Utilizou-se como estratégia de pesquisa o estudo de caso, recomendado dentre outras situações para os “*estudos organizacionais e gerenciais*”. Constitui-se em uma “*maneira de se investigar um tópico empírico seguindo-se um conjunto de procedimentos pré-especificados.*” O estudo de caso seria preferencialmente utilizado quando a questão de pesquisa visa a identificar o “*como*” e o “*por que*”; quando não há controle do pesquisador sobre os eventos comportamentais específicos e

concomitantemente se pretende focalizar acontecimentos contemporâneos (Yin, 2001; Junior & Elias, 2006). O estudo de caso pode lidar com uma grande variedade de evidências dentre outros, com documentos, entrevistas e observação direta.

Os estudos de caso teriam utilidade nas pesquisas de avaliação com algumas possíveis aplicações. Primeiramente para explicar as relações causais em intervenções da vida real que são complexas em demasia para utilização de outras estratégias de pesquisa como o levantamento e o experimento. Outras indicações seriam para descrever uma intervenção e o contexto real em que ocorre; para ilustrar certos tópicos de uma avaliação; ou ainda, para explorar uma intervenção que não apresenta um conjunto simples e claro de resultados (Yin, 2001).

Nesse sentido, alguns estudos realizados sobre arranjos contratuais em serviços de saúde sugerem que fatores individuais podem ter importante papel na determinação do desempenho de prestadores que possuem estruturas e incentivos organizacionais semelhantes. Recomendam por isso, o desenvolvimento de estudos de caso que possam identificar os fatores que poderiam ser responsáveis pelas variações de desempenho e suas implicações para os conteúdos dos contratos (Mathonnat, 2006).

É nessa perspectiva que este estudo pretende contribuir, descrevendo e analisando a implementação dos arranjos contratuais em alguns hospitais tendo em vista identificar diferentes particularidades de sua implementação e se sua utilização teve implicações no desempenho, na estruturação da gestão e da assistência dos hospitais de ensino estudados.

2.2.2. Seleção dos casos

Foram incluídos quatro casos de contratualização, constituídos pelas duas partes da relação contratual, a secretaria contratante e o hospital de ensino contratado. O principal critério de inclusão utilizado foi o grau de estruturação da experiência de contratualização a partir da percepção da Coordenação-Geral da Atenção Hospitalar do Departamento de Atenção Especializada da Secretaria de Atenção a Saúde do Ministério da Saúde (DAE/SAS/MS).

A Coordenação constitui-se em observador e informante privilegiado dado o seu papel protagonista na formulação, na implementação e no acompanhamento do

Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino e do processo de contratualização. Esta condição lhe possibilitou identificar os casos no âmbito das diversas experiências de contratualização no país, que poderiam ser enquadrados como mais e menos estruturados no que se refere à contratualização.

Mais um elemento considerado na seleção foi o tempo desde o estabelecimento da primeira contratualização, por ocasião da inserção do hospital no referido Programa, até o momento da realização das entrevistas. Era desejado que um tempo maior tivesse transcorrido para que os entrevistados pudessem ter uma percepção mais amadurecida do processo de contratualização e para que resultados sobre seu impacto no desempenho, na gestão e na assistência pudessem ser mais bem observados. Dos quatro hospitais selecionados, dois foram contratualizados pelas suas secretarias de saúde no final de 2004 e os outros dois, no primeiro semestre de 2005.

Um caso está localizado na região sul e os três restantes na região sudeste. Três estavam contratualizados pelas respectivas secretarias municipais de saúde, um pela secretaria estadual de saúde.

2.2.3. Informantes-chave

Foram realizadas ao todo onze (11) entrevistas. A primeira entrevista foi com o dirigente da Coordenação Geral da Atenção Hospitalar DAE/SAS/MS pelas razões já apresentadas.

Pelo lado contratante (secretarias) foram entrevistados ao todo cinco dirigentes: quatro dirigentes de três Secretarias Municipais de Saúde, respectivamente o Assessor-chefe da Assessoria de Planejamento em Saúde, o Subchefe da Superintendência de Regulação do SUS, o Diretor do Centro de Controle, Avaliação e Auditoria e o Coordenador da Coordenação de Acompanhamentos dos Hospitais de Ensino, os dois últimos de uma mesma secretaria. Ainda pelo lado contratante, foi entrevistado o Assessor-chefe da Assessoria específica para os hospitais de ensino de uma Secretaria Estadual de Saúde.

Pelo lado do contratado (hospitais) foram entrevistados ao todo cinco dirigentes: o diretor geral, o assessor de planejamento, o diretor da divisão de saúde da comunidade, o chefe de gabinete da superintendência geral e o responsável pelo

acompanhamento dos convênios do Núcleo Econômico- Financeiro, os dois últimos de um mesmo hospital.

2.2.4. Coleta dos dados

Foram utilizados os dados do cadastro dos hospitais de ensino contratualizados do MS, atualizado em 12/01/2009, e os dados de produção de procedimentos dos sistemas oficiais de informação ambulatorial e de internação do DATASUS/MS relativos aos anos de 2004 e 2007, ambos fornecidos pela CGAH/DAE/SAS/MS.

Foram também utilizados dados do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde /CNES do Ministério da Saúde, relativos à última atualização realizada pelos os hospitais, em abril de 2009.

Condizente com os objetivos colocados, que se restringem ao âmbito da assistência e da gestão, os instrumentos de coleta de dados utilizados somente consideraram os âmbitos mencionados. Não foram abordadas outras dimensões contidas no Programas de Reestruturação dos Hospitais de Ensino (ensino, pesquisa e avaliação tecnológica em saúde) para as quais há também diretrizes.

Também não foram solicitados e considerados os contratos/convênios e respectivos Planos Operativos Anuais (POA) dos hospitais.

Foram elaborados três questionários que serviram de roteiro para as entrevistas com os dirigentes dos Hospitais de Ensino (Anexo 1), das Secretarias de Saúde (Anexo 2) e do Ministério da Saúde (Anexo 3).

O questionário do dirigente do hospital foi estruturado em grande parte com perguntas com alternativas fechadas de respostas e outra parte com questões abertas, onde os dirigentes emitiram livremente, a partir de perguntas pré-definidas, sua opinião sobre o processo de contratualização.

As questões fechadas trataram de caracterizar o hospital em termos de vinculação à esfera administrativa, natureza jurídico-administrativa, localização geográfica, porte, complexidade assistencial, produção assistencial, inserção na rede de serviços e práticas e estruturas existentes de gestão e da assistência e sua relação com a contratualização.

As práticas e estruturas de gestão e da assistência consideradas no questionário foram extraídas das diretrizes de atenção e de gestão hospitalar do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino e de um sistema de classificação do desenvolvimento gerencial aplicado em estudo sobre os hospitais filantrópicos no Brasil. Deste sistema foram retiradas algumas estruturas qualificadoras da gestão dos serviços técnicos, da direção e planejamento, dos recursos humanos, da logística e de tecnologia de informações (Lima et al., 2004).

A estruturação da contratualização foi considerada a partir das recomendações contidas no Programa de Reestruturação e de algumas variáveis selecionadas durante as entrevistas com os dirigentes.

As questões abertas do questionário do dirigente do hospital trataram da avaliação da contratualização, identificando, a partir de sua percepção, dentre outras questões, os principais aspectos facilitadores, as dificuldades enfrentadas, os benefícios advindos, sendo ou não diretrizes do Programa de Reestruturação, e os ajustes sugeridos para o aprimoramento da contratualização.

Os questionários do dirigente do MS e dos dirigentes das secretarias, estruturados somente com questões abertas, trataram basicamente da avaliação da contratualização, tendo o mesmo conteúdo das que compuseram o questionário do dirigente do hospital anteriormente descrito. O Ministério da Saúde e algumas secretarias não se restringiram a responder as questões dos questionários e deram informações adicionais.

As entrevistas foram realizadas entre o período de março a outubro de 2008. Uma das entrevistas nos hospitais, por sugestão de seu dirigente, foi complementada por outro profissional do mesmo hospital em março de 2009.

2.2.5. Tratamento dos dados

Algumas questões em especial do questionário do dirigente hospitalar foram desconsideradas grandemente em função da ausência de dados financeiros ou mesmo de produção (somente um hospital forneceu todos os dados solicitados).

Após a digitação das entrevistas, o material foi encaminhado para os entrevistados para sua apreciação, os quais confirmaram as informações prestadas,

fizeram correções e/ou complementações. Todos efetuaram a revisão especialmente das questões abertas, exceto um dirigente de um dos hospitais.

As respostas às questões abertas sobre a avaliação da contratualização dos questionários dos dirigentes de hospitais, das secretarias e do MS estão apresentadas na íntegra no *Relato das questões abertas das entrevistas*, no Anexo 4. Os resultados das entrevistas estão apresentados no capítulo 7.

Para análise, as questões abertas dos questionários relacionadas à avaliação da contratualização foram agrupadas segundo similaridade de conteúdo tendo como referências os obstáculos, os benefícios e as recomendações identificadas na literatura internacional sobre o uso de arranjos contratuais.

Para evitar a identificação das unidades hospitalares e secretarias respondentes, os resultados são apresentados sem a nomeação do hospital, município ou estado. Por esta razão, as secretarias de saúde e seus hospitais estão identificadas pelo mesmo número (1 a 4) atribuído à secretaria e ao hospital por ela contratualizado. Constituem-se nos quatro casos estudados os binômios: o Hospital de Ensino 1 (HE1) e a Secretaria Municipal de Saúde 1(SMS1), o Hospital de Ensino 2 (HE2) e a Secretaria Estadual de Saúde 2(SES2), o Hospital de Ensino 3(HE3) e a Secretaria Municipal de Saúde 3(SMS3) e o Hospital de Ensino 4(HE4) e a Secretaria Municipal de Saúde 4(SMS4).

2.2.6. Aspectos éticos

Em relação aos aspectos éticos do estudo, o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública, conforme parecer nº 0006.0.031.000-8, a participação dos hospitais e secretaria foi voluntária, tendo seus dirigentes assinado uma autorização formal de participação e termo de consentimento esclarecendo os objetivos da pesquisa, os riscos e benefícios em participar.

3. Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no Sistema Único de Saúde/SUS

Em 2004, a Coordenação-Geral da Atenção Hospitalar (CGAT) do Departamento de Atenção Especializada (DAE) da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde (MS) a partir de diagnóstico acerca dos principais problemas e insuficiências da atenção hospitalar do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, elaborou uma política hospitalar, consubstanciada em um conjunto de programas, que visava à reestruturação do setor.

Eram então identificados os seguintes problemas: (1) distribuição irracional de leitos, com excesso em algumas regiões e carências em outras; (2) baixa capacidade de gestão das instâncias governamentais e dos hospitais; (3) mecanismos de repasse de recursos financeiros inadequados e mecanismos de auditoria, controle e avaliação do uso dos recursos insuficientes; (4) insuficiente inserção e integração, além de indefinição do papel dos hospitais na rede de serviços; e (5) incipiente monitoramento sobre o volume e a qualidade dos serviços prestados (Brasil, 2004a).

A política hospitalar formulada tinha como eixos norteadores, a garantia de acesso com ampliação da cobertura, a melhoria da qualidade dos serviços ofertados, a humanização da atenção, a inserção dos hospitais na rede, a descentralização e hierarquização com fortalecimento dos gestores locais e a democratização da gestão. Preconizava, dentre outros mecanismos e práticas, o uso da lógica contratual para assegurar as diretrizes colocadas e contribuir para a resolução dos problemas então identificados (Brasil, 2004a).

Considerando especificamente os hospitais de ensino, foi constituída em 2003, uma Comissão Interinstitucional, composta por representantes dos Ministérios da Saúde, da Educação, da Ciência e Tecnologia e do Planejamento, do Orçamento e Gestão, de associações de instituições de ensino superior, de hospitais, de categorias profissionais, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS), do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), dos docentes e dos alunos com o objetivo de elaborar um diagnóstico e apresentar soluções para os problemas identificados.

Com base no trabalho da Comissão foi elaborado um programa de reestruturação dos hospitais de ensino desmembrado para dois segmentos do setor: o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no Sistema Único de Saúde/SUS (Brasil, 2004c) envolvendo exclusivamente os hospitais das instituições federais de ensino superior, e o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no SUS (Brasil, 2004d), destinado aos demais hospitais de ensino de natureza pública ou privada .

O Programa, tendo em vista as necessidades e demandas do SUS, pretende que os hospitais de ensino, sendo ou não do MEC, desenvolvam ações de aperfeiçoamento e melhoria nos campos da assistência, da gestão, do ensino, da pesquisa e da avaliação tecnológica em saúde, considerados pelo MS e pelo MEC como estratégicos, interligados e interdependentes.

No campo da assistência, destacam-se dentre outras, as seguintes ações: integrar o hospital na rede, inserindo-o no sistema de urgência e emergência, garantindo o acesso e a atenção integral, além de assegurar a referência e contra-referência; manter sob regulação do gestor local do SUS, a totalidade dos serviços contratados e a abertura de novos serviços; assegurar ajustes na oferta de serviços tendo em vista a demanda, especialmente para as ações de média e alta complexidade, redirecionando as ações básicas para a rede básica; aplicar as recomendações da Política Nacional de Humanização; elaborar protocolos clínicos, técnicos assistenciais e operacionais para apoiar as ações desenvolvidas na rede de serviços do SUS; estabelecer relações de cooperação no campo da atenção e da docência com os diferentes serviços do SUS; diversificar as tecnologias de cuidado, com o objetivo de reduzir o tempo de internação (hospital dia, atenção domiciliar, cirurgia ambulatorial); desenvolver atividades de vigilância epidemiológica, hemovigilância, farmacovigilância e tecnovigilância em saúde; constituir comissões de ética em pesquisa, de documentação médica, de revisão de óbitos e outras. Algumas destas ações, já eram exigências para a certificação, como as relacionadas às atividades de vigilância e às de constituição e funcionamento de comissões obrigatórias (Brasil, 2004b; Brasil, 2004c; Brasil, 2004d; Brasil, 2007)

No campo da gestão, enumeram-se as seguintes ações: democratizar a gestão interna com ampliação do controle social; elaborar plano diretor de forma

participativa e instituir a prática de planejamento hospitalar nas equipes multiprofissionais; utilizar ferramentas gerenciais que concorram para horizontalização da gestão e para qualificação gerencial, incluindo a incorporação de sistemas de avaliação de custos e da satisfação dos usuários; manter o equilíbrio econômico-financeiro do convênio, a regularidade do pagamento integral e a termo da contraprestação, assegurando transparência e acesso às planilhas financeiras e de custos; garantir a continuidade da atenção independentemente do desenvolvimento das atividades de ensino; aplicar integralmente os recursos financeiros provenientes do SUS no hospital; disponibilizar, em até quatro anos, 100% dos leitos ativos para o SUS; alimentar regularmente os Sistemas de Informações dos Ministérios da Saúde e de Educação; definir os investimentos de forma condicionada à aprovação da Comissão Intergestores Bipartites (CIB); estabelecer mecanismos de acompanhamento e avaliação com definição de indicadores integrados a instrumento jurídico; e outros pactos que as partes julguem importantes (Brasil, 2004b; Brasil, 2004c; Brasil, 2004d).

De forma mais genérica, são também preconizadas ações no campo do ensino: integrar o Pólo de Educação Permanente em Saúde; elaborar e implantar a Política de Educação Permanente para os profissionais da rede; desenvolver ações de Educação Permanente para os profissionais do hospital; e participar de iniciativas que promovam o desenvolvimento dos profissionais da rede (Brasil, 2004; Brasil, 2004 d).

Por fim, no campo da pesquisa e da avaliação tecnológica em saúde, também de forma pouco específica, são referidas as ações: elaborar projetos de pesquisa em parceria com o gestor do SUS; desenvolver tecnologias de saúde e de gestão; desenvolver avaliação tecnológica em saúde (ATS) e formular diretrizes para incorporação e gestão de tecnologias em saúde (Brasil, 2004c; Brasil, 2004d).

O Programa, em vigência, tem duas importantes inovações como estratégias de sustentação e estruturação: a certificação e a contratualização dos hospitais de ensino.

A certificação, definida como competência conjunta do MEC e do MS, estabelece critérios claros e precisos para o hospital ser considerado de ensino. Obrigatoriamente devem ser cumpridas dezessete exigências nos campos da assistência, gestão, ensino e pesquisa, a serem verificadas e avaliadas no local pela Comissão de Certificação. Uma vez certificados, através de Portaria Interministerial

MS/MEC, os hospitais poderiam, exclusivamente por decisão do gestor local, municipal ou estadual, responsável pela rede hospitalar, ingressar no Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino. Recentemente, em 2007 houve uma reedição portaria de certificação revisando algumas exigências (Brasil, 2004b; Brasil, 2007).

Até então, hospitais de ensino eram aqueles que funcionavam regularmente há mais de cinco anos, que pertenciam ao Sistema Integrado de Procedimentos de Alta Complexidade (Sipac) do MS e que recebiam um adicional de recursos denominado de Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa Universitária em Saúde (Fideps), cujo repasse estaria condicionado a um contrato de metas entre o gestor estadual ou municipal e o hospital. Entre outras condições contratuais, deveria constar a ampliação da cooperação entre o hospital e a rede serviços e a institucionalização das atividades de ensino e de pesquisa. Entretanto, os critérios estabelecidos foram insuficientes e/ou foram indiscriminadamente aplicados, resultando em inclusões e exclusões inadequadas de hospitais no programa de incentivo Fideps (Brasil, 1991; Brasil, 2004a).

A adesão dos hospitais ao Programa de Reestruturação é voluntária, entretanto para ingressar, obrigatoriamente precisam ser certificados como hospitais de ensino por uma comissão constituída, especificamente para esta finalidade, por técnicos com reconhecida experiência na área hospitalar, indicados de forma paritária pelos Ministérios da Saúde e da Educação.

Além da certificação, outra condição obrigatória e condicionante para o ingresso no programa é o estabelecimento da contratualização entre secretaria municipal e/ou estadual, gestora plena da rede, e o hospital, processo que possibilita a vinculação da alocação de recursos financeiros ao desempenho pré-acordado e à prestação de contas, o que se constitui em mais uma importante inovação do Programa.

O termo contratualização é utilizado pelo MS para identificar o processo de contratação dos hospitais pelas secretarias de saúde no qual deveriam ser negociados e definidos as condições e exigências para cada uma das partes envolvidas, o montante de recursos envolvidos e seus critérios de repasse, o plano de atividades a ser desenvolvido pelo hospital no período, denominado de Plano Operativo Anual (POA)

e seus respectivos indicadores de monitoramento e os mecanismos de avaliação e acompanhamento dos referidos contrato e plano.

A contratualização é o “meio pelo qual as partes, o representante legal do hospital de ensino e o gestor local do SUS, estabelecem metas quantitativas e qualitativas do processo de atenção à saúde, de ensino e pesquisa e de gestão hospitalar que deverão ser acompanhadas pelo Conselho Gestor da Instituição ou pela Comissão Permanente de Acompanhamento de Contrato (Brasil, 2004c; Brasil, 2004d)

A contratualização constitui-se na ferramenta de compromisso entre hospitais e secretarias em relação às diretrizes colocadas no Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino nos campos da assistência, da gestão, do ensino, da pesquisa e da avaliação tecnológica em saúde.

Enquanto a certificação é solicitada pelo hospital, e, portanto, uma decisão de âmbito do dirigente hospitalar, a contratualização é uma prerrogativa do gestor local, cabendo a ele solicitar ou não ao MS, o ingresso do hospital no referido programa de reestruturação. Ressalta-se, a obrigatoriedade da certificação e da contratualização, sendo a primeira, pré-requisito para a segunda, para que o hospital de ensino possa ingressar no Programa.

A política hospitalar pretende assim introduzir, critérios claros de regulação e de organização deste segmento. A partir de então, só são considerados hospitais de ensino aqueles que obtiveram a certificação do MS e do MEC, a qual precisa ser renovada a cada dois anos, e só ingressam no Programa de Reestruturação, os hospitais indicados pelo gestor municipal ou estadual mediante assinatura de convênio/ contrato.

A política hospitalar reforça desta forma, as funções intransferíveis das secretarias como gestoras da rede de atenção - planejar, controlar, avaliar e regular os prestadores de serviços – reconhecendo seu papel protagonista não apenas como gestora da rede, mas porque atribui a elas, a decisão de inclusão do hospital no referido Programa. Pelo lado dos hospitais, os induz também a planejar, monitorar e avaliar seu desempenho. Adicionalmente, pretende induzir ao estabelecimento de relações de negociação e de cooperação entre secretarias e hospitais, uma vez que

ambos são responsáveis pela definição, monitoramento e avaliação das metas e indicadores do POA que condicionam o repasse de recursos financeiros (Reis & Cecílio, 2009).

Era esperado que a contratualização fosse capaz de induzir e promover o desenvolvimento e a qualificação assistencial, da gestão, do ensino, da pesquisa e da avaliação tecnológica dos hospitais de ensino, de forma integrada às necessidades da rede de atenção do SUS.

A contratualização é formalizada através de um documento, denominado de convênio e/ou contrato, vinculando as duas partes, as secretarias e os hospitais, através de uma relação contratual, onde o contratante, em acordo com o contratado, especifica a abrangência e o volume dos serviços, assim como o desempenho desejado, metas e indicadores de eficiência e qualidade, para as diferentes áreas de atuação do hospital, vinculando o repasse de recursos ao desempenho definido. Este instrumento materializa e formaliza um processo de compra ativa, ao menos em tese, de serviços a serem prestados pelos hospitais às secretarias.

A fim de subsidiar e apoiar o processo, o Ministério da Saúde produziu minutas de convênio/contrato e de Plano Operativo Anual (POA) que efetivamente foram utilizadas como base e instrutivo para a negociação e elaboração do primeiro convênio/contrato e POA pelas partes envolvidas.

Os convênios/contratos devem conter, dentre outras, cláusulas relativas: aos encargos comuns e específicos das partes; ao objeto da contratação detalhado em Plano Operativo Anual (POA); aos recursos financeiros necessários a sua operacionalização e critérios de repasse; aos instrumentos e mecanismos de controle e avaliação; às condições de renovação, de alteração e de rescisão; à duração e às penalidades.

O POA, por sua vez, deve apresentar detalhadamente “o como fazer” para alcançar os objetivos colocados nos campos da assistência, da gestão, do ensino, da pesquisa e da avaliação tecnológica. Expressa o que a Secretaria compra do hospital e o que ele se compromete em oferecer. Nele são apresentados todos os serviços disponibilizados para a rede, a estrutura tecnológica e a capacidade instalada do hospital. Além disso, constam as metas e indicadores de produção assistencial

(internações, consultas ambulatoriais, atendimentos de urgência e emergência e dos serviços de apoio ao diagnóstico e tratamento); de inserção na rede; de qualificação da assistência; de aperfeiçoamento da gestão; de atuação no ensino, na formação e na educação permanente dos profissionais do hospital e da rede; e de desenvolvimento de pesquisa e de avaliação tecnológica em saúde.

O POA, com suas metas e indicadores, e o Convênio/Contrato devem ser monitorados e avaliados por uma Comissão de Acompanhamento de Convênios/Contratos, constituída pelo Secretário de Saúde, com representação da Secretaria, do hospital, da comunidade acadêmica e dos usuários, sob a coordenação da primeira, a qual deve se reunir ao menos uma vez ao mês para tal finalidade.

Os convênios/contratos têm duração de cinco anos, com renovação e repactuação do POA a cada ano. Além disso, desde que acordado entre as partes, o convênio e o POA podem ser revistos a qualquer momento através de Termo Aditivo.

A política hospitalar, ao mesmo tempo em que impõe condições obrigatórias - a certificação e a contratualização - para os hospitais ingressarem no programa, oferece estímulos para que eles queiram ingressar.

Ao ingressarem no Programa, os hospitais, além dos recursos previstos no convênio/contrato para sua operacionalização, recebem um recurso adicional denominado de incentivo à contratualização (IAC). O MS destinou em 2004, no início do Programa o montante de 150 milhões de reais como IAC, o qual parece ter funcionado como estímulo à adesão, pois em outubro de 2004, 180 hospitais já haviam solicitado a certificação, dos quais 164, com documentação exigida encaminhada, aguardavam a visita da comissão de certificação (Brasil, 2004a).

Em março de 2009, o MS registrava 222 hospitais solicitantes de certificação, dos quais 151 certificados, constituindo assim o universo de hospitais de ensino legal e formalmente reconhecido pelo MS e MEC. Dos certificados, 135 estavam contratualizados através de portarias específicas, com um aporte para o ano corrente, a título de incentivo à contratualização (IAC), no valor de trezentos e cinquenta oito milhões e cem mil reais (R\$358.100.000,00).

Outro incentivo ao ingresso no Programa de Reestruturação é a mudança na forma de estimar e de alocar os recursos de custeio dos hospitais. Até então, os

hospitais de ensino não conheciam de forma prévia o montante de recursos advindos do MS para seu custeio, pois recebiam após e de acordo com a produção realizada com base em uma tabela de procedimentos precificada. A modalidade predominante de repasse dos recursos era por procedimento e de forma retrospectiva. Além disso, recebiam de forma fragmentada, outros recursos vinculados a programas e incentivos já existentes que foram instituídos como aportes adicionais para os hospitais de ensino.

Uma vez inseridos no Programa, passam a ter o que o Ministério denomina de “*orçamentação mista*”, conhecendo previamente ao menos parte de seus recursos de custeio, os relacionados aos procedimentos de média complexidade. Os procedimentos de alta complexidade e os denominados procedimentos estratégicos (FAEC) continuam sendo pagos após e de acordo com a produção realizada, configurando assim um montante variável, embora com limites físicos e orçamentários pré-definidos.

Os procedimentos de média complexidade passam a ser custeados por um orçamento global fixo pré-estabelecido, resultante do somatório dos seguintes componentes: uma estimativa de recursos calculada com base na produção histórica da média complexidade (físico-financeira) dos últimos 12 meses, ajustada às necessidades definidas pela Secretaria; os recursos até então alocados como Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa (FIDEPS); os recursos advindos do Programa Interministerial de Reforço e Manutenção dos Hospitais Universitários; os recursos relativos ao incentivo de custeio repassado de forma destacada; e outros recursos adicionais desde que justificados pelo gestor e aprovados pelo MS (Brasil, 2004c; Brasil, 2004d; Brasil, Brasil, 2004e; Brasil, 2004f).

Os Hospitais de Ensino passam a receber recursos através de uma nova modalidade de orçamento global e prospectivo, relativo aos procedimentos de média complexidade, subdividido em um componente fixo e outro variável diretamente vinculado ao desempenho, mantendo, entretanto a antiga modalidade que até então prevalecia, de pagamento retrospectivo e variável, segundo o procedimento realizado, exclusivamente para os procedimentos de alta complexidade e estratégicos.

De acordo com as Portarias específicas, o MS preconiza que os referidos componentes, fixo e variável, do orçamento global devem corresponder

respectivamente a 85% e a 15%. O repasse da parte fixa (85%) deve ser realizado através de pagamentos mensais, de forma automática e independente de qualquer avaliação prévia. Já o repasse da parte variável (15%) deve ser realizado conforme avaliação do desempenho baseada em trinta indicadores, cada um com parâmetro estabelecido e pontuação definida, totalizando 32 pontos (Brasil, 2004e; Brasil, 2004f).

A planilha de avaliação de desempenho institucional proposta pelo MS prevê indicadores de inserção do hospital na rede (% de leitos destinados ao SUS, etc.), de incremento da produção da média e alta complexidade, (% procedimentos e de internações de MC e de AC, etc.), de produtividade (TMP, TO, etc.), de ensino (nº de cursos de graduação, de programas e vagas em residência médica, etc.) e de educação permanente interna e para a rede (Brasil, 2004e; Brasil, 2004f).

Os hospitais que alcançarem de 91 a 100% da pontuação total recebem 100% dos recursos associados à avaliação do desempenho (parte variável que corresponde a 15% do orçamento global da média complexidade). Faixas de desempenho foram construídas de forma que os hospitais que alcançarem 50% ou menos da pontuação total, recebem somente 50% dos recursos condicionados à avaliação (Brasil, 2004e; Brasil, 2004f) (Quadro 1).

Quadro 1. Faixa de Desempenho e Percentual de Recursos da Parte Variável

Faixa de desempenho (%)	Percentual de Recursos da Parte Variável (%)
Até 50	50
51- 75	75
76-90	90
91-100	100

Fonte: Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº. 2.352/GM, 26/10/ 2004, p. 2.

É previsto que, por ocasião da renovação do POA, haja uma repactuação entre hospital e secretaria de metas, indicadores e também dos percentuais destinados ao repasse da parte fixa e variável de forma a que o componente variável seja gradativamente aumentado até 50% dos recursos da orçamentação global (Portaria nº 1702/GM, 2004).

Importante inovação na política hospitalar reside na modelagem dos incentivos que se articula a algumas condições compulsórias. Primeiramente o incentivo à contratualização (IAC) que induz os hospitais a quererem aderir ao Programa, já que

seu ingresso não é obrigatório. Mas não é suficiente querer aderir. Duas pré-condições obrigatórias são colocadas: a certificação que se constitui em estímulo à qualificação assistencial, gerencial e do ensino; e a solicitação da secretaria ao Ministério da Saúde para o hospital ingressar, que induz ao estabelecimento de relações cooperativas entre hospital e secretaria, reconhecendo o papel protagonista que esta exerce como gestora da rede de serviços, pois é ela quem em última instância, com sua solicitação, define o ingresso do hospital no Programa.

Cumpridas estas etapas, o ingresso no Programa impõe a contratualização entre hospital e secretaria, o que novamente os induz a estabelecer relações contínuas e cooperativas.

Outro importante incentivo à adesão e à permanência dos hospitais no Programa é a possibilidade de receberem ao menos parte de seus recursos em bloco e de forma antecipada à produção de atividades. Por fim, além da indução à adesão e à permanência há o incentivo à melhoria do desempenho – o repasse de parte dos recursos diretamente proporcional ao cumprimento de metas e indicadores estabelecidos e acordados entre as partes contratantes.

4. Considerações teóricas

Há uma constatação e suposição subjacentes ao objetivo do estudo igualmente colocados no Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino. Considera-se haver um limitado desempenho desses hospitais frente às demandas do SUS e espera-se que a sua superação pode ser alcançada através do uso dos arranjos contratuais.

O desafio teórico que se busca enfrentar encontra-se na interlocução de três dimensões: o conhecimento e as razões que embasam o uso dos arranjos contratuais e os dispositivos a eles associados; a natureza do trabalho e as decorrentes dificuldades de coordenação e gestão de uma organização hospitalar profissional; e as interfaces estabelecidas e ajustes necessários aos arranjos contratuais como componentes de sistema de direção de organizações profissionais.

Para a discussão de arranjos contratuais em organizações trabalha-se com as formulações da Teoria da Agência. Os arranjos contratuais, por ela propostos, se inserem em contextos de assimetrias de informação e por conseqüência de assimetria de poder. Em contextos desta natureza, os arranjos contratuais pretendem a melhoria do desempenho organizacional através do incremento da prestação de contas e do uso de um sistema de incentivos.

No entanto, a introdução dos arranjos contratuais não se dá igualmente em qualquer contexto organizacional. Para a discussão das possibilidades e limites dos arranjos contratuais em organizações hospitalares, é necessário compreender, as especificidades presentes no contexto das organizações profissionais, tais como a complexidade do trabalho, a dificuldade de estabelecimento de padrões, a autonomia e concentração de poder do profissional, e em especial a dificuldade de coordenação, dentre outras. Para esta compreensão utilizam-se os subsídios nas conceituações de Henry Mintzberg sobre as “*Organizações Profissionais*”.

Por fim, são consideradas as formulações de Carlos Matus sobre as regras de funcionamento das organizações em geral e o sistema de direção que delas derivam. Para este autor, um dos aspectos centrais para o adequado desempenho de uma organização é a operação de um sistema de cobrança e prestação de contas, garantida

pela capacidade de governo compreendida como o conjunto de conhecimentos, técnicas e habilidades detidas por seus dirigentes e pela organização como um todo.

Pretende-se uma articulação da Teoria da Agência com as formulações de Matus e as de Mintzberg. Constituem-se como um dos eixos estruturantes da lógica contratual um sistema prestação de contas sobre o desempenho associado a um sistema de incentivos. Estes são também as bases constitutivas do sistema de direção de Matus. Mintzberg, entretanto, acrescenta, enriquece e oferece importantes balizadores e condicionadores para a conformação de sistemas de direção e para a aplicação dos arranjos contratuais em organizações hospitalares, que se considerados podem minimizar as resistências, contribuindo para seu uso potencial e em última instância, para alcançar os propósitos de sua utilização – melhorar o desempenho e a prática de prestação de contas dos serviços e sistemas de saúde.

Em síntese o desafio teórico a ser enfrentado é como desenhar sistemas de direção com foco no desempenho, usando o arranjo contratual e considerando as especificidades das organizações profissionais

Alguns pressupostos estão subjacentes e são mutuamente dependentes, estabelecendo entre si uma relação circular. Os mecanismos e práticas de prestação de contas são condições *sine qua non* para a melhoria do desempenho das organizações hospitalares. Constituem-se em *formas organizativas* cujo funcionamento adequado é condicionado pela estruturação técnico-gerencial e pelas *práticas de trabalho*, estas últimas dependentes da cultura vigente na organização.

Como o desempenho é centralmente condicionado pelas práticas dos profissionais, mudanças no desempenho organizacional implicam em mudanças nas referidas práticas de trabalho. Não é simples promover mudanças nas práticas de trabalho já arraigadas. Reconhece-se que para tanto é necessário por um lado, impactar as estruturas mentais, alterando a cultura vigente, mas por outro se admite também que novas formas organizativas como os contratos e os incentivos podem promover maior prestação de contas e induzir ao alcance da melhoria de desempenho pretendida. Adiciona-se como estratégia tanto para mudar a cultura, quanto para implementar novas formas organizativas e práticas de trabalho, o aprimoramento da capacidade de governo, aqui compreendida como desenvolvimento profissional e organizacional.

Os arranjos contratuais podem viabilizar a articulação dessas condições. Expressam fortemente a prestação de contas sobre o desempenho, a ela associando incentivos. Sua implantação possibilita e demanda participação, exigindo muita negociação com todos os atores envolvidos, externos e internos, sobretudo com os profissionais, impondo ainda um desenvolvimento organizacional contínuo, os quais poderão contribuir para instituir uma cultura de prestação de contas e de responsabilização inclusive com o desempenho.

4.1. A Teoria da Agência e os arranjos contratuais

Nos processos de reforma de Estados e da administração pública foram revisadas algumas questões básicas que podem ser assim resumidas de forma esquemática: o que o Estado deve financiar e fazer, o que deve financiar e não fazer e o que não deve financiar e tampouco fazer. Estava em discussão o envolvimento do Estado na provisão direta de serviços e as possíveis alternativas institucionais que viabilizassem um novo padrão de interação entre Estado e sociedade. Adicionalmente e de forma consensual, as críticas se avolumavam quanto ao baixo desempenho e a insuficiente prestação de contas da administração pública (Kettl, 1998; Przeworski, 1998; Pereira, 1997) .

Várias escolas de pensamento se detiveram em dar respostas às questões mencionadas e em especial aos problemas de baixo desempenho e de insuficiente prestação de contas da administração pública. O neo-institucionalismo econômico é uma delas (Araújo & Sanchez, 2005).

Para analisar as transações sociais estabelecidas entre instituições e indivíduos, em situações de mercado e em contextos organizacionais e hierárquicos, públicos ou privados, o neo-institucionalismo econômico utiliza as ferramentas da economia e adota como estrutura de análise, um paradigma contratualista. As referidas transações são compreendidas como contratos entre as partes envolvidas, que possuem informação incompleta e diferente entre elas, e por isso atuam em contextos incertos. Por esta razão, os contratos se fazem necessários e os incentivos e controles são seus elementos chave (Araújo & Sanchez, 2005; Melo, 1996).

Para o neo-institucionalismo econômico, a qualidade do desempenho do Estado e da administração pública é diretamente dependente do desenho institucional, ou seja, do conjunto de regras formais e dos mecanismos, práticas de monitoramento e constrangimentos informais existentes, para assegurar o cumprimento daquelas regras, incluindo ainda, uma estrutura de incentivos que induza à produção de resultados desejados e racionais do ponto de vista coletivo (Melo 1996; Przeworski, 1998; Pereira, 1997).

Um adequado desenho institucional deve servir para “*superar os dilemas de ação coletiva*”, ou seja, para evitar ou ao menos minimizar situações nas quais os

indivíduos agem considerando exclusivamente seus próprios interesses, pois não têm incentivos para levar em conta os da coletividade. Nestes casos, o comportamento que prevalece é o não cooperativo e por isso não ocorre uma melhoria global para todos os indivíduos (Melo 1996; Przeworski, 1998; Pereira, 1997).

O arranjo institucional desejado é aquele que propicia a situação inversa, desincentivando a promoção do auto-interesse, assegurando uma melhoria das posições dos membros de uma comunidade. De acordo com Przeworski (1998), “*os agentes devem beneficiar-se quando se comportam a favorecer o interesse público e devem sofrer algum prejuízo quando não o fazem*”. Para tanto, é necessário construir um conjunto de regras e incentivos que induzam o engajamento daqueles membros em ações que promovam o interesse público aumentando os benefícios de soluções cooperativas (Melo, 1996; Przeworski, 1998; Pereira, 1997).

Tendo como referência a economia neoclássica para explicar o comportamento dos políticos e burocratas, o neo-institucionalismo econômico pressupõe que a política, assim como o mercado, constitui-se em um processo de trocas, e que os agentes políticos e burocratas se comportam como os agentes da esfera econômica, adotando um comportamento utilitário (Araújo & Sanchez, 2005).

Na visão neoclássica, os agentes econômicos comportam-se de forma racional, maximizadora e utilitária (*homem econômico*), o que se constituiria na força motriz dos mercados. O equilíbrio do sistema econômico e a eficiência geral seriam resultados desse comportamento auto-interessado e da busca incessante por lucros nas trocas estabelecidas entre os agentes no mercado, em um ambiente de concorrência perfeita (Araújo & Sanchez, 2005).

O agente econômico teria acesso irrestrito às informações e capacidade ilimitada de processar todas as informações para tomar a decisão mais racional no sentido de maximizar de modo consciente suas preferências. Pressupõe desta forma, a existência de mercados e agentes “ideais” - todos os agentes com informação e conhecimento completos sobre todas as alternativas de ação e suas conseqüências, com total capacidade para processar informações, estabelecendo relações horizontais e simétricas. No mercado “ideal” não haveria assimetria de informações entre os agentes que nele atuam (Araújo & Sanchez, 2005).

O neo-institucionalismo econômico considera essa explicação uma construção “ideal”, não encontrada na realidade, e não adequada para analisar as relações de troca que se dão no Estado entre os agentes públicos – políticos e burocratas (Araújo & Sanchez, 2005).

Mantendo a premissa do auto-interesse - a escolha dos agentes públicos não necessariamente se identifica com o bem comum, mas considera seus próprios interesses - o modelo de comportamento humano adotado pelos neo-institucionalistas econômicos admite que os agentes atuem em ambientes hierarquizados, onde há constrangimentos para suas escolhas. Na tomada de decisão, o tempo não é ilimitado, coexistem prioridades simultâneas, o conhecimento completo sobre as conseqüências das diferentes escolhas é inalcançável e a capacidade para processamento das informações é limitada (Araújo & Sanchez, 2005; Simon, 1979; Melo 1996).

Para atuar em um ambiente de incerteza e de informação incompleta o modelo de comportamento humano adequado seria o de *homem administrativo*, conceito desenvolvido por Herbert Simon (1979). O *homem administrativo*, assim como o *homem econômico*, possui uma razão instrumental e um comportamento auto-interessado, mas deste se diferencia pelas condições em que toma decisões. O *homem administrativo*, embora intencionalmente racional, toma decisões em condições de *racionalidade limitada* dados os constrangimentos anteriormente mencionados (Melo, 1996; Simon, 1979; Williamson, 2000).

A informação incompleta associada ao auto-interesse possibilita ao agente a utilização de assimetrias de informação em benefício próprio, introduzindo assim no modelo de comportamento humano mais uma variável, o oportunismo. O “*oportunismo é a busca do interesse próprio com dolo, no sentido de uma ação que prejudique a outra parte do contrato, o que não significa necessariamente quebra de contrato*” (Williamson, apud Araújo & Sanchez, 2005).

O comportamento oportunista tem como objetivo obter vantagens para o próprio agente explorando ou criando assimetrias de informação. Este novo modelo comportamental, do agente auto-interessado, com uma racionalidade limitada e com propensão a comportamentos oportunistas é denominado de *homem contratual* (Williamson, apud Araújo & Sanchez, 2005). O *homem contratual*, assim como o

administrativo, busca a *satisfação* dos seus próprios interesses, diferentemente do *homem econômico* que busca sua *maximização*. O *homem contratual* incorpora o auto-interesse presente nos modelos de *homem econômico* e *administrativo*, a racionalidade limitada do *homem administrativo*, porém deles se diferencia pela propensão ao *comportamento oportunista* (Simon, 1979; Araújo & Sanchez, 2005; Melo, 1996) (Quadro2).

Quadro 2. Modelos de comportamento do homem

Tipo de homem	Auto-interesses	Racionalidade	Assimetria de informação	Oportunismo
Econômico	Sim	Ilimitada	Não	Não
Administrativo	Sim	Limitada	Sim	Não
Contratual	Sim	Limitada	Sim	Sim

É o modelo de comportamento do *homem contratual* que informa a ferramenta analítica utilizada pelo neo-institucionalismo econômico denominada de Teoria da Agência. Nesta Teoria, as transações sociais estabelecidas, entre agentes auto-interessados, com racionalidade limitada e com propensão a comportamentos oportunistas, são consideradas como relações titular/agente ou principal/agente (*principal/agent*). O oportunismo é um conceito central para a análise das relações entre titular e agente (Melo, 1996).

Uma relação titular/agente ocorre quando um titular - indivíduo, grupo de indivíduos ou organização -, detentor de um poder específico, função de conhecimentos, recursos ou informação que possui, para realizar seus interesses e alcançar resultados desejados, depende que um agente - outro indivíduo, grupo de indivíduos ou organização -, também detentor de poder específico, realize tarefas pré-especificadas pelo primeiro. O agente possui poder derivado dos conhecimentos, recursos ou informação que detém e que são necessários às tarefas que o titular deseja que sejam realizadas. Ou seja, o titular não alcança os resultados desejados sozinho, sem a ação do agente. Para que isso ocorra, necessariamente o titular delega responsabilidades ao agente que age para atender às demandas do titular. O agente é contratado para atuar em defesa dos interesses do titular, porém ele, agente, tem também seus próprios interesses.

“*O agente sabe de coisas que o titular não sabe e faz coisas que o titular não vê*” (Przeworski, 1988).

A relação titular/agente pressupõe uma relação contratual mais ou menos formal – documentada ou não, mais ou menos flexível – que determina a atuação do agente e o desempenho esperado. Como o titular depende da atuação do agente para satisfazer seu objetivo, para assegurar que o agente atue de forma a alcançá-lo, deve especificar no contrato as ações a serem realizadas em termos quantitativos e qualitativos e os incentivos associados às referidas ações. Os incentivos, estímulos positivos (prêmios) ou negativos (punições) pretendem fazer com que o agente tenha interesse em agir de acordo com o desejado pelo titular. O incentivo precisa motivar o agente a alcançar o desempenho esperado.

Este é o grande problema para o titular: como induzir o agente a agir em seu interesse, considerando que este agente tem auto-interesses, possui informações e realiza ações que não são conhecidas pelo titular. O agente precisa ter interesse em maximizar seus esforços para satisfazer os interesses do titular ao mesmo tempo satisfazendo seus próprios interesses (Przeworski, 1998; Pereira, 1997).

Para lidar com este problema, o titular dispõe de dois mecanismos que devem ser simultaneamente utilizados: o “*constrangimento à participação*” e o “*incentivo à participação*”. O primeiro significa que o titular precisa oferecer ao agente, ganhos suficientes para superar o custo de sua adesão/sua participação, pois o agente só agirá se perceber que agindo terá mais benefícios do que se não agir. “*Como toda ação tem custos, o agente precisa ser recompensado com um valor maior que os custos naturais de participação para sentir-se estimulado a participar*” (Pereira, 1997; Przeworski, 1998).

O segundo mecanismo deve assegurar que o agente além de realizar os interesses do titular também realize seus próprios e específicos interesses (Pereira, 1997; Przeworski, 1998). Segundo Pereira (1997),

O principal precisa antecipar os interesses do agente e deixar claro que realizar os interesses do principal representa, ao mesmo tempo, para o agente, a melhor oportunidade pessoal, ou seja, o agente também estará ganhando ao agir como deseja o principal” (Pereira, 1997:96).

Esse modelo de análise é aplicável a diferentes tipos de relações ou transações. Przeworski (1998) identifica três tipos emblemáticos de relação titular/agente: a relação entre os eleitores e os políticos; a relação entre o Estado (políticos e burocratas) e os agentes econômicos privados; e a relação entre os políticos e os burocratas; os primeiros como titulares e os segundos como agentes. Os eleitores seriam os titulares últimos. Para que uma economia funcione bem com um adequado desempenho todas essas relações titular/agente precisam estar adequadamente estruturadas.

Outras relações titular/agente, entretanto, podem ser constituídas, desde que haja entre as partes que se relacionam uma dependência mútua de recursos, conhecimento e ou informações, associada à assimetria de informação (Tizio, 2005).

São exemplos de relações titular/agente as que se dão no interior de uma mesma organização, onde a cúpula dirigente pode ser o titular na relação que estabelece com seus funcionários/agentes, e pode ser o agente na relação que estabelece com segmentos do ambiente externo, como os controladores, os financiadores e ou usuários. O mesmo indivíduo pode ser simultaneamente agente em uma relação e titular em outra. Igualmente, as relações internas entre serviços e equipes que guardam interdependência entre seus processos de trabalho, onde um depende do outro para produzir seus produtos e serviços; ou ainda, as relações que se dão entre duas ou mais organizações diferentes cujas atuações guardam interdependência, podem ser consideradas relações titular/agente.

Considerando como inerente ao homem, a racionalidade limitada – não é possível o conhecimento completo sobre o problema e possíveis soluções e tampouco processar todas as informações disponíveis - a informação acessada e processada será inevitavelmente incompleta. Por isso, para a Teoria da Agência, as relações entre titular e agente sempre estarão sujeitas ao “*problema quase insolúvel*” da assimetria de informações, ou seja, as partes que se relacionam não detêm o mesmo conhecimento e/ou informações, o que coloca em desvantagem uma das partes – aquela que delega a responsabilidade à outra para executar uma tarefa em seu nome (Araújo & Sanchez, 2005; Melo 1996).

Os arranjos institucionais, nesta perspectiva, teriam papel central na definição das estratégias dos atores, pois poderiam promover constrangimentos às suas escolhas e

ao comportamento oportunista (Araújo & Sanchez, 2005). O contrato seria um tipo de arranjo institucional específico, um constrangimento possível, ou melhor, necessário, para minimizar a assimetria de informação e o comportamento oportunista. Se não houvesse incerteza e oportunismo, as promessas seriam suficientes (Melo, 1996).

Os contratos regulariam as relações prevenindo ou reduzindo, os problemas advindos da assimetria de informação associada ao comportamento oportunista: *a seleção adversa e o risco moral*. A *seleção adversa* ocorre quando o agente age no sentido inverso ao desejado pelo titular, em geral porque o incentivo do contrato não está adequado (Araújo & Sanchez, 2005), pois antecipadamente ao contrato estabelecido, não foi adequadamente considerado no desenho dos incentivos, os valores, objetivos e informações que norteiam as decisões do agente (Mello, 1996). O *risco moral* ocorre quando o agente “*depois do contrato firmado, vale-se de brechas contratuais para agir em interesse próprio, impondo prejuízo ao titular*” (Araújo & Sanchez, 2005), pois não foi adequadamente monitorado o comportamento do agente, após o contrato estabelecido (Mello, 1996).

Sempre quando houver descentralização do poder decisório e/ou delegação inevitável de responsabilidades entre partes que se relacionam, haverá assimetria de informações. Este é um problema permanente entre controlador e controlado e, portanto, para o desenho de mecanismos de controle e de prestação de contas (Araújo & Sanchez, 2005; Melo 1996; Przeworski, 1998).

Para o agente agir como desejado pelo titular satisfazendo seus objetivos, o titular deve desenhar contratos com incentivos positivos (prêmios) ou negativos (punições) e instituir mecanismos de controle e monitoramento eficazes de forma a identificar possíveis desvios frente aos resultados esperados.

O desenho da estrutura de incentivos implica em prever as possibilidades de comportamento oportunista, para que, antecipadamente, possam ser identificados os incentivos a neutralizá-lo ou evitá-lo, e em estimular o predomínio de padrões de cooperação e de racionalidade coletiva em relação aos padrões de comportamento que privilegiam interesses setoriais e individuais. É de grande complexidade o desenho de uma estrutura de incentivos (Melo, 1996).

Em resumo, para que um adequado desempenho seja alcançado, as relações titular/agente precisam estar adequadamente estruturadas, através de um contrato, que explicita o desempenho esperado do agente, seus ganhos e perdas, segundo uma relação direta com o referido desempenho, e os mecanismos de monitoramento, de prestação de contas e de avaliação (Ferris & Grady, 1998).

A obrigatoriedade da prestação de contas sobre resultados esperados e o uso de incentivos para seu alcance são os ingredientes centrais para assegurar o desempenho organizacional. O arranjo contratual formal – contrato - possibilita articular, expressar e materializar os dois ingredientes, servindo ainda como garantia ao acordo pré-estabelecido.

A Teoria da Agência oferece um conjunto de instrumentos gerenciais potencialmente eficazes tendo em vista que o critério norteador da recompensa e da punição é, essencialmente, o desempenho (Pereira, 1997). Entretanto, a associação entre eles precisa ser para valer. O agente precisa ter a certeza da premiação ou da punição em função de agir ou não conforme o esperado e pactuado. Se a certeza que se confirmar for a inversa, a não associação entre resultados e sanções, não há estímulo para que o agente aja de acordo com o desejado pelo titular. Portanto, o titular precisa se estruturar para efetivamente aplicar a premiação ou a punição segundo o comportamento do agente.

Como a propensão ao oportunismo é uma ameaça latente, inúmeras salvaguardas precisam ser criadas nas relações, anteriores e posteriores aos contratos, de forma a minimizar o risco. Criar garantias gera um custo adicional denominado de custo de transação. Constituem-se nos custos para negociar, especificar os produtos e serviços contratados, prever condições e proteções contratuais, obter informação sobre o desempenho do agente, desenhar e manter em operação os mecanismos de monitoramento, de controle e de avaliação e modelar o sistema de incentivos para aproximar os interesses do agente ao do titular. Regras vagas no contrato e mecanismos frágeis de controle sobre sua execução podem propiciar o comportamento oportunista (Araújo & Sanchez, 2005; Tizio, 2005).

Os custos de transação serão mais ou menos elevados na dependência do ambiente institucional onde a transação ou contrato ocorrer. Ambientes previamente

mais estruturados possivelmente incorrerão em um custo menor (Siddiqi et al., 2006; Araújo & Sanchez, 2005).

Também impactam nos custos de transação outras condições organizacionais. Em organizações de grande porte, que realizam um trabalho complexo, é mais difícil para o titular dominar todos os conhecimentos necessários à avaliação do processo de trabalho e é impossível monitorar todas as escolhas dos agentes na execução de suas tarefas. Para avaliar as escolhas, o titular precisaria deter o que se denomina de *expertise* técnica, ou seja, o “*conhecimento extenso sobre uma tarefa específica*”, o que exige treinamento, leitura e experiência. Nesta situação, a assimetria de informações é mais intensa, há maior dificuldade e um custo maior para a implementação dos controles e para a definição dos critérios para acompanhar e avaliar o desempenho (Araújo & Sanchez, 2005).

O controle sobre as ações do agente é mais fácil e de menor custo em pequenas organizações porque o titular conhece ou é um especialista sobre o trabalho que lá se realiza e porque é mais viável acompanhar de forma contínua o desempenho dos agentes (Araújo & Sanchez, 2005). Os custos de transação tendem a diminuir se as relações de cooperação e de confiança entre as partes envolvidas na relação contratual se solidificam (Perrot, 2005b).

É também mais difícil avaliar o desempenho de organizações quando os critérios financeiros não são os mais importantes a serem considerados. Organizações de saúde que têm múltiplos objetivos precisam ter múltiplos critérios, os quais devem ser ponderados para operacionalizar a avaliação de desempenho (Przeworski, 1998). Quanto mais complexo o controle, maior o custo para controlar. Entretanto, por mais difícil que possa ser, um esforço adicional deve ser empreendido para a mensuração do desempenho, pois se constitui em um determinante crítico do arranjo contratual (Ferris & Graddy, 1998).

É preciso, porém reconhecer que os contratos e os sistemas de incentivos e de monitoramento inevitavelmente serão incompletos e imperfeitos tendo em vista ser humanamente impossível considerarem-se todas as possíveis alternativas de comportamento dos agentes e ser inevitável a existência de assimetria de informação entre estes e o titular. Sendo assim, terá que haver um balanceamento entre o esforço de

desenho e implementação dos contratos, de seus controles e incentivos e os respectivos custos, reconhecendo que a situação de controle total nunca será alcançada.

Uma questão levantada é a possibilidade de serem estabelecidas “*relações espúrias e clientelistas*” entre o titular e o agente. Ou, quem controla o titular? Na perspectiva da Teoria da Agência, isso seria problema de outra cadeia de relações e de controles. Implicaria na construção de múltiplos controles onde o titular passasse a ser agente em outra cadeia de controle (Araújo & Sanchez, 2005).

Para Przeworski (1998), são necessários controles diversos e mútuos, pois para que “*um governo tenha um desempenho satisfatório, a burocracia precisa ser efetivamente supervisionada pelos políticos eleitos, que por sua vez devem prestar contas aos cidadãos*”.

Neste sentido, as relações de controle e de prestação de contas, devem ser consideradas como uma cadeia de relações interdependentes. Tendo como referência de modelo de comportamento o *homem contratual*, qualquer um, em qualquer posição desta cadeia, pode vir a ter comportamentos oportunistas. Daí a necessidade de haver vários tipos de controles verticais e horizontais. Os controles sociais, de forma mais direta e contínua, como a inclusão de representantes da sociedade em conselhos gestores, denominados de supervisão do tipo “*alarme de incêndio*” e, as eleições, de forma mais indireta e periódica, são exemplos dos controles verticais. Os controles instituídos no interior da arquitetura do Estado, por instituições, agências e órgãos estatais com poder, legal e de fato, para realizar supervisão e aplicar sanções legais (Executivo, Legislativo, Judiciário, Ministério Público, Agências Reguladoras, Tribunais de Conta) são exemplos dos controles horizontais (Araújo & Sanchez, 2005; Przeworski, 1998).

Os mecanismos de controle interno na administração pública têm valor estratégico para a construção de uma cadeia de controle. Ao propiciar informação e conhecimento acerca dos processos monitorados, eles possibilitam e facilitam um funcionamento mais eficaz dos controles sociais e horizontais. Além disso, ao construir um fluxo contínuo de informações sobre a administração pública, é gerada uma “*memória institucional*” assegurando a continuidade do processo de controle ao longo do tempo (Araújo e Sanchez, 2005). A operacionalização do controle por sua vez impõe

o uso de Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) para captar, armazenar e disseminar velozmente a informação, proporcionando maior transparência e a publicização do desempenho da administração pública.

Um maior controle sobre a gestão pública pode contribuir para seu aperfeiçoamento porque tende a reduzir os erros, propicia o ajuste de rumo e contribui para a aprendizagem dos dirigentes e da organização como um todo. A aprendizagem organizacional constitui-se em um dos postulados da Nova Gestão Pública para a modernização do Estado e da administração pública (Sano, 2008).

O êxito da utilização dos arranjos contratuais dependeria basicamente das seguintes condições: (1) da previsão nos contratos das alternativas de comportamento do agente; (2) dos mecanismos e práticas de monitoramento para o acompanhamento dos contratos; (3) dos esquemas de incentivos, de forma a prevenir os comportamentos não interessantes do agente para o titular e, ao mesmo tempo, induzir o agente a alcançar os objetivos do titular (Araújo & Sanchez, 2005; Melo, 1996); e, (4) da efetiva aplicação da premiação ou punição segundo o comportamento do agente. Simultaneamente seria necessário diminuir os custos para se obter informações e adquirir expertise organizacional e técnica para o uso da lógica contratual, a qual em última instância parece ser mais determinante.

Para alguns autores (Miller apud Melo, 1996) as diversas proposições de reforma da administração pública poderiam ser agrupadas em dois tipos “ideais” correspondentes a duas tradições disciplinares. Um relativo à própria administração pública, para o qual a mudança dependeria principalmente de aspectos relacionados à mobilização dos profissionais/funcionários públicos. Caberia aos dirigentes públicos constituírem-se como líderes capazes de induzir ao desenvolvimento, especialmente através da capacitação, de um “espírito de corpo”, cujos valores e crenças levariam a aproximar ou mesmo coincidir, os objetivos dos profissionais/funcionários públicos com os da organização. O outro tipo ideal se originaria da economia, segundo o qual a mudança dependeria mais de aspectos relacionados ao desenho de uma adequada estrutura de incentivos que possibilitasse aproximar os objetivos individuais dos organizacionais. Nesta última, se insere a Teoria da Agência. Ressalta-se, entretanto que as duas estratégias de mudança não são excludentes (Melo, 1996).

4.2. A organização hospitalar, especificidades e desafios para a gestão

A Teoria da Agência apresenta um conjunto de ferramentas que pretende resolver ou ao menos minimizar os problemas de baixo desempenho e de insuficiente prestação de contas da administração pública em geral. Como estes são também problemas de grande parte dos sistemas e serviços de saúde no âmbito da administração pública e privada, tais ferramentas, em especial a contratual, poderiam ser úteis na conformação de modelos gerenciais para as organizações de saúde. Entretanto, a aplicação dos arranjos contratuais naquelas organizações deve considerar suas particularidades, pois trazem implicações para a sua gestão.

A gestão ou sistema de direção ou ainda modelo gerencial, termos aqui empregados como sinônimos, pode ser compreendida como o conjunto de conhecimentos, ações, técnicas e ferramentas que são empregados em uma organização para assegurar o alcance de seus objetivos e um desempenho esperado – produtos e/ou serviços -, segundo padrões de eficiência e de qualidade, atendendo às expectativas sociais. Tendo em vista os *objetivos* da organização, a gestão articula, de forma dinâmica e interativa, as *pessoas* que os operacionalizam, os diferentes *processos de trabalho* (*conhecimentos, ações, técnicas e ferramentas que transformam insumos em produtos e serviços*) que são combinados para seu alcance, considerando suas especificidades, a *estrutura* (*os critérios para dividir o trabalho e os mecanismos de coordenação utilizados*), as relações de *poder*, os interesses e os conflitos, além dos hábitos, tradições e crenças que lá prevalecem. Também se faz necessário considerar nessa articulação, o *ambiente* onde a organização se insere. A gestão de qualquer tipo de organização precisa articular esses componentes considerando suas especificidades e em função disso ajustar os conhecimentos, ações, técnicas e ferramentas a serem empregados tendo em vista assegurar o desempenho desejado (Lima, 1996).

Segundo a literatura organizacional a gestão das organizações de saúde e em particular da organização hospitalar, ganha complexidade diferenciada, se comparada a de outras organizações, em função da confluência dos atributos de seus profissionais e da natureza de seu processo de trabalho (Daft, 1992; Shortell & Kaluzny, 2006).

O hospital, a universidade, o centro de pesquisa e algumas outras organizações, são classificados como *burocracias profissionais* ou *organizações profissionais* porque

realizam um trabalho de grande complexidade centralmente dependente de “*peritos*” (Mintzberg, 1995; Mintzberg & Quinn, 2001). Estes peritos, integrantes do centro operacional da organização, prestam serviços complexos, assim considerados, porque requerem habilidades e conhecimentos difíceis de serem adquiridos, exigindo assim vários anos de treinamento. Somente através da prática repetitiva, o suficiente para “*evocar um reflexo automático*”, os profissionais internalizam os padrões a serem aplicados no momento em que materializam seu trabalho. A extensa e sofisticada profissionalização padroniza os conhecimentos e habilidades dos operadores (Mintzberg & Quinn, 2001).

Na organização hospitalar, a profissionalização do médico, perito central na execução do trabalho de fazer o diagnóstico e aplicar o tratamento, requer ao menos oito anos, entre a graduação e a pós-graduação, para que o profissional seja considerado um especialista apto para realizar sozinho o seu trabalho.

A organização profissional trabalha com um conjunto de programas padronizados (os conhecimentos e habilidades dos profissionais que estão disponíveis para utilização) que são aplicados pelos operadores/profissionais no momento em que uma contingência surge (situações/problemas também conhecidos e padronizados). Este processo denominado de “*encasulamento*” implica em duas tarefas básicas: “(1) *categorizar ou diagnosticar as necessidades do cliente em termos de uma das contingências, o que indica quais programas padronizados a serem utilizados e (2) aplicar ou executar o programa*” (Mintzberg & Quinn, 2001). Há vários diagnósticos padronizados para problemas pré-identificados e respectivas soluções também padronizadas. Por isso é um trabalho complexo, porém estável, porque requer procedimentos difíceis de serem aprendidos, mas que podem ser padronizados já que são bem definidos.

Apesar da padronização, a complexidade do trabalho exige alguma discricção a sua aplicação, envolvendo muitos julgamentos solitários do profissional para associar o problema ao diagnóstico e à solução. Isto permite que os profissionais trabalhem de forma relativamente isolada e autônoma (Mintzberg & Quinn, 2001).

Em função disso, o mecanismo de coordenação do trabalho que prevalece é a padronização das qualificações (conhecimentos e habilidades), obtida através do

referido treinamento formal. Cada profissional espera que o outro desenvolva aquilo que deve ter aprendido e internalizado durante o processo de profissionalização.

Como os padrões de qualificação, em grande parte, são aprendidos durante a profissionalização e são gerados, externamente à organização/hospital, nas universidades e nas associações profissionais das especialidades, os profissionais tendem a se identificar muito mais com a corporação do que com a organização onde trabalham (Mintzberg, 1995).

Os profissionais atuam com relativa independência de seus colegas e dos dirigentes da organização, cúpula estratégica e gerentes intermediários, tomando decisões referentes à consecução dos objetivos finais da organização. Os médicos tomam decisões autônomas relacionadas à atenção prestada ao paciente – como fazer o diagnóstico e qual o tratamento a ser aplicado - dessa forma determinando a qualidade da atenção prestada e as principais despesas da organização. A partir dessas decisões, vários outros processos de trabalho são desencadeados. São os médicos que julgam e controlam seu próprio trabalho, pois somente quem toma as decisões clínicas conhece as condições de sua opção. A liberdade sobre o que fazer e o como fazer é um dos atributos do trabalho profissional. Para o próprio Mintzberg (1995), os profissionais tendem a se comportar como *“uma coleção de indivíduos que estão juntos para obter recursos, mas que desejam que os deixem sozinhos”* (Mintzberg & Quinn, 2001; Mintzberg, 1995; Cecílio, 1999).

Esta autonomia técnica confere considerável poder aos profissionais fazendo com que haja uma descentralização do poder real (não formal) que se acumula nas mãos daqueles que produzem os produtos/serviços finalísticos da organização de saúde. Para Hickson e colaboradores (1971) tem mais poder na organização, aqueles que lidam com sucesso com as incertezas, cujo trabalho é mais difícil de ser substituído e que tem mais centralidade na organização. A centralidade refere-se ao quanto um dado fluxo de trabalho está conectado com outros fluxos de trabalho e à rapidez e severidade com que alterações naquele fluxo de trabalho afetam os resultados finais da organização. Estas condições estão presentes no processo de trabalho dos médicos, lhes conferindo um poder diferenciado.

Dada a importância dos profissionais em função do poder originado da centralidade de seu trabalho, de sua autonomia e de seus conhecimentos e habilidades, a organização profissional pode ser descrita como uma “*pirâmide invertida, com os profissionais em cima e a administração bem abaixo para servi-los*”, configurando duas hierarquias paralelas e separadas. Uma invertida, mais democrática, flexível e negociada para os profissionais e outra de cima para baixo, mais mecânica e rígida para a equipe de suporte constituída pelas áreas que dão apoio ao trabalho dos profissionais, como a área administrativa e de serviços gerais (Mintzberg & Quinn, 2001).

Desta forma a cúpula dirigente e os gerentes intermediários têm seu poder relativizado frente ao dos profissionais. Além do poder formal advindo do cargo que ocupam, seu poder é adquirido em situações de incerteza, como quando atuam como mediadores dos conflitos internos existentes entre profissionais e equipe de suporte e entre as diferentes categorias e/ou especialidades profissionais. Além disso, a cúpula dirigente adquire poder através da interface que estabelece com outras organizações do ambiente externo com as quais a organização profissional precisa se relacionar, para obter recursos e ou para proteger os profissionais de interferências externas. A cúpula dirigente e os gerentes intermediários, que em tese exercem o controle sobre a execução dos produtos e serviços a fim de assegurar a direcionalidade da organização, tendem a atuar mais, como os setores administrativos e de serviços gerais, dando suporte ao trabalho realizado pelos profissionais (Mintzberg, 1995; Mintzberg & Quinn, 2001).

Em síntese, este tipo de organização realiza um

(...) trabalho especializado em cenários relativamente estáveis, daí a ênfase na padronização das habilidades e na classificação de serviços a serem realizados por especialistas bastante autônomos e influentes em que os administradores mais servem de apoio do que exercem controle (Mintzberg, 2004: 313)

Em função das características mencionadas, a tomada de decisão nas organizações profissionais é fortemente condicionada por uma dimensão política onde os diferentes atores estão movidos por interesses comuns, mas também pelos seus auto-interesses. “*Nem o interesse comum nem o auto-interesse dominam os processos de decisão o tempo todo; é de se esperar que haja algum ajuste*” (Mintzberg & Quinn, 2001). Quando o comportamento dos atores está pautado pelo interesse comum,

motivado pelo bem da organização, prevaleceria um *modelo colegiado* e quando movido fundamentalmente pelo auto-interesse, um *modelo político*.

Eventualmente ainda, a tomada de decisões parece ser movida pelo desinteresse, ocorrendo de forma aleatória segundo a lógica da “*lata de lixo*”, característica das “*anarquias organizadas*”, onde coexistem “*coleções de escolhas à procura de problemas... soluções à procura de questões para as quais possam ser a resposta e tomadores de decisões à procura de trabalho*” (Mintzberg & Quinn, 2001).

Entretanto, na tomada de decisão também atua uma racionalidade analítica, embora não tão lógica e racional centrada em objetivos, como nas burocracias mecanizadas, que leva os atores a fazerem cálculos quando escolhem entre diferentes alternativas de ação, “*se não para selecionar a melhor alternativa pelo menos para avaliar a aceitabilidade de opções diferentes*” (Mintzberg & Quinn, 2001).

Em resumo, as decisões mais importantes na organização profissional

(...) parecem ser mais influenciadas pelos processos colegiados e políticos, com as pressões da lata de lixo encorajando um tipo de casualidade de um lado (decisões menos importantes) e intervenções analíticas do outro, estimulando certa racionalidade (servindo como mão invisível para manter a tampa em cima da lata de lixo, por assim dizer!) (Mintzberg & Quinn, 2001: 279).

Como a tomada de decisão dos profissionais no âmbito operacional, acontece de forma muito fragmentada, pois no limite cada um persegue a sua própria estratégia, as ligações que estabelecem entre si são tênues e flexíveis, e por isso cada um desenvolve seu trabalho de forma quase independente. Em contrapartida à fragmentação existente, a possibilidade de coesão está dada pela negociação que ocorre nos processos coletivos, incorporando além dos profissionais outros segmentos da organização. Concorrem também para coesão, as forças dos hábitos e tradições que permeiam a organização.

Haveria assim nas organizações profissionais uma situação paradoxal – a base operacional naturalmente instável pautada por decisões autônomas e individuais, enfaticamente baseadas pelos auto-interesses dos profissionais e a organização em seu nível mais amplo com maior estabilidade, conferida pela força das tradições e hábitos e pela tomada de decisão colegiada, mais influenciada por uma análise racional, onde estariam sendo privilegiados os interesses comuns (Mintzberg, 2004; Mintzberg &

Quinn, 2001). A tomada de decisão nas organizações profissionais pode ser caracterizada como acordos provisórios e temporários que se “*ordenam em padrões ao longo do tempo*” (Mintzberg & Quinn, 2001).

A fragmentação e o relativo isolamento do profissional se explicam pelas condições não completamente previsíveis e controláveis em que toma decisões, pois diferentemente da produção de bens, o consumidor/paciente participa diretamente do processo de produção de serviços, interagindo com o profissional e demais insumos, conferindo assim imprevisibilidade sobre como a prestação dos serviços profissionais será operacionalizada e sobre quais resultados finais serão alcançados.

É nesse contexto organizacional que as ferramentas de coordenação e racionalização do trabalho, tais como métodos de planejamento e de elaboração de planos, os mecanismos de avaliação, além das padronizações, dentre outras, são aplicadas, ganhando por isso contornos mais flexíveis e funcionando mais como balizadores da ação (Mintzberg & Quinn, 2001).

Como o processo de planejamento em grande parte é realizado pelos próprios profissionais, a cúpula dirigente e os gerentes intermediários exercem menos a função de formuladores e mais a de articuladores e apoiadores das ações emergentes do centro operacional das organizações profissionais ajudando “*a descobrir o padrão emergente de comportamentos e competências da organização*. Neste sentido, o planejamento serviria mais ao debate e à interação que se estabelece no processo coletivo de negociação e de tomada de decisão e menos ao controle e coordenação centrais. (Mintzberg, 2004).

A rigor, para o autor, nenhuma organização na vida real, nem mesmo as burocracias mecanizadas, funcionam exatamente como o planejado. Apesar disso, elas “*se engajam em planejamento formal, não para criar estratégias, mas para programar as estratégias que já têm, isto é, elaborar e operacionalizar suas conseqüências formalmente*”. O planejamento e o plano formal articulam, justificam e documentam o que a organização já está fazendo, ordenando as idéias e ações já existentes na organização (Mintzberg, 2004).

A análise igualmente deve ganhar flexibilidade valorizando além dos necessários dados factuais, os intangíveis. Não ser obcecada por números, embora deles não

prescinda. Requer esclarecimentos e conhecimento, mais do que respostas preconcebidas, sobre a situação analisada. Isso se torna possível pelo entendimento mútuo alcançado através de um diálogo contínuo entre quem avalia e quem operacionaliza (Mintzberg, 2004).

Há ainda outras características nas organizações de saúde que precisam ser consideradas na gestão. A produção de serviços ocorre simultaneamente ao seu consumo, não possibilitando, como no caso dos bens, serem estocados e avaliados antes de serem consumidos. Um bem, quando não está em conformidade com os padrões estabelecidos de qualidade, pode ser descartado antes de ser consumido. Diferentemente, o serviço prestado se estiver inadequado frente aos padrões, será consumido apesar da inadequação, e somente em uma nova prestação o processo poderá ser ajustado, se a inadequação tiver sido detectada.

Adicionalmente, a definição de padrões na prestação de serviços de modo a possibilitar a comparação entre o esperado e o realizado, no que se refere à qualidade, é mais difícil que na produção de bens. Os bens são concretos de fácil especificação e padronização. Os serviços são intangíveis e expressam-se no repasse ou na aplicação de conhecimentos do prestador para o cliente.

Dado que o serviço não é estocável e que os padrões de qualidade são mais difíceis de serem especificados, a definição de qual é o desempenho desejado, especialmente considerando a dimensão da qualidade, se torna mais complicado, e por decorrência complexifica o processo de monitoramento e avaliação.

Vale ainda considerar que parte do trabalho em uma organização de saúde tem um caráter emergencial, inadiável e de pouca tolerância ao erro e à ambigüidade, especialmente os processos de trabalho que se desenvolvem em situações de emergência, tais como os das salas de emergência, das unidades de tratamento intensivo, dos centros cirúrgicos, etc., quando a intervenção precisa ser imediata e em grande parte das vezes, sem possibilidade de consulta aos pares (Shortell & Kaluzny, 2006).

Por fim, mais uma importante característica refere-se à forte interdependência existente entre os processos de trabalho em saúde. O Hospital e os sistemas de saúde são considerados na literatura organizacional como as organizações que apresentam a

mais elevada interdependência entre seus processos de trabalho, denominada de “*recíproca*”. O produto que resulta de um processo de trabalho se constitui em insumo para outro processo de trabalho, o qual produz um produto que retorna como insumo para o primeiro processo (Thompson, 1967; Scott, 1981; Daft, 1992; Shortell & Kaluzny, 2006). Processos de trabalho com mútua interdependência tendem a gerar problemas cujas soluções exigem pouca formalização (não há respostas prontas), mais criatividade, mais descentralização na tomada de decisão (os problemas devem ser enfrentados nos níveis onde são gerados porque é onde se localiza mais conhecimento sobre o problema e sobre as possíveis soluções) e mais comunicação no interior da equipe e entre equipes daqueles processos interdependentes.

Em função destas características, a gestão das organizações profissionais se depara com alguns problemas ou desafios que precisam ser levados em conta quando se deseja introduzir qualquer mudança na lógica de funcionamento dessas organizações.

Talvez o mais evidente e consensual seja o da insuficiência e da inadequação dos mecanismos de coordenação do trabalho utilizados, tanto para dar conta da integração interna entre os diferentes segmentos organizacionais, quanto da integração externa, vinculando as organizações de saúde entre si a fim de conformar uma rede de serviços.

Quando há interdependência recíproca entre os processos de trabalho, a coordenação do trabalho exige comunicação lateral, intensiva e cotidiana para agilizar a troca de informações para a decisão, pois a decisão muitas vezes não depende só do profissional e/ou do serviço a que pertence. Reuniões freqüentes, comunicação on-line podem ser necessárias entre as equipes de processos de trabalho altamente interdependentes os quais deveriam ter uma mesma coordenação hierárquica e se possível, estarem localizados no mesmo espaço físico. A resolução de problemas originados em processos de trabalhos que têm elevada interdependência entre si, em geral dependerá de intervenções em mais de um processo, muitas vezes no espaço de interseção entre eles (Thompson, 1967; Scott, 1981; Daft, 1992). Isto se contrapõe à tendência do profissional de decidir autônoma e isoladamente, sem deixar de considerar que de fato há decisões no processo de atenção que necessariamente o profissional tomará solitariamente.

O excesso de demanda nas emergências de hospitais é um problema desta natureza, pois não se resolve com intervenções exclusivas na emergência, exigindo intervenções em todos os processos que são interdependentes, desde a atenção que se realiza em uma unidade básica de saúde, na unidade pré-hospitalar de urgência, na própria emergência e na internação do hospital. Ou ainda, quando para assegurar a integralidade do cuidado prestado para determinada condição de saúde e/ou doença, se faz necessário articular os diferentes serviços envolvidos com aquele cuidado. Para uma atenção integral ao recém nato e sua mãe é necessário articular o pré-natal, a internação, o centro obstétrico, a unidade de cuidados intensivos, etc., sob a mesma coordenação. Não é possível assegurar um cuidado integral para o paciente sem vincular e coordenar os diferentes processos de trabalho interdependentes, intra ou inter organizacionais, pelos quais aquele paciente terá que passar.

A coordenação é também insatisfatória para articular o trabalho assistencial com o administrativo. A existência de lógicas distintas de gestão e de controle ocasiona e alimenta conflitos permanentes entre a área de suporte e a área assistencial. Especialmente considerando que a área assistencial, além de tomar as decisões relacionadas ao trabalho assistencial, quer influenciar as decisões administrativas que interferem no seu trabalho (Mintzberg, 1995).

O mecanismo predominante de coordenação, a padronização das qualificações, não é suficiente sequer para assegurar adequada coordenação do trabalho entre os próprios especialistas. Quando o paciente tem uma doença que se encaixa numa só especialidade não há problemas de coordenação, entretanto, quando exige mais de uma, surgem problemas de coordenação (Mintzberg, 1995).

Na verdade é uma pressuposição de coordenação porque pressupõe um dado comportamento do profissional segundo padrões ideais, apreendidos na profissionalização, que na prática não são verificados nem durante e nem depois do trabalho realizado. Por decorrência, outras pressuposições do trabalho profissional ganham força: que a perícia seja igual à qualidade (a qualidade é presumida se houver perícia), que a conduta ética prevaleça e que os interesses profissionais sejam iguais ao da organização e aos de sua clientela.

Agrega-se a isso a considerável dispersão de poder nessas organizações em direção aos profissionais. A enfermagem também detém poder em função do papel que cumpre de elo e de integração do processo de atenção. Os médicos concentram poder que tem origem na centralidade de seu trabalho, na impossibilidade de sua substituição, quando monopoliza conhecimentos e habilidades, e na sua autonomia. Em algumas situações, a cúpula dirigente e os gerentes intermediários se tornam reféns dos profissionais.

Como tomam decisões de forma isolada, de seus pares e da cúpula dirigente, o controle gerencial sobre as despesas, eficiência e a qualidade da atenção prestada, é mais difícil de ser realizado, colocando em risco o atendimento dos interesses da organização e dos pacientes. Ter pouco controle sobre os profissionais não é tão importante quando, para a realização do trabalho, não há necessidade de interação freqüente entre eles e os demais integrantes da organização, o que não é o caso da organização hospitalar.

Na confluência das mencionadas características reside talvez o mais central desafio na conformação de modelos de gestão para as organizações de saúde - utilizar adequados e diversos mecanismos de coordenação do trabalho internos e externos tendo em vista as especificidades dos processos de trabalho que coexistem nessas organizações, assegurando que todos tenham foco no paciente e que produzam produtos e serviços de forma eficiente e com qualidade segundo padrões predefinidos. Em síntese, assegurar um adequado desempenho da organização considerando ao mesmo tempo as especificidades existentes.

Uma organização tão diferenciada como o hospital, que reúne processos de trabalho mais mecanicistas, como os processos de produção alimentar, de esterilização, de realização de exames na patologia clínica, etc. (mais rígidos, mais padronizados e mais fáceis de coordenar) e outros mais orgânicos, como os processos de atenção propriamente ditos (mais flexíveis, menos padronizados e mais difíceis de coordenar), muitos dos quais mantendo uma relação de dependência mútua, coloca de forma imperiosa a necessidade de coordenação. Coordenar as ações profissionais, reconhecendo, entretanto que dada à natureza do trabalho profissional, a autonomia técnica precisa ser preservada, pois é condição de sua realização. Ela só não pode e não

deve ser absoluta. Precisa ser uma autonomia regulada segundo constrangimentos formais e informais.

Adiciona-se ainda, a esse desafio, o considerável poder que os profissionais possuem, relativamente ao poder dos dirigentes, dificultando a introdução de quaisquer medidas que visem a restringir a autonomia técnica e o poder dela advindo. Aceitá-las, do ponto de vista dos profissionais, implica em interferência na sua autonomia técnica e de decisões, e sem dúvida, na perda relativa de seu poder.

À resistência naturalmente oferecida pelos profissionais em ter seu trabalho “regulado” e em perder poder, associa-se como complicador para a gestão exercer o controle, a maior dificuldade, como já mencionada, de se estabelecer padrões quando se trata de prestação de serviços de grande complexidade.

Mintzberg&Quinn (2001) reconhecem a existência de problemas de coordenação nas organizações profissionais, considerando inclusive que a padronização das qualificações é um mecanismo muito fraco de coordenação. Outra dificuldade identificada pelos autores relaciona-se à produção de inovações. A inovação para ser gerada requer cooperação e interação entre diferentes áreas de conhecimento e o rompimento de velhas rotinas e padrões. A inovação precisa de uma “*reorganização dos casulos e, portanto exige ação coletiva*”. A vocação destas organizações é justamente a contrária, a de reunir os especialistas em compartimentos estanques, que enfatizam o aperfeiçoamento de seus padrões. A relutância do profissional em interagir e a dificuldade intrínseca dos processos coletivos podem oferecer resistência à geração e à incorporação de inovações (Mintzberg, 1995).

Entretanto para os autores, os problemas da organização profissional não se resolvem pelo controle do trabalho dos profissionais através de outros mecanismos de coordenação. Tarefas complexas não são coordenadas pela supervisão direta, que implica na verificação do trabalho profissional por um ocupante de cargo superior hierárquico, e tampouco pela formalização através de regras, de regulamentos ou ainda de medidas de desempenho. A padronização do processo de trabalho e dos resultados também não seria adequada dada a dificuldade de definir os padrões e precisar os resultados. Além do que, “*se o profissional é incompetente, nenhum plano ou regra engendrada na tecnoestrutura, nenhum pedido de qualquer administrador ou governo*

oficial pode torná-lo competente”. A efetiva solução para os problemas de desempenho das organizações profissionais não passaria nem por uma nova administração com amplas reformas e nem pelo controle tecnocrático dos profissionais por agentes do governo (Mintzberg&Quinn, 2001).

Poderiam contribuir parcialmente para a solução, o controle financeiro das organizações profissionais pela sociedade e a legislação contra o comportamento profissional irresponsável. Entretanto, para Mintzberg &Quinn (2001) o mais importante seria “*invadir*” os profissionais com uma mudança desde a sua formação, através da revisão das normas, dos conhecimentos e das habilidades por eles incorporados no processo de profissionalização. Em outras palavras, a solução dos problemas das organizações profissionais residiria principalmente na revisão de conteúdo da padronização das qualificações dos profissionais, que continua sendo para os autores o mecanismo de eleição para coordenar o trabalho em organizações profissionais.

Assim a possibilidade de intervenção direta da gestão sobre essas organizações na visão dos autores é muito remota, restringindo-se apenas à conformação de uma gestão mais colegiada, que enfatize os processos de negociação e de participação e envolva os profissionais nos processos de tomada de decisão mais gerais da organização (Mintzberg &Quinn, 2001).

Reconhecendo a importância dos aspectos que Mintzberg traz à tona para uma melhor compreensão da dinâmica de funcionamento das organizações profissionais em especial do hospital, e também as suas recomendações sobre como deve ser a gestão e como é possível mudar o comportamento profissional, para enfrentar os problemas de coordenação e desempenho, algumas relativizações e contra argumentações merecem ser feitas.

A tipologia de Mintzberg, aliás, como qualquer outra, é uma construção ideal, inexistente na realidade. Deve ser considerada como um modelo de análise que ajuda na compreensão das organizações e na identificação de estratégias de intervenção. Nenhuma organização se enquadra exclusivamente em um tipo dos tipos por ele criados. Os tipos podem ser vistos como forças que atuam sobre a organização.

Entendendo desta forma, é possível dizer que a organização hospitalar assume principalmente as características das organizações profissionais, mas apresenta também características de outros tipos, como as da organização inovadora e da burocracia mecanizada. Seria um híbrido, embora possa ter um componente mais dominante.

Um exemplo dessa afirmação pode ser observado em um processo de atenção como o de realização de cirurgia no qual podem ser utilizados mecanismos de coordenação do trabalho considerados típicos da organização profissional, da burocracia mecanizada e da organização inovadora.

Durante a realização de uma cirurgia a equipe atua segundo padrões pré-estabelecidos, ou seja, a coordenação do trabalho antecede sua realização. O processo de trabalho já está razoavelmente padronizado e as técnicas e habilidades já foram internalizadas, supostamente de forma padronizada, durante o treinamento profissional, fazendo com que cada um saiba ou suponha saber, o que o outro vai fazer, dispensando o diálogo entre os profissionais sobre a cirurgia que está sendo realizada. Entretanto, se algo inesperado acontece, a equipe troca intensamente informação buscando encontrar a melhor solução para o paciente.

Nesta situação, foram utilizados três mecanismos de coordenação do trabalho: a padronização do processo de trabalho que implica na especificação de cada etapa do processo de trabalho, aplicável aos procedimentos cirúrgicos cujos conhecimentos e técnicas já estão razoavelmente estabilizados, coordenação típica das burocracias mecanizadas; a padronização das qualificações advinda com o longo treinamento, predominante nas organizações profissionais; e o ajustamento mútuo que predomina nas organizações inovadoras para dar conta das situações inesperadas e não padronizadas .

Embora se reconheça uma maior dificuldade para definir padrões e fazer com que os profissionais os utilizem, constringendo a sua autonomia, tal constatação não pode invalidar as iniciativas no campo da gestão da atenção que visam a coordenar o trabalho assistencial e a monitorar a qualidade da atenção prestada através de dispositivos como a padronização de processos de trabalho e de resultados (Mendes, 2001; Shortell & Kaluzny, 2005).

As diretrizes clínicas a partir de evidências científicas, compreendidas como recomendações para médicos e pacientes sobre os cuidados apropriados para

determinadas condições de saúde e/ou doença, tem sido cada vez mais utilizadas para assegurar a qualidade e o adequado consumo de recursos dos serviços prestados. Constitui-se em exemplo de coordenação através da padronização do processo de trabalho.

Ou ainda, as iniciativas de coordenação com base na padronização de resultados utilizando indicadores de desempenho no âmbito assistencial e no administrativo a serem monitorados e avaliados. Os arranjos contratuais, que tem o desempenho como critério norteador, são mecanismos de coordenação com base na padronização de resultados. A padronização das qualificações é um tipo de coordenação já internalizada pelos profissionais, porém outros mecanismos podem e devem ser utilizados de forma complementar e interativa.

Vários dispositivos de coordenação não específicos para as organizações profissionais e mais afeitos às burocracias mecanizadas podem constituir-se em efetivos mecanismos de coordenação do trabalho assistencial e da organização como um todo, contribuindo para a melhoria da qualidade da atenção prestada e para uma utilização mais eficiente dos recursos existentes com conseqüente melhoria do desempenho da organização de saúde.

É importante não cair na seguinte armadilha: a singularidade atribuída às organizações de saúde pode levar a conclusão que sua gestão é muito difícil e diferente da gestão de outras organizações e que em função disso, pouco pode ser feito para melhorar seu desempenho ou para aprender a partir da experiência de gestão de outras organizações que não do setor saúde (Shortell & Kaluzny, 2006).

Grande parte das recomendações e das ferramentas de gestão aplicáveis às organizações em geral, se aplica às organizações profissionais – foco nos objetivos, no desempenho, na qualidade e no cliente; uso de mecanismos e práticas de avaliação contínua, de vários mecanismos de coordenação, dentre eles as padronizações, de incentivos aos seus profissionais, etc. Obviamente que suas particularidades precisam ser consideradas para proceder às adaptações necessárias, mas só não devem paralisar e impedir a introdução de inovações que podem contribuir para a melhoria do desempenho das organizações de saúde.

4.3. Um sistema de direção com foco no desempenho

Indiscutivelmente, qualquer modelo de gestão precisa focar os objetivos da organização e seu desempenho, seja em uma organização profissional ou não. Mintzberg & Quinn (2001) reconhecendo a necessidade de melhorar o desempenho das organizações profissionais identificam como principal estratégia a mudança de valores, conhecimentos e habilidades dos profissionais, repassados através do processo de sua profissionalização, além da instituição de uma gestão mais participativa e colegiada, onde a negociação tem lugar central. Sem descartar essas alternativas, que podem e devem ser objeto de investimento, é preciso considerar outras estratégias que possam induzir à melhoria do desempenho e ao incremento da prestação de contas nas organizações de saúde.

Para Matus (1997), as organizações estão submetidas a um conjunto de regras internas que em interação com as regras do ambiente, determinam a qualidade do seu funcionamento e/ou do jogo organizacional. São as regras de *direcionalidade*, *de responsabilidade*, *de governabilidade* e *de departamentalização* que condicionam o jogo estabelecido entre os diferentes atores organizacionais e do ambiente, inclusive com outras organizações. É possível modificar a qualidade das regras a partir das ações dos atores que produzem novos fatos, que em função disso acumulam ou desacumulam poder, para interferir ou não nas referidas regras do jogo (Matus, 1997).

A *direcionalidade* refere-se à missão ou objetivos que uma organização deseja alcançar, aquilo que a organização oferta - seus produtos e serviços - tendo em vista uma dada demanda social. A *departamentalização* é “a transformação da *direcionalidade* em formas organizativas”, tratando da divisão e da coordenação do trabalho tendo em vista a operacionalização da missão ou objetivos organizacionais. Corresponde aos processos produtivos finais e intermediários que são articulados e integrados através dos mecanismos de coordenação e de comunicação para materializar os objetivos organizacionais (Rivera, 1996).

A *governabilidade* relaciona-se à distribuição das competências e respectivos controles de recursos físicos e intelectuais (cognitivo, relacional, etc.), necessários à tomada de decisão nos diferentes segmentos da organização. Expressa a distribuição de poder, ou como os diferentes recursos de poder estão concentrados e/ou dispersos entre

os diferentes setores e níveis hierárquicos da organização, ou ainda, define o grau de centralização e descentralização existente. Cada segmento organizacional deve ter a competência e o poder necessários para resolver seus problemas de alto valor, pois a rapidez e criatividade para enfrentar um problema dependem do valor a ele atribuído.

A *responsabilidade* por fim, expressa “*a forma como são atribuídas ou distribuídas as responsabilidades e o modo como as mesmas são cobradas*” (Rivera, 1996) que, em última instância, materializa os compromissos que são assumidos para operacionalizar o alcance dos objetivos e os mecanismos de monitoramento daqueles compromissos.

Para Matus (1997), as regras têm um condicionamento mútuo, porém a de maior determinação é a de responsabilidade. Parte do pressuposto que uma organização que continuamente avalie seus resultados (se adequados ou não ao desejado e esperado) e que tenha responsabilidade em relação ao que produz (que presta contas do que faz), conseqüentemente estará ajustando seus objetivos às demandas externas e possibilidades internas e desta forma assegurando sua direcionalidade. Além disso, procurará, ativamente, encontrar a melhor maneira de operacionalizá-los, tanto no que tange à distribuição do poder, quanto à divisão e coordenação do trabalho a ser realizado.

Segundo o autor, as regras de responsabilidade dominam o jogo e determinam a qualidade do sistema de direção de uma organização. Uma organização está sujeita a regras de alta responsabilidade, se não há ninguém isento de prestar e de pedir contas de forma sistemática sobre o desempenho dos compromissos assumidos (Matus, 1997).

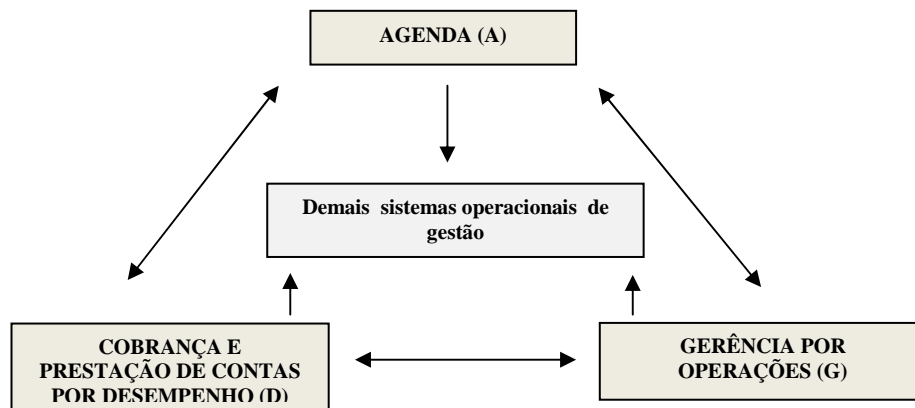
Para o autor, “*uma organização só se justifica pelos seus resultados*” entendidos como “*a eficiência e a eficácia de seus procedimentos finais e intermediários, e a quantidade e a qualidade de seus produtos*”, além do impacto de suas ações sobre os problemas sociais que tomou como objeto de sua intervenção, ou como sua missão (Matus, 1997).

Com base nesse modelo de análise - a organização como um jogo social – Matus (1997) dá expressão concreta às regras através da configuração de um “*Triângulo de Ferro*” do jogo organizacional. O triângulo corresponde a uma síntese de um sistema de direção estratégica o qual é constituído por um

(...) conjunto de dispositivos que estruturam as práticas de trabalho em uma organização, levando à eficiência, à eficácia, à reflexão, à criatividade, à responsabilidade, à apreciação situacional imediata e à visão direcional a longo prazo (Matus, 1997: 317).

Este sistema de direção está sustentado por três pilares, a *agenda*, a *gestão descentralizada por operações* e a *cobrança e prestação de contas por desempenho* conformando o *Triângulo de Ferro* ou *Triângulo ADG*¹. O funcionamento e o desempenho da organização são fortemente dependentes das características deste triângulo no qual o elemento chave é a cobrança e prestação de contas sobre o desempenho. A partir dele, são geradas demandas para os demais sistemas operacionais de gestão dentre eles, o planejamento (Matus, 1997, 2005) (Figura 1).

Figura 1. Triângulo de Ferro



Fonte: adaptação da figura original de Carlos Matus. Adeus, Senhor Presidente Governantes e Governados, 1997, p.353

A *agenda* representa o quanto as ações e o tempo dos dirigentes estão concentrados no que de fato é importante para a organização - os problemas relacionados à sua missão. Expressa o quanto a ação gerencial está voltada para imprimir direcionalidade à organização. Materializa ainda o quanto que o cotidiano da gestão está tomado pelo planejamento ou pela improvisação. O planejamento por problemas propicia a constituição da agenda do dirigente com problemas de alto valor e viabiliza a distribuição dos outros problemas para quem de fato tem interesse e competência para resolvê-los, resultando daí a gerência descentralizada de problemas por operações.

¹ ADG corresponde aos três vértices do Triângulo: A de agenda, D de desempenho e G de gerência

A *gerência descentralizada por operações* representa a problematização da missão nos diferentes níveis e subsistemas organizacionais. Implica nas ações que cada um deles empreende para implementar seus objetivos específicos derivados da missão, superando ou transformando eventuais obstáculos ao seu alcance, contribuindo assim para elevar os níveis de eficiência e eficácia organizacionais. Oferece a matéria prima ou o conteúdo para a prestação de contas e avaliação. Para cada segmento da organização, é elaborado um plano de ação com seus objetivos específicos que passa a ser objeto de prestação de contas. Constitui-se em uma gerência por objetivos ou ainda por produtos e resultados. Por fim, expressa a regra de departamentalização, porque divide o trabalho organizacional segundo os diferentes produtos e serviços derivados dos processos de trabalho da organização e também, a regra de governabilidade, porque associadamente à divisão de trabalho efetuada distribui os recursos necessários à operacionalização dos objetivos específicos de cada segmento assim também distribuindo recursos de poder (Rivera, 1996).

A *cobrança e prestação de contas* expressam o grau de compromisso da organização com o alcance de resultados predefinidos e decorrentes de sua missão. É o dispositivo que materializa a regra de responsabilidade. É a partir da avaliação e da cobrança e prestação de contas sistemáticas acerca do cumprimento dos compromissos, dos produtos e resultados relacionados à missão de cada processo produtivo, que é gerada demanda para o planejamento descentralizado por problemas, sendo estes obstáculos ao alcance da missão. É também através da avaliação sistemática que se imprime direcionalidade, pois ao observar o realizado é possível saber se está adequado ao esperado e ao necessário. A cobrança de contas “*é a chave do triângulo de ferro... porque determina se o sistema organizacional é de baixa ou de alta responsabilidade*”(Matus,1997).

Considerando o funcionamento do sistema de direção “ideal”, a cobrança e prestação de contas gerariam uma demanda para o planejamento e estabelecimento de prioridades, o que ajudaria na conformação da agenda do dirigente, tornando-a mais racional e focada nos problemas importantes, que de fato impactam nos objetivos/missão ou ainda na direcionalidade. Os demais problemas identificados na prestação de contas seriam distribuídos e atribuídos a quem tem recursos e competência adequados para resolvê-los, daí constituindo uma gerência descentralizada por operações a partir de problemas.

Desta forma, para cada segmento organizacional é gerada uma demanda para planejar a partir de seus problemas, conformando assim a sua agenda específica. O Triângulo de Ferro se espraia por toda a organização, racionalizando o trabalho a partir da distribuição dos problemas e gerando simultaneamente uma lógica disseminada de cobrança e prestação de contas. Dirigir para Matus é distribuir, resolver e prestar contas sobre problemas relacionados à missão da organização (Rivera, 1996).

A prestação de contas quando disseminada por toda a organização define e torna efetiva a responsabilidade de cada um, sobre seus compromissos declarados, informais ou formalizados em planos. Compromissos não cumpridos precisam ser justificados, levando em consideração as variáveis fora de controle por parte de quem assumiu os compromissos. *“Compromisso na linguagem político-administrativa de um sistema de alta responsabilidade significa: o outro pode e deve cobrá-lo pelo cumprimento do compromisso (Matus, 1997).*

A eficácia da prestação de contas depende de algumas condições: (1) a informação sobre a qual se presta contas deve ser relevante (não é possível dada a racionalidade limitada e constringida considerar tudo que é produzido, portanto, é preciso escolher aspectos chaves) e os critérios para sua avaliação devem ser estabelecidos e conhecidos pelas partes envolvidas antes da prestação de contas; (2) os compromissos devem ser concretos, passíveis de especificação, podendo ser variáveis numéricas, como a realização de X produtos ou serviços ou variáveis “lingüísticas”, como a realização de operações de diferentes naturezas, sempre relacionados aos objetivos finais da organização; (3) deve ser passível de verificação e de refutação e para isso deve haver um bom sistema de monitoramento que possibilite a observação das referidas variáveis numéricas e lingüísticas; (4) deve se constituir em método de avaliação periódico e regular, individual e da organização como um todo; (5) deve estar articulada e implicar na aplicação de prêmios e punições legitimados na organização, os quais podem ser de diferentes naturezas, desde estímulos financeiros aos relacionados ao âmbito da auto realização e auto estima; (6) deve ser difundida e prestada publicamente para aqueles que serão beneficiados ou não com os resultados alcançados para que o sistema de prêmios e castigos seja efetivo; (7) deve abarcar o desempenho global da organização e não apenas um segmento da organização ou dimensão do desempenho; (8) por fim, ninguém pode ficar fora do sistema de

prestação de contas nem mesmo aqueles encarregados por cobrar o desempenho; eles devem estar sujeitos a também prestar contas (Matus, 1997).

Por sua vez, o monitoramento deve servir a algum ator bem definido que tenha claro o que deseja acompanhar. As informações e/ou ações objetos de monitoramento devem ser ultra-seletivas devendo se constituir em indicadores, verdadeiros sinalizadores que sintetizam o desempenho da organização. O monitoramento deve agir em “*tempo eficaz*” retornando a informação para o executor da ação para que possa ser usada para corrigir, o mais rápido possível, a ação em andamento. “*A informação fora do tempo eficaz desinforma*”(…)“*vale tanto quanto ler o jornal de ontem*”. Sem sistema de monitoramento não é possível operar a cobrança e prestação de contas por desempenho (Matus, 1997).

Assim para o autor a qualificação de um sistema de direção tem seu ponto crítico no estabelecimento do sistema de monitoramento porque somente assim é possível estabelecer a cobrança e prestação de contas, elemento central do Triângulo de Ferro.

Para Matus (1997), não há como a gestão focar os objetivos da organização se o jogo organizacional for de baixa responsabilidade ou se não houver um sistema disseminado de prestação de contas. Em contrapartida uma organização submetida a regras de alta responsabilidade é aquela em que “*ninguém está isento de prestação de contas, nem de ter de cobrá-las de outrem, sistematicamente*”. É a prestação de contas espalhada por toda a organização que alicerça a gestão descentralizada por operações. O poder é atribuído e descentralizado para a unidade definir sua atuação, sempre condicionada aos objetivos gerais, mas em contrapartida é cobrada a operacionalização do que foi definido. A prestação de contas sistemática pressiona a organização a focar seu desempenho buscando uma melhoria contínua.

Embora apresente conceitos específicos para governar e dirigir, governar para Matus (1977) é também dirigir, ou seja, a partir da escolha de uma direção, ser capaz de mantê-la apesar das dificuldades/ problemas que possam surgir no decorrer do tempo. Governar ou dirigir é enfrentar e resolver problemas.

Considerando que a gestão de uma organização se ocupa continuamente em resolver problemas que são obstáculos ao alcance de seus objetivos, Matus, assim como Simon (1979), busca imprimir maior racionalização ao processo decisório tendo como

ponto de partida os objetivos organizacionais. O Planejamento Estratégico Situacional de Carlos Matus é uma proposição de gestão a partir de problemas.

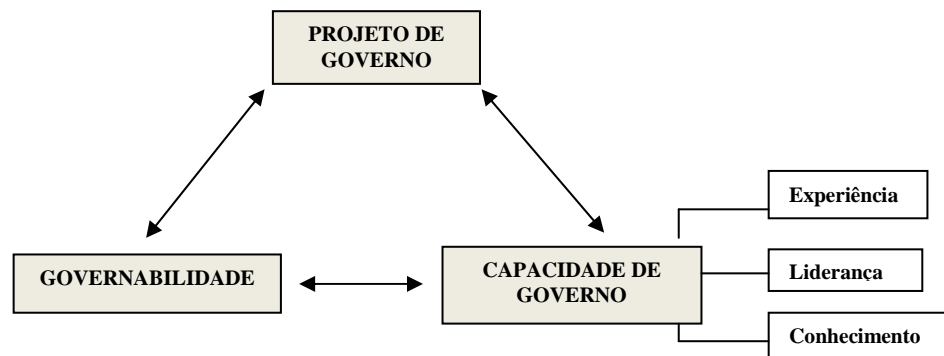
Simon (1979), considerando que as organizações são estruturas de tomada de decisões, ou ainda um fluxo contínuo de decisões sobre os problemas que enfrentam e têm que resolver, propõe a construção de uma cadeia de meios e fins para imprimir de forma disseminada uma maior racionalidade aos processos de escolhas organizacionais. Como os objetivos gerais são apresentados de forma demasiadamente genérica, vaga e imprecisa, propõe que a partir dos objetivos mais gerais sejam identificados um conjunto de meios (atividades) para alcançá-los os quais passam a ser novos objetivos para os quais mais uma vez são identificados novos meios para alcançá-lo. Cada nível é um fim em relação ao nível inferior e um meio em relação ao nível superior.

Esse processo, denominado pelo autor de “*cadeia de meios e fins*” ou ainda de uma “*hierarquia de fins*”, ao ser replicado pelo interior da organização possibilita o estabelecimento de mecanismos de avaliação sobre o alcance dos objetivos específicos de cada segmento e sobre os objetivos gerais da organização, desta forma assegurando e ajustando a direcionalidade de uma organização. A gestão descentralizada por operações a partir de problema de Matus é uma construção semelhante.

Para Matus (2005), governar “*é a arte e a ciência de conduzir organizações...*” ou ainda, é “*interferir no desenvolvimento do jogo com a intenção de se alcançar um determinado propósito*”. Governar é enfrentar os problemas gerados pelo jogo. É a possibilidade de interferir nas regras mencionadas de direcionalidade, governabilidade, departamentalização e responsabilidade. Dirigir uma organização “*é indicar uma direção capaz de atrair aderentes*”. Para isso precisa ter um plano de ação com objetivos claros, capacidade de operacionalizá-lo, inclusive de enfrentar obstáculos, e fazer uma adequada avaliação do grau de dificuldade de sua operacionalização, pois isso poderá determinar um ajuste na capacidade existente de operacionalização e/ou no plano de ação formulado (Matus, 2005).

Partindo dessa compreensão, o Triângulo de Governo sintetiza as variáveis – projeto de governo, capacidade de governo e governabilidade - que diretamente impactam na possibilidade de imprimir direção a uma organização (Figura 2).

Figura 2. Triângulo de Governo



Fonte: adaptação da figura original de Carlos Matus. Teoria do Jogo Social ,2005, p.486

Primeiramente, é necessário ter um *projeto de governo ou conteúdo propositivo* acerca do que a organização vai fazer, tendo em vista os objetivos e os meios necessários para seu alcance. Considerando que uma organização permanentemente enfrenta problemas o “*projeto de governo constitui-se em uma seleção de problemas e em um conjunto de operações para enfrentá-los*” (Matus, 2005). Tal projeto é fruto das circunstâncias e dos interesses que prevalecem a cada momento (do ator/dirigente, de sua coalizão e dos demais atores que também detêm poder), mas é especialmente determinado pela “*capacidade de governo*” do ator dirigente e de sua equipe. O projeto terá maior probabilidade de ser melhor – mais adequado à consecução dos objetivos – quanto melhor for sua fundamentação e qualidade técnica.

A *capacidade de governo* implica no acervo de conhecimentos, de técnicas, de métodos e de habilidades, no acúmulo de experiências, inclusive de liderança, que conferem ao dirigente, sua equipe e à organização como um todo, condições para o exercício de direção ou de condução e para o enfrentamento e superação das dificuldades que eventualmente se apresentem. Pouco adianta o conhecimento sem a experiência e liderança necessários a sua aplicação.

A *capacidade de governo* precisa estar disseminada na organização. Implica que os segmentos da organização sejam capazes de lidar com várias ferramentas racionalizadoras do trabalho organizacional, como o planejamento, a programação, a orçamentação, a avaliação, etc. Para o autor, o planejamento estratégico situacional (PES) que é um planejamento a partir de problemas, tem papel de destaque como uma dessas ferramentas de gestão.

A organização como um todo, e suas diferentes partes integrantes, enfrenta permanentemente problemas para operacionalizar seus objetivos, e o planejamento constitui-se em uma ferramenta que organiza, estrutura, prioriza e distribui tais problemas entre as diferentes partes e níveis hierárquicos da organização, além de identificar suas possíveis soluções, valorizando-as quanto ao impacto na resolução do problema, na mobilização de recursos e na viabilidade de execução. Ao processar o problema escolhido, identificando suas inúmeras causas (que também são problemas), elege aquelas que devem ser tratadas de forma prioritária – *os nós críticos* – as quais se resolvidas ou melhoradas, teriam maior potencial de impactar positivamente nos demais problemas componentes da rede explicativa do problema inicial abordado. Como os problemas podem ter origem em qualquer parte e nível da organização, o planejamento deve ser uma ferramenta capilarizada pela organização, instrumentalizando as equipes para seu enfrentamento.

Matus (1997) ressalva que são os níveis operacionais que detêm, em geral, maior conhecimento sobre os problemas que enfrentam - suas causas, conseqüências e soluções – daí a necessidade de descentralizar o processamento dos problemas, responsabilizando as equipes pela sua resolução. Os problemas são distribuídos de forma que a cada segmento da organização assuma como de sua responsabilidade somente os problemas que para ele tenham elevado valor, pois assim terá maior interesse e criatividade para identificar soluções.

Por fim, a *governabilidade*, refere-se à relação dinâmica entre variáveis controladas e não controladas pelo dirigente e sua equipe, capazes de impactar no *projeto de governo* e assim na direção/condução da organização. Importa considerar o quanto que o dirigente e sua equipe controlam as variáveis relevantes à operacionalização do *projeto de governo*. Quanto maior o número de variáveis sob seu controle maior a governabilidade de execução. A governabilidade depende da qualidade e natureza do *projeto de governo e da capacidade de governo*. Um conteúdo mais modesto e menos conflitante possivelmente proporciona maior governabilidade para o dirigente e equipe. Quanto mais domínio técnico e de negociação que o dirigente e equipe tiverem, maior poder acumulam. A *governabilidade* expressa o poder que o dirigente circunstancialmente tem na organização. A *governabilidade* se ganha e se perde no decorrer da gestão.

Estas três variáveis interagem entre si. Aumentando a capacidade de governo, maior probabilidade de melhorar o projeto e com isso, aumentar a governabilidade, que, por sua vez, impacta de forma positiva nos demais vértices. “*O projeto de governo é o conjunto das propostas de ação; a governabilidade refere-se às possibilidades de ação; e a capacidade de governo(...) é a capacidade para gerar e comandar as ações*” (Matus, 1997).

O *Triângulo de Ferro*, como um sistema de direção, além de materializar as regras organizacionais de Matus, especialmente a de *responsabilidade*, expressa o conteúdo do *Triângulo de Governo* de Matus, qual seja o *projeto de governo*, do qual resulta e sofre condicionamento porque é fortemente dependente da *capacidade de governo*. Os dois triângulos são interdependentes e se influenciam mutuamente.

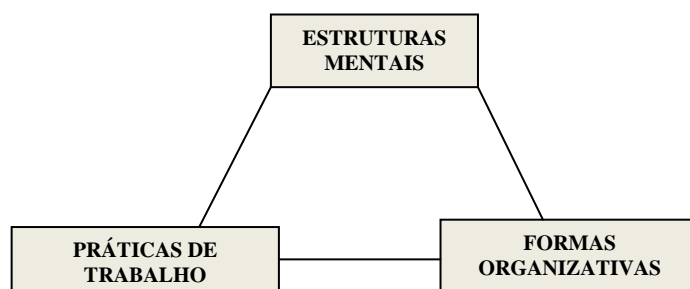
Para Matus (1997), a possibilidade de enfrentamento e de ajustes das regras de uma organização implica em uma transformação radical e vertical de seus subsistemas internos. Pouco adianta introduzir modificações racionalizadoras em um único sistema (pessoal, planejamento, orçamento, etc), pois a resposta final será insatisfatória, dada a intensa interdependência entre eles. Há paulatinamente uma degradação do sistema reformado até que suas “*práticas de trabalho sejam coerentes com os sistemas não reformados*”. A *reforma horizontal* não consegue elevar o grau de responsabilidade de uma organização.

Uma *reforma vertical* não está isenta de dificuldades, mas tem a vantagem de disseminar o *Triângulo de Ferro* por toda a organização e assim modificar as regras de responsabilidade. Cada segmento tem seus objetivos específicos derivados do objetivo geral da organização, processa os problemas que são obstáculos ao seu alcance e presta contas sobre seu desempenho. Dessa maneira, há mais chances das novas formas organizativas impactarem as práticas operacionais.

Entretanto, para Matus (1997), o sucesso da *reforma vertical* e, em última instância, o desempenho da organização são dependentes da cultura organizacional por ele definida como *estruturas mentais* ou o conjunto de hábitos, crenças, modos de operar, valores, ritos e comportamentos compartilhados que pautam o comportamento da organização. Tais estruturas informam e definem as *práticas de trabalho* que são as ações dos integrantes que efetivamente materializam os produtos e serviços

organizacionais. As referidas práticas são mais condicionadas pelas *estruturas mentais* do que pelas *formas organizativas*, compreendidas como o conjunto de leis, regras, normas, manuais, organogramas, planejamento, arranjo contratual, etc. que fornecem a moldura e os limites das possibilidades de ação dos integrantes da organização. Embora haja uma predominância das *estruturas mentais* sobre as demais, relações multidirecionais podem existir (Figura 3).

Figura 3. Práticas de trabalho, formas organizacionais e estruturas mentais



Fonte: adaptação da figura original de Carlos Matus. Adeus, Senhor Presidente Governantes e Governados, 1997, p.343

Para Rivera (1996), qualquer tentativa de mudança em uma organização, precisa considerar a cultura que lá predomina, pois ela define “*as possibilidades de atuação transformadora sobre uma organização*”. Ainda para este autor, haveria duas dimensões das regras de Matus, uma, real e a outra fática, sendo a cultura organizacional a expressão das *regras fáticas*. Estas, por sua vez “*subordinariam ou condicionariam as regras (formais) de direcionalidade, de governabilidade e de responsabilidade*” (Rivera,1995).

Para modificar as “*práticas de trabalho*”, além de rever e ou adequar as “*formas organizativas*”, é preciso principalmente atuar nas “*estruturas mentais*” ou na cultura organizacional. *Estruturas* podem ser modificadas através de teorias, e as *práticas* por métodos e sistemas, ambas fundamentadas em treinamento (Matus, 1997).

A *capacidade de governo* do Triângulo de Governo seria assim, juntamente com a *cobrança e petição de contas* do Triângulo de Ferro, as variáveis interdependentes de maior importância, constituindo-se simultaneamente em alicerce e alavanca para os processos de mudança e de melhoria de desempenho organizacional.

O investimento na aprendizagem organizacional contínua possibilitaria atuar sobre a cultura e o modo de funcionamento vigente na organização, aproximando as referidas *estruturas e práticas* às mudanças pretendidas, única estratégia, para o autor, que poderia contribuir para a incorporação de *novas formas organizativas* no trabalho cotidiano da organização.

4.4. A Teoria da Agência e o Triângulo de Ferro em Organizações Profissionais de saúde

Originadas de áreas de conhecimentos distintos, cada uma das construções teóricas apresentadas prescreve um conjunto de recomendações e/ou ferramentas gerenciais que podem contribuir na resolução dos problemas de baixo desempenho e de insuficiente prestação de contas sobre os serviços prestados das organizações de saúde.

Para a Teoria da Agência a solução reside em desenhar um conjunto de regras formais, de mecanismos e de práticas de monitoramento e de constrangimentos, que induzam os indivíduos a alcançar um desempenho predefinido como adequado para a organização. A partir do desempenho esperado definido, são estruturados os sistemas de monitoramento e de avaliação e de incentivos, diretamente associado ao referido desempenho. A estratégia central para alcançar o desempenho é a indução, estimulando, constrangendo e redirecionando as ações dos profissionais no sentido do desempenho desejado. Implica assim em construir uma cadeia de monitoramento, controle e incentivos. O contrato materializa os compromissos estabelecidos, o desempenho esperado, os incentivos a serem aplicados e os mecanismos de monitoramento e avaliação, além das práticas e instâncias de prestação de contas.

Para Mintzberg e Quinn a solução reside principalmente em intervenções externas à organização profissional, no âmbito das organizações responsáveis pela formação dos profissionais, revisando o padrão de suas qualificações, ou seja, o processo e conteúdo de sua formação. Além de contemplar os conhecimentos e habilidades específicas e necessárias a sua atuação como profissional, outros aspectos devem ser incorporados para que ele internalize uma compreensão mais global e coletiva da organização. Pretende-se assim que suas decisões, além dos auto-interesses passem a ter em conta também os interesses da organização e de sua clientela, dentre eles o desempenho. Com estes “novos” profissionais ingressando nas associações profissionais, os padrões por ela emanados também sofrem mudanças reforçando e fechando o ciclo. De forma complementar e direta, no âmbito da organização profissional, os autores propõem que a gestão incorpore estruturas e práticas mais participativas e colegiadas onde os profissionais efetivamente negociem com a cúpula dirigente e gerentes intermediários todos os aspectos organizacionais inclusive o

desempenho. Os autores, ao destacarem a centralidade do profissional na determinação do funcionamento e do desempenho organizacional, esclarecem a razão da resistência encontrada nas organizações profissionais quando se quer introduzir qualquer tipo de mudança que interfira no trabalho do profissional. Definir e monitorar o desempenho indiscutivelmente são constrangimentos à autonomia e ao poder do profissional.

Para Matus, a solução reside em disseminar na organização, por todos os seus processos de trabalho/produção, ferramentas racionalizadoras do trabalho, em especial às relacionadas ao Triângulo de Ferro (planejamento, monitoramento, avaliação, incentivos, prestação de contas, etc.), as quais têm como foco o desempenho. O desempenho para Matus e para a Teoria da Agência constitui-se em elemento central e norteador das demais proposições. Matus, entretanto reforça a necessidade de desenvolver a *capacidade de governo* – adquirir novos conhecimentos, técnicas e habilidades - não apenas para melhor identificar e ajustar as referidas ferramentas por ele denominadas de *formas organizacionais*, colocando assim em efetiva operação o Triângulo de Ferro, mas para interferir nas *estruturas mentais e práticas de trabalho* as quais também determinam o desempenho organizacional.

Estas construções e suas prescrições podem ser consideradas como *tipos ideais* inseridas nos dois grupos referidos por Melo (1996) de proposições sobre reforma da administração pública, uma que valoriza mais as intervenções no campo dos valores e crenças que prevalecem na organização e outra, que valoriza mais o desenho de mecanismos e ferramentas que focalizem o desempenho e constriam as ações dos indivíduos na organização. A Teoria da Agência estaria inserida no segundo grupo, Mintzberg e Quinn no primeiro e Matus nos dois, embora com maior ênfase, no segundo. Porém, diferentemente da Teoria da Agência e de Matus, Mintzberg e Quinn não discutem e nem pretendem encontrar soluções para o baixo desempenho e insuficiente prestação de contas da administração e sim explicar como uma organização profissional funciona. Ao reconhecerem que ela tem problemas de desempenho e de coordenação propõem como solução, intervenções também no campo dos valores e crenças.

Em organizações que prestam serviços públicos, como as de saúde, cujo processo de trabalho principal se reveste de alguma incerteza e que têm resultados difíceis de serem mensurados e onde podem existir diferentes objetivos para os

dirigentes e para os profissionais, havendo ainda, considerável assimetria de informações entre eles, estão dadas as condições que favorecem a ocorrência de comportamentos oportunistas por parte dos profissionais. A Teoria da Agência, através do arranjo contratual, objetiva justamente constranger e/ou minimizar o comportamento oportunista reforçando os comportamentos que assegurem um desempenho pré-acordado (Ferris & Graddy, 1998).

As relações que se estabelecem em uma rede de serviços de saúde e no interior de suas unidades componentes (como o hospital) podem ser classificadas como relações titular/agente da Teoria da Agência. O modelo de homem contratual do agente auto-interessado, com uma racionalidade constrangida e limitada e com propensão a comportamentos oportunistas da Teoria da Agência é perfeitamente aplicável aos agentes do setor saúde.

Considerando-se a rede de serviços de saúde como uma cadeia de relações titular/agente, constitui-se como titular último, a população. Ocupam também este lugar de titular os que agem em nome dela – os dirigentes do setor público do nível central, regional, local e organizacional, responsáveis por assegurar a prestação da assistência. Os dirigentes do setor privado são também titulares, quando se encontram nessa mesma condição, de agir em nome de um conjunto de usuários, como no caso das relações estabelecidas entre operadoras privadas de planos de saúde e prestadores de serviços.

São agentes, os prestadores de serviços de saúde do setor público e do setor privado lucrativo ou não. Por sua vez, um dirigente de hospital se transforma em titular na relação que estabelece com os serviços que integram esse hospital, com suas equipes e profissionais, os quais são, nesta relação, os agentes.

Ao focar-se a relação entre população e os níveis gerenciais, estes últimos são os agentes e a população o titular, mas ao considerar-se a relação entre níveis gerenciais e prestadores, os primeiros constituem-se em titulares e os segundos em agentes. Nesse sentido, uma autoridade governamental de saúde, de nível central ou regional ou local, atua como titular e a rede de serviços públicos e privados, como agente.

Considerar os dirigentes de sistema como titulares e os prestadores como agentes ou ainda, o diretor de um hospital como titular e suas equipes assistenciais e administrativas como agentes, parece ser um adequado modelo de análise das relações

que se estabelecem especialmente para lidar com o problema da assimetria de informações e do oportunismo. Os agentes dispõem de certas informações que o titular não consegue acessar de forma direta. Os primeiros sabem mais o que os motiva, conhecem melhor suas capacidades e seus limites, presenciam situações as quais o titular sequer tem conhecimento, e executam ações, que em grande parte, são desconhecidas pelo titular.

A equipe, os médicos e enfermeiros, detêm informações e conhecimentos que lhes são exclusivos. Podem inclusive, se utilizar desses recursos de poder para obter vantagens, privilegiando por vezes seus interesses em detrimento dos interesses do paciente e da organização. Somente eles, de fato, conhecem e controlam os recursos utilizados no processo de atenção, determinando assim o custo e a qualidade da atenção prestada. Mintzberg também reconhece que a tomada de decisões no âmbito operacional nas organizações profissionais é principalmente informada pelos auto-interesses do profissional.

O mesmo acontece ao considerarem-se as relações entre dirigentes de sistema de saúde e as unidades prestadoras de serviços. Os dirigentes hospitalares e de outras unidades também detêm informações e conhecimentos privilegiados em relação ao dirigente de nível central e ou regional.

Neste contexto, de interesses diferentes e por vezes contraditórios, onde os agentes se comportam segundo seus auto-interesses e com propensão ao oportunismo, o contrato pode ser uma ferramenta que minimize os problemas advindos da informação incompleta e do oportunismo, aproximando os interesses de todos, no sentido de atender os objetivos da organização, tendo como referência as necessidades da população.

Para a Teoria da Agência a estratégia central para a aproximação de interesses entre titular e agentes é a indução por meio dos incentivos, de forma a propiciar simultaneamente o *constrangimento e o incentivo à participação*. Os incentivos devem oferecer um ganho à adesão/participação superior ao da não adesão/participação e devem possibilitar que os auto-interesses dos agentes sejam atendidos além dos interesses do titular, este representando interesses mais coletivos, em especial os da população.

De toda forma, é praticamente impossível eliminar todos os conflitos de interesses a partir de arranjos compensatórios. Em função disso, é preciso acompanhar os efeitos dos incentivos e promover ajustes se necessário (Shorteel and Kaluzny, 2006).

Isto não entra em conflito com a estratégia proposta por Mintzberg e Quinn, a negociação, para aproximar os interesses dos profissionais e da cúpula dirigente e gerentes intermediários. É possível utilizar incentivos e negociar. São estratégias complementares para lidar com a concentração de poder dos profissionais e com o conflito de interesses existentes nas organizações profissionais. O contrato, se de fato negociado entre as partes envolvidas, expressaria o resultado da negociação – os compromissos que cada um assumiu para si. *“Como a cooperação entre eles não é automática, precisam estabelecer negociações e acordos que permitam obter vantagens que não seriam alcançadas na ausência de uma cooperação formalizada”*, ou seja, devem buscar uma *“solução cooperativa”* e a *“melhor forma de negociar e acordar é através de contratos”* (Mendes, 2002).

Negociar o contrato é estabelecer compromissos entre as partes sobre o desempenho a ser alcançado, traduzido em metas e indicadores quantitativos e qualitativos, sobre os incentivos a serem utilizados e sobre os mecanismos de monitoramento e prestação de contas. Os incentivos reforçariam o resultado da negociação a qual por sua vez potencializaria o uso da ferramenta contratual. O estabelecimento de resultados esperados (do desempenho), mesmo que negociados, é em si um constrangimento (necessário) à prática profissional, daí a importância da utilização de adequados incentivos de forma a induzir os profissionais a alcançarem tais resultados.

O contrato pode ser usado para promover a discussão com os profissionais acerca dos objetivos, dos indicadores e das metas de cada serviço, estimulando a construção de uma prática mais comunicativa, participativa e negociada. Assim, pode contribuir para a construção de *“uma relação dialógica pela via do contrato”*, o qual se constituiria em *“uma norma negociada”* (Mendes, 2002). Ao mesmo tempo o contrato expressa uma formalidade e uma tentativa de racionalização do trabalho organizacional, estabilizando mesmo que temporariamente o pacto estabelecido.

A negociação, no contexto das organizações profissionais, é importante estratégia para a cúpula dirigente e gerentes intermediários se constituírem em força catalisadora e organizadora das diferentes estratégias individuais, conformando uma coalizão dominante com poder suficiente para assegurar uma direcionalidade à organização. A ausência prolongada de um foco de poder concentrado na organização propicia a difusão de intensos conflitos, o que dificulta imprimir um rumo à organização, deixando-a a deriva. A formação de uma coalizão dominante (aquela que circunstancialmente detém mais poder em relação às demais coalizões que se conformam e se dissolvem) surge como uma estratégia para aglutinar e desenvolver interesses comuns em torno da organização, no seu ambiente interno e externo (Cyert & March, 1963; Mintzberg, 1983; Scott, 1981; Bacharach & Lawler, 1980; Lima, 1994).

Outros autores endossam a importância do envolvimento dos profissionais na definição de políticas, regras, normas, padrões e práticas, como estratégia para assegurar maior satisfação profissional e fixar o profissional na organização. Os profissionais querem se envolver não apenas com as decisões mais imediatas que lhe dizem respeito direto, mas também com aquelas que envolvem o futuro da organização em que se inserem (Shorteel and Kaluzny, 2006).

No entanto, esse envolvimento reconhecido como necessário é também identificado como problemático. Os profissionais muitas vezes resistem a participar, seja por razões ligadas à perda de sua autonomia e poder, seja por razões culturais, seja ainda, porque os incentivos existentes não os levam a se envolver.

Para Rivera (1996) as possibilidades de introdução de mudanças em organizações estão condicionadas pela sua cultura. Tentativas de racionalização tal como a introdução da lógica contratual terão que lidar com a questão cultural. Nesse sentido identifica como estratégias para impactar as *estruturas mentais* não apenas a capacitação como Matus, ou mesmo como Mintzberg, quando se refere às mudanças nos currículos de formação dos profissionais. Para Rivera (1996) é necessário instituir uma comunicação intensiva dada à intensa interdependência dos processos de trabalho nas organizações de saúde as quais denomina de organizações comunicantes.

Reconhecendo a necessidade de instituir mecanismos de coordenação e de prestação de contas mais vigorosos em um contexto de grande dispersão de poder e de

considerável autonomia técnica, o arranjo contratual pode ser uma ferramenta a ser utilizada com esta finalidade. Sua implementação dependerá menos da imposição e mais dos incentivos associados à negociação e à pactuação. Os incentivos devem ser suficientes para que os profissionais, frente às recompensas compromissadas e esperadas, abram mão ao menos em parte de sua autonomia e poder, acatando o constrangimento regulado.

Como os sistemas e processos de trabalho são interdependentes é preciso disseminar a lógica contratual construindo uma rede de contratos e por conseqüência de compromissos pactuados. As intervenções organizacionais têm mais chances de obterem sucesso se forem disseminadas através de uma reforma vertical (Matus, 1997). Disseminar os contratos é de algum modo disseminar o *Triângulo de Ferro* em cada segmento organizacional. O Triângulo assim como o contrato tem como aspecto central a cobrança e a prestação de contas sobre o desempenho.

O contrato pode ser considerado como o *projeto de governo do Triângulo de Governo*. Assim sendo, é fortemente condicionado pela *capacidade de governo*, pelos conhecimentos e habilidades existentes na organização.

A Teoria da Agência assim como o Triângulo de Ferro pressupõem que o desempenho (resultados alcançados tendo em vista os objetivos organizacionais) é em parte dependente da prestação de contas ou *accountability*. Sendo assim a disseminação e fortalecimento de mecanismos e práticas de prestação de contas contribuiria para a melhoria do desempenho das organizações.

Resgata-se aqui a idéia de que uma organização hospitalar não trabalha isoladamente, pois está inserida em uma rede de serviços com outras unidades componentes. Cada uma para realizar seu trabalho depende do trabalho realizado por outra, mantendo entre si fortes relações de interdependência.

Considerando a interdependência existente entre os processos de trabalho internos à organização hospitalar e entre ela e outras unidades na rede de atenção, a melhoria do desempenho do hospital é também condicionada pelo desempenho das outras unidades. Sendo assim, se justifica disseminar as relações contratuais por toda a rede de serviços. O nível local e/ou regional de uma rede de serviços estabelecendo relações contratuais com cada uma de suas unidades componentes e internamente cada

uma delas reproduzindo o mesmo entre a direção e serviços/equipes. Materializaria assim a reforma vertical de Matus, disseminando o Triângulo de Ferro por todas as organizações e no interior de cada organização.

A disseminação da lógica contratual por dentro da organização implica em disseminar e implementar um planejamento a partir de problemas (obstáculos ao alcance dos referidos objetivos específicos) no âmbito operacional. O conteúdo do contrato reflete o planejamento de cada segmento da organização, que por sua vez alimenta e se articula com o planejamento global da organização. De algum modo, o planejamento descentralizado de Matus, pode ser comparado com o planejamento ascendente a partir da base profissional de Mintzberg (2004), onde a cúpula dirigente assume mais o papel de articulador do que formulador.

O planejamento global da organização por sua vez alimenta e decorre do planejamento da rede de serviços. O contrato entre a unidade componente e o órgão gestor da rede deve expressar o planejamento referido. O contrato neste sentido cumpre também a finalidade de vincular e expressar o planejamento das atividades com a efetiva execução.

O plano pode ser uma ferramenta de comunicação interna e externa da organização. O planejamento, ao interligar as ações de cada segmento da organização, contribui como mecanismo de coordenação. Ao estabelecer um padrão (ideal) do que espera que a organização faça, possibilita a avaliação e o controle. O plano é um articulador e uma síntese de idéias e ações já existentes na organização os quais são documentados e formalizados. Isso pode contribuir para uma reflexão da prática e para a introdução de ajustes. Além disso, o processo de planejamento, se incorporado as equipes, pode estruturar a discussão propiciando a negociação e o estabelecimento de pactos mesmo que temporários entre a cúpula e profissionais, sendo assim uma ferramenta do aprendizado organizacional (Mintzberg, 2004).

Entretanto, para planejar, estabelecer a relação contratual e os mecanismos de monitoramento, impõe-se o desenvolvimento da capacidade técnica gerencial dos titulares e dos agentes ou da “*capacidade de governo*” de Matus (1997). É necessário acumular conhecimentos, técnicas e ferramentas para melhorar o conteúdo propositivo do contrato, da arquitetura dos incentivos e do monitoramento e avaliação.

Por fim, tudo isso deve ser considerado a luz das recomendações de Mintzberg (2004) sobre a necessária flexibilização a ser atribuída aos processos racionalizadores introduzidos nas organizações profissionais.

Neste sentido, Trosa (2001), sem desconsiderar a necessidade de formalização, chama a atenção para a importância da incorporação do que denomina “*espírito do procedimento contratual*”... “*compreendido como um estado de espírito e de uma mudança de relações*”. Independentemente de sua formalidade, a clareza das normas é a base da lógica contratual. É preciso claramente definir quais são os resultados esperados, os critérios de avaliação, as condições de execução, os incentivos, etc. Porém esta definição deve ser realizada de forma negociada com os que são diretamente afetados pelas regras, pois a negociação além de torná-las mais robustas, aumenta as chances de serem efetivamente incorporadas. A constância de propósito se constitui em outra condição. Por fim, deve-se ter “*uma abordagem corajosa do bom ou mau de desempenho*”... “*tratar da mesma maneira desempenhos bem sucedidos e desempenhos insatisfatórios suscita em todos sentimento de injustiça*”.

Significa dizer que o processo de estabelecimento de contratos, desde o planejamento, que lhe dá conteúdo, até seu monitoramento e avaliação deve ganhar flexibilidade através da negociação e do diálogo contínuo sobre o que for estabelecido no contrato, buscando explicações sobre os resultados alcançados, promovendo ajustes sempre que necessário e identificando alternativas, mesmo que não previstas antecipadamente nos contratos.

Isto não desvirtua a lógica contratual, que não existe sem o estabelecimento de um padrão de desempenho, que será objeto de posterior avaliação, associada à punição e ou recompensa, apenas a flexibiliza. Sem deixar de considerar que a punição pode e deve ser aplicada, quando necessária e justificada, e que isto contribui para gerar credibilidade ao processo de estabelecimento de relações contratuais, a busca do estreitamento das relações entre as partes contratantes pelo diálogo, pela comunicação e pela negociação, também pode conferir legitimidade e acumular confiança entre as partes contratadas, ganhos secundários importantes para fortalecer a cooperação e coordenação no setor saúde. A negociação pode ser uma estratégia adequada para potencializar os possíveis benefícios do uso da lógica contratual porque permite que aos

poucos ela “invada” as práticas de trabalho e as estruturas mentais que circunstancialmente prevalecem na organização.

O alcance de elevados padrões de desempenho é função da especificação de regras e procedimentos, mas também da comunicação informal envolvendo os grupos relevantes da organização. Regras e procedimentos ajudam a definir e manejar inúmeros problemas, mas dada a incerteza e complexidade do trabalho profissional, mecanismos *ad hoc* e informais também devem ser utilizados para lidar com problemas não rotineiros. Regras e padrões claramente especificados, combinados com a participação na tomada de decisão e autonomia profissional, podem contribuir se usados com alguma flexibilidade, para coordenar e avaliar o trabalho profissional (Shortell e Kaluzny, 2006)

O enfrentamento da questão do desempenho nas organizações de saúde passa necessariamente por se definir antes de tudo qual o desempenho esperado, sendo assim inevitável, a definição de um padrão, mesmo que temporário, e com avaliação flexível. Fazer isso implica, sem dúvida, em interferir de alguma forma no trabalho do profissional. Fazer isso de forma negociada e interativa, onde os profissionais participem da definição deste padrão é uma estratégia que não elimina a autonomia profissional por completo e considera os *traços culturais* (Rivera, 1996) das organizações profissionais de saúde, onde os profissionais têm papel de central no processo de trabalho e na conformação da cultura dominante. *“Mudar de dentro de uma cultura estabelecida ou mudar a cultura a partir da própria cultura, em um processo nitidamente comunicativo, parece ser a fórmula contraditória que resume o potencial de transformação organizacional* (Rivera, 1996).

Não apenas as regras e incentivos, mas também a cultura condiciona as práticas de trabalho, que por sua vez determinam o desempenho organizacional. Múltiplas estratégias, desde que sinérgicas e articuladas, podem potencializar as chances de se introduzir mudanças nas organizações.

5. Arranjos contratuais no setor hospitalar na experiência internacional

A literatura internacional que trata da análise das experiências contratuais em sistemas e serviços de saúde, em particular no setor hospitalar, embora se refira a contextos diversos, considerando experiências em países desenvolvidos e em países em desenvolvimento, e a diferentes períodos de tempo, têm em comum alguns obstáculos e recomendações que são apresentados neste capítulo.

O uso de arranjos contratuais entre autoridades governamentais de saúde e prestadores privados ou públicos, de atenção básica e hospitalar, tem sido cada vez mais difundido nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, nos processos de reforma dos sistemas de saúde, como meio para melhorar o desempenho dos prestadores (Forgia & Coutollenc, 2008 p. 138; Loevinsohn, 2008; Evans, 2006; Figueras et al. 2005; Perrot, 2004; Mills & Broomberg, 1998).

Nos países desenvolvidos, as experiências de uso de contratos mais debatidas talvez sejam as dos Estados Unidos, Reino Unido, Holanda, Suécia, Finlândia e Nova Zelândia. Muitos países em desenvolvimento, de baixa e média renda, da América Latina, do antigo bloco Soviético, do Leste Europeu e da África também iniciaram reformas com a utilização de arranjos contratuais (Mills & Broomberg, 1998).

Apesar da abrangência de seu uso, do debate e da literatura já produzida são poucas as avaliações sistemáticas realizadas e há limitada evidência sobre o impacto dos arranjos contratuais no desempenho dos prestadores, especialmente nos países em desenvolvimento. Nos países desenvolvidos resultados aparentemente favoráveis, mas com alguma incongruência, são apresentados quanto à melhoria da qualidade e ao uso mais eficiente dos recursos (Siddiqi et al., 2006; Mills & Broomberg, 1998).

Os resultados observados são limitados e contraditórios, o que em parte pode ser explicado pelo tempo ainda insuficiente de uso dos arranjos contratuais para avaliar seus efeitos de longo prazo, especialmente nos países em desenvolvimento (Perrot, 2004; Mills & Broomberg, 1998).

De toda forma, é possível dizer que os arranjos contratuais por si só não levam à melhoria de desempenho, precisam estar associados a outras iniciativas ou condições para que toda a sua potencialidade possa ser aproveitada (Siddiqi et al., 2006; Mills & Broomberg, 1998).

Embora não haja uma evidência suficientemente robusta e conclusiva acerca da influência decisiva dos arranjos contratuais na melhoria do desempenho dos sistemas de saúde (Figueras et al., 2005), razão principal de sua utilização, são identificados, a partir das experiências de arranjos contratuais existentes, com relativo consenso, obstáculos e recomendações, bem como os benefícios indiretos.

Estas considerações não apenas podem ajudar o aprimoramento das experiências em curso como podem contribuir, desde que contextualizadas, para os países que estão em fase inicial de implantação dos arranjos contratuais, em particular para aqueles em que esses arranjos ainda se constituem em experiências isoladas (Perrot, 2004; Mills & Broomberg, 1998).

Obstáculo 1: Baixa autonomia gerencial dos prestadores

É argumentado na literatura que a baixa autonomia operacional dos prestadores, decorrente das regras vigentes na administração pública, constitui-se em obstáculo para a implementação dos arranjos contratuais. Vários países têm buscado alternativas jurídico-administrativas mais flexíveis para conceder mais autonomia para os prestadores na gestão de seus recursos, sob a alegação de que os prestadores precisam ter mais flexibilidade para responder rapidamente às novas exigências colocadas pela contratualização (Figueras et al., 2005; La Forgia & Couttolenc, 2009).

A autonomia tem sido concedida com ou sem a saída do prestador da esfera da propriedade estatal. Em alguns países europeus, os hospitais ganharam mais autonomia sem deixarem de ser de propriedade estatal.

No caso do Reino Unido, os hospitais públicos ganharam a condição de empresas (*trusts*), mas são organizações não lucrativas de propriedade pública as quais estão submetidas às determinações das autoridades do Sistema de Saúde (*National Health Service*) (Perrot, 2006).

Na França, foi conferida aos hospitais, em 1991 por lei, a condição de estabelecimentos públicos de saúde (*Établissement public santé/EPS*), o que lhes propiciou mais autonomia na gestão. O EPS é uma personalidade jurídica do direito público, com autonomia financeira, sob a tutela do poder público que controla aspectos essenciais de seu funcionamento, em especial o financeiro (Roodenbeke et Perrot, 2005). Em 1996, nova lei torna obrigatório o estabelecimento a contratualização entre hospitais (EPS) e a Agência Regional Hospitalar, estrutura descentralizada do Ministério da Saúde constituída, dentre outras razões, para contratar os prestadores. Ainda a mesma lei, também torna compulsória para os hospitais, a elaboração de um plano de estabelecimento (*projet d'établissement*) para um período de cinco anos que deriva e se subordina a um “*contexto regulamentar*”, que são as diretrizes e regras do planejamento regional e/ou central em saúde. O plano regional e o do hospital subsidiam o “*contrato de objetivos e meios*” entre Agência e hospitais (Castelar et al., 1995; Roodenbeke et Perrot, 2005; Perrot, 2006).

Hospitais públicos na África (Uganda e Zâmbia) e em países da América do Sul (Argentina, Chile e Uruguai) igualmente ganharam maior autonomia gerencial associada ao uso de contratos mantendo a sua vinculação com a estrutura pública (Waters et al., 2004; Abrantes, 1999).

Diferentemente, na Nova Zelândia a autonomia dos prestadores foi concedida através da constituição por lei, de novas estruturas jurídico-administrativas com status legal independente e capacidade contratual, as agências de prestação (*Crown Health Enterprises/CHEs*) e as de compra de serviços (*Regional Health Authorities/RHAs*), separando assim as funções de prestação e de compra no sistema de saúde (Ashton et al., 2004; WHO, 2004).

Em todas as experiências, a autonomia concedida foi condicionada ao estabelecimento de algum tipo de arranjo contratual com a autoridade governamental, o que possibilita vincular e submeter os prestadores às diretrizes da política de saúde. Não há resultados conclusivos nas experiências de Nova Zelândia e da África em que a autonomia tenha trazido ganhos de eficiências para os hospitais (Ashton et al., 2004; WHO, 2004; Water et al., 2004)

Obstáculo 2: Insuficiente capacidade de gestão do contratante e do contratado para lidar com a lógica contratual

Outro importante obstáculo para a implementação dos arranjos contratuais, consensualmente identificado na literatura, é a frágil capacidade dos governos contratantes em termos dos conhecimentos e das habilidades necessários para lidar com a lógica contratual. A nova lógica exige especialmente do Estado, pelo seu papel regulador, capacidade técnica para formular e gerenciar os arranjos contratuais – conhecimentos e habilidades em planejamento, programação, negociação, uso de incentivos, monitoramento e avaliação (Siddiqi et al., 2006; Figueras et al., 2005; Roodenbeke et Perrot, 2005; Perrot, 2004; Abrantes, 1999; Mills&Brooberg, 1998).

Não apenas os contratantes apresentam essa fragilidade gerencial. Os prestadores também não possuem estruturas organizacionais, conhecimentos, técnicas e práticas exigidas para o manejo adequado da lógica contratual, com o contratante e com os serviços e equipes internas. Em grande parte, esta fragilidade pode ser decorrente da pouca autonomia dos prestadores na gestão dos recursos. Aqui parece haver um círculo vicioso – os prestadores não desenvolvem adequada capacidade gerencial porque não têm autonomia, mas não ganham autonomia porque não têm capacidade gerencial para lidar com a autonomia.

Agrava-se a fragilidade gerencial quando está associada à instabilidade institucional, que, aliás, pode ser outro de seus determinantes. A promoção de mudanças de profissionais em posições chave tem como consequência a perda de conhecimento organizacional e de habilidades já acumulados, ocasionando ainda a elevação dos custos de transação de implantação dos arranjos contratuais, como o ocorrido na experiência da Nova Zelândia (Ashton et al., 2004; WHO, 2004).

Obstáculo 3: Financiamento insuficiente para implementação e manutenção da lógica contratual

Mais um obstáculo encontrado reside na insuficiência dos recursos financeiros necessários à implementação dos arranjos contratuais. A utilização dos arranjos contratuais não se dá sem um custo, sem o aporte de recursos adicionais aos já existentes. Há um custo de transação para preparar o contrato - o tempo dos atores utilizado para negociar, para levantar e analisar as informações necessárias à

elaboração do contrato, para definir metas e indicadores, etc.; para monitorar e avaliar o contrato; e para bancar os incentivos presentes no contrato. Tudo isso leva a um aumento de gastos diretos e indiretos, em curto espaço de tempo, ao menos inicialmente, antes que os possíveis ganhos de eficiência possam ser incorporados por parte dos contratantes e dos prestadores (Perrot, 2004; Abrantes 1999).

Os custos por sua vez têm relação inversa com a capacidade técnico-gerencial (conhecimentos, métodos e ferramentas) já existente do contratante e do contratado para operar a nova lógica de relação – menos capacitação implica em mais custos (Figueras et al., 2005; Abrantes 1999).

Além disso, é necessário fazer estimativas realistas sobre o custo da prestação de serviços previstos no contrato. Um orçamento subestimado pode contribuir para o desinteresse do prestador e para uma menor qualidade dos serviços prestados, etc. Uma estimativa adequada pode significar um aporte de recursos maior para prestadores que antes eram sub-financiados (Figueras et al., 2005; Abrantes 1999).

Estimativas inadequadas e não realistas do financiamento do contrato e dos custos de transação têm sido importante obstáculo para a implementação e para a continuidade dos arranjos contratuais, os quais deveriam ser mais bem dimensionados antes mesmo de dar início a sua implementação (Figueras et al., 2005; Abrantes 1999).

Considerando os obstáculos identificados, as ações para seu enfrentamento constituem-se em exigências e/ou recomendações para a implementação dos arranjos contratuais.

Recomendação 1: Desenvolvimento da capacidade de regulação e gestão do Estado contratante e da capacidade de gestão do contratado

Uma das primeiras exigências para o uso dos arranjos contratuais é o desenvolvimento da capacidade de regulação do Estado. Implica em saber induzir e monitorar o comportamento dos prestadores de serviços para que alcancem objetivos de eficiência, qualidade e equidade, de forma a assegurar e proteger o interesse público. Para exercer de forma competente esta função é necessário incorporar

conhecimentos e habilidades e instituir mecanismos, instrumentos e instâncias de regulação, acoplados a um aparato legal (Kadai et al., 2006; Perrot et al., 2005).

Devem ser instituídos regras, instrumentos e práticas de regulação, definidas instâncias e mecanismos de controle, de monitoramento, de supervisão e de avaliação, com tarefas bem definidas. Recursos devem ser destinados para essa finalidade específica e as autoridades governamentais em saúde têm papel fundamental como indutores, articuladores, coordenadores e executores da regulação (Kadai, 2006).

Para regular, são necessários conhecimentos e habilidades no campo do direito, da avaliação econômica, da saúde pública, do planejamento em saúde, da negociação, e da avaliação, etc., o que implica em desenvolver sua capacidade de gestão. Do ponto de vista específico da lógica contratual é preciso adquirir conhecimentos e desenvolver habilidades sobre: o que contratar ou quais os serviços que precisam ser realizados para responder às necessidades da população; como conduzir o processo de negociação, seja quando houver apenas um prestador, seja em situações em que houver mais de uma proposta/oferta de diferentes prestadores; como calcular os recursos necessários para o pagamento dos serviços contratados; como desenhar o contrato e os sistemas de monitoramento e de incentivo vinculado ao desempenho; como operar o monitoramento e a auditoria dos prestadores; e como implementar sanções ao não desempenho (WHO, 2008; Figueras et al., 2005; Perrot, 2004; Abrantes, 1999; Mills & Brooberg, 1998).

É necessário qualificar a função de compra nos sistemas de saúde, mesmo onde não haja formalmente um processo de compra, como quando não há separação formal entre o prestador e comprador. A compra passiva de serviços, através de um orçamento predefinido ou do pagamento retrospectivo dos serviços prestados, deve se mover para modalidades mais estratégicas de compra nas quais a decisão deve estar orientada sobre quais serviços, como e de quem comprar (Robinson et al., 2005; England, 2002). No processo de contratação esta função é central para as instâncias e dirigentes de sistemas que são os contratantes/compradores de serviços de saúde.

A insuficiência de conhecimentos e habilidades para negociar e elaborar contratos dos contratantes e dos prestadores contratados na Nova Zelândia elevou os custos de implantação dos arranjos contratuais (Ashon et al., 2004; WHO, 2004).

Nas experiências da Argentina e Uruguai, identifica-se como uma das causas para a incompletude das reformas, o não alcance da capacitação gerencial necessária ao uso dos arranjos contratuais. No Chile a situação foi mais favorável porque já havia por parte do governo uma experiência acumulada pelo Fundo Nacional de Saúde com a contratação de serviços privados para os beneficiários de planos de saúde (Abrantes, 1999).

Por tudo isso se faz necessário grande investimento na área de recursos humanos. Países que alcançaram mais sucesso com as reformas, e em especial com a contratualização, foram aqueles, como Reino Unido e Suécia, que possuíam um quadro de funcionários públicos altamente qualificados (Abrucio, 2006).

Tais conhecimentos e habilidades na maior parte dos casos não estão adequadamente estabelecidos, especialmente nos países em desenvolvimento, exigindo importante aporte de recursos para que prestadores e compradores se habilitem para essa nova lógica de relação e de gestão (Figueras et al., 2005; Perrot, 2004; Docteur, 2003; Mills & Broomberg, 1998; Mills, 1998; Oxley & MacFarlan, 1995).

Todas essas exigências, embora grandemente focadas nos contratantes, trazem implicações para os contratados/prestadores. Estes só poderão alcançar as exigências contratuais se também adquirirem novos conhecimentos e habilidades no campo da gestão administrativa e da clínica assistencial, com a utilização de métodos e técnicas de planejamento, programação e de avaliação a serem aplicados nos serviços clínicos e administrativos.

No caso da contratualização propiciar maior autonomia gerencial para os prestadores, serão exigidos conhecimentos e técnicas, possivelmente até então desnecessários, para fazer a gestão de materiais, a econômico-financeira, de pessoal, etc. Igualmente traz repercussões para os contratantes que precisarão monitorar o contrato, a qualidade e a eficiência dos serviços prestados, conduzir a negociação com as equipes e desenvolver sistemas de incentivos. A concessão de maior autonomia para as unidades prestadoras de serviços deve ser dosada segundo a capacidade técnica das unidades de saúde para gerenciar seus recursos, o que implica, em investir

na qualificação gerencial simultaneamente à concessão de autonomia (World Bank, 2007).

Destaca-se, entretanto a necessidade de desenvolvimento gerencial do ente contratante. O uso dos arranjos contratuais exige das autoridades governamentais uma atuação forte no campo da regulação, havendo ou não separação das funções de compra e execução, havendo ou não competição entre os prestadores. Além dos conhecimentos e habilidades específicas no campo da contratação, implica em ter conhecimento sobre as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, sobre as regras legais que regem as relações contratuais, ter capacidade de análise econômica e das informações disponíveis sobre os pacientes, e de produzir protocolos sobre os diagnósticos e condições de saúde mais prevalentes.

Pelas experiências observadas, o sucesso da contratação parece estar associado fortemente à capacidade técnica dos diferentes atores envolvidos no processo. Importante desafio reside em construir uma base de conhecimentos e competências necessários ao uso dos arranjos contratuais para diferentes contextos e atores os quais tem inclusive níveis de capacitação diferentes. Não se trata apenas das competências individuais, mas da capacidade institucional que diz respeito às funções da instituição e ao uso de métodos e ferramentas de gestão. Eventualmente pode ser necessário assegurar, um apoio externo para o acompanhamento da implantação dos arranjos contratuais e para o desenvolvimento gerencial de uma forma mais abrangente (WHO, 2008).

Recomendação 2: Implantação de sistema de informações sobre prestadores e população a ser atendida

Para regular, planejar, monitorar e avaliar obviamente são necessários potentes sistemas de informação sobre a capacidade de oferta, a efetiva produção dos prestadores, os recursos utilizados, em particular sobre os custos das diferentes alternativas de tratamento, a qualidade da atenção prestada e demais ações previstas nos contratos. Além disso, são necessárias informações sobre o perfil de morbimortalidade da população a ser atendida.

O uso dos arranjos contratuais requer a implantação e/ou aperfeiçoamento de sistemas integrados e racionais de informações gerenciais, financeiras e assistenciais

(Waters et al., 2004). A qualidade das informações é uma variável chave para o processo de monitoramento dos contratos constituindo-se em condição necessária para a prestação de contas e avaliação (Abrucio, 2006). Para avaliar o desempenho da parte contratada, condição essencial para assegurar a credibilidade dos arranjos contratuais, é indispensável a existência de informações confiáveis e atualizadas. A regulação pressupõe disponibilidade de informação (Savas, 2000).

A ausência de informações confiáveis sobre custos, volumes de produção e qualidade dificultaram a comparação do desempenho entre os prestadores e a negociação dos contratos na experiência da Nova Zelândia, tendo ainda contribuído para elevar os custos de transação (Ashton et al., 2004; WHO, 2004).

A disponibilidade da informação detalhada é crucial para o uso dos contratos. Os países europeus têm aperfeiçoado a especificação dos resultados pactuados nos contratos em função das necessidades contextuais e da disponibilidade da informação. Os contratos que em grande parte eram pouco especificados, em geral na modalidade custo e volume, têm adquirido especificações de desempenho cada vez mais sofisticadas tais como ganhos esperados em saúde, garantia de qualidade, acesso, e metas de utilização de serviços e de contenção de custos (Figueras et al., 2005).

Tendo em vista o envelhecimento da população europeia tem sido de grande interesse utilizar arranjos contratuais mais relacionais e flexíveis, incentivando a contratação da gestão da patologia, que envolve casos complexos ou o conjunto de ações para um dado episódio ao longo do tempo, podendo implicar em contratar mais de um prestador para o mesmo caso (Figueras et al., 2005).

Recomendação 3: Desenvolvimento de sistema de monitoramento e avaliação

A avaliação do processo de contratualização é um aspecto central, tendo em vista identificar se os objetivos colocados para o uso da ferramenta estão sendo alcançados e se os incentivos estão produzindo os efeitos esperados. Em alguns países a avaliação não tem sido parte integrante da contratualização quando deveria ser. Se não há monitoramento das metas e indicadores pactuados e uma verificação dos compromissos assumidos no contrato, não há de fato um contrato (Perrot, 2004).

Na França há uma obrigatoriedade legal de realização de avaliações periódicas, médicas e econômicas, como condição necessária para o aceite/renovação dos projetos de estabelecimento e conseqüentemente dos contratos (Castelar et al., 1995).

Para a melhoria do desempenho e maior responsabilização dos prestadores é necessário alcançar elevados níveis de habilidades gerenciais, aumentar os investimentos em tecnologia de informação e viabilizar o desenvolvimento de pesquisas sobre inovações clínicas e organizacionais. São poucos os países, inclusive na Europa, que têm alcançado tais condições (Mckee, 2002).

Recomendação 4: Uso de sistema de incentivos para a unidade prestadora/hospital e suas equipes

Especial atenção deve ser dada à construção de uma estrutura de incentivos acoplada aos contratos e condicionada ao desempenho. Diferentes modalidades de repasse de recursos do contratante para o prestador nos contratos contêm incentivos positivos e negativos. Qualquer modalidade ou combinações utilizadas devem sempre estar associadas e condicionadas ao alcance de determinados resultados, pré-acordados entre as partes envolvidas no contrato, especialmente relacionados à qualidade da atenção prestada. A escolha das modalidades dependerá das possibilidades e capacidades já desenvolvidas pelos órgãos contratantes

Esta tarefa se reveste de complexidade, pois além de contemplar incentivos para a unidade de saúde prestadora, precisa considerar também as equipes profissionais. Arranjos contratuais para serem incorporados nos sistemas e serviços de saúde exigem que os tomadores-chave de decisão – médicos e enfermeiros – adiram à lógica contratual (Abrantes, 1999). Atenção também deve ser destinada ao monitoramento dos efeitos dos incentivos, pois podem induzir a comportamentos inesperados.

Na França, o Ministério da Saúde recompensa diferenciadamente hospitais públicos e privados que assinam contratos de meios e objetivos com as Agências Regionais Hospitalares, apesar de a contratualização ser obrigatória por lei (Kadia, 2006; WHO, 2004; Perrot, 2004; Castelar et al., 1995).

Na Argentina, o sistema de incentivos além de considerar o hospital também leva em conta as equipes, estimulando-as a alcançar o que foi pactuado pelo hospital. A distribuição de bônus para os hospitais e profissionais de saúde – médicos e enfermeiros – levou em conta o alcance de indicadores de desempenho - cobertura, equidade, eficiência interna, qualidade do cuidado e sustentabilidade financeira -, mas não houve casos de penalidades explícitas pelo não cumprimento do contrato. No Chile, não houve incentivo financeiro para hospitais, médicos e enfermeiros aderirem às mudanças. No Uruguai, os incentivos financeiros foram mais fortes para assegurar a adesão dos hospitais, mas de baixo impacto para a adesão dos médicos e enfermeiros (Abrantes, 1999).

Nos países europeus, os incentivos penalizam o mau desempenho, especialmente considerado por medidas de volume de serviços e de qualidade. Medidas de garantia de qualidade, planejamento de rotas mais racionais para os pacientes e escolhas de intervenções médicas mais custo-efetivas, ainda estão por ser implementadas como critérios de desempenho e de incentivos (Figueras et al., 2005).

As autoridades governamentais de saúde podem ser incentivadoras do uso dos arranjos contratuais no setor público e privado, influenciando a decisão dos diferentes atores aderirem à lógica contratual, especialmente quando não obrigatória, através dos incentivos. Obviamente que há um impacto financeiro e a autoridade governamental deve estar apta para elevar suas despesas em curto espaço de tempo. Este foi um dos problemas enfrentados pelo Reino Unido, em 1991, na reforma do mercado interno. Os incentivos financeiros foram considerados insuficientes constituindo-se na principal explicação para o relativo pouco impacto que o mercado interno teve na eficiência e na equidade do sistema de saúde do Reino Unido (Abrantes, 1999).

Os incentivos vinculados ao desempenho constituem-se no núcleo duro da lógica contratual. Existem para serem aplicados. Se as premiações ou punições não são aplicadas segundo o desempenho, há um desvirtuamento da lógica contratual.

Recomendação 5: Adequadas estimativas de recursos para implantação e manutenção da lógica contratual

Tudo isso leva a um aumento de gastos, num curto espaço de tempo, ao menos inicialmente, antes que os possíveis ganhos de eficiência possam ser incorporados por parte dos contratantes e dos prestadores (Abrantes 1999). Aqui reside outro aspecto a ser considerado ao introduzir a lógica contratual nos sistemas e serviços de saúde - os custos envolvidos no processo de preparação e gestão de contratos. Estes têm uma relação inversa com a capacidade técnico-gerencial (conhecimentos, métodos e ferramentas) do contratante e do contratado para operar esta nova lógica de relação – menos capacitação implica em mais custos. Em função disso, é crucial realizar uma adequada estimativa dos custos, antes mesmo de dar início ao processo de implementação dos arranjos contratuais (Abrantes 1999).

O contratante, para utilizar a ferramenta contratual de forma efetiva e em todo seu potencial, precisa ter ou desenvolver, e neste caso implica em gastos adicionais, infra-estrutura para preparar, negociar e monitorar os contratos, assim como habilidades para construir ligações, para assegurar recursos, para analisar custos e monitorar os produtos e resultados. Desenvolver esta capacidade não somente leva tempo, mas em especial implica em aporte suplementar de recursos que será tão maior quanto menor for a estruturação gerencial do contratante (La Forgia & Couttolenc, 2008).

Uma maior estruturação gerencial quase nunca depende apenas de capacitação de recursos humanos, mas também de investimentos no campo dos sistemas de informação e em informática, ou mesmo na conformação de novas estruturas e serviços e/ou na introdução de novas técnicas e ferramentas no campo administrativo e assistencial, até então não existentes.

França e Nova Zelândia constituíram novas estruturas para exercer a função de contratante, como já mencionado, o que certamente implicou em gastos adicionais. Costa Rica ao introduzir arranjos contratuais com os hospitais públicos constituiu na Agência de Seguridade Social Nacional, principal responsável pela atenção hospitalar, um departamento de compra e um comitê de qualidade até então não existentes com a

finalidade de estabelecer negociação com os prestadores para formular o contrato, acompanhar e monitorar os indicadores de desempenho(Waters et al., 2004).

Pelo exposto, compreende-se a necessidade das autoridades governantes e contratantes realizarem adequadas estimativas sobre os custos de implantação e de operacionalização dos arranjos contratuais além de assegurarem os recursos estimados para que as experiências não sofram descontinuidade. Requer, portanto dos governantes, capacidade de financiamento para investir na lógica contratual, bancando os recursos necessários para a manutenção dos contratos e demais custos de transação (Figueras et al. 2005; Mills & Broomberg, 1998).

Recomendação 6: Ênfase na negociação, cooperação e comunicação entre as partes contratantes

O uso de contratos se deu em países que promoveram reformas nos seus sistemas de saúde introduzindo a separação das funções de compra e prestação (Estados Unidos, Reino Unido e Nova Zelândia) e naqueles que não fizeram a referida separação, como também em países que geraram um ambiente de maior competição entre os prestadores, considerada como um meio de alcançar maior eficiência, qualidade e responsabilidade e ainda naqueles onde a competição não foi colocada.

Estudos sobre as experiências do Reino Unido e da Nova Zelândia, referem pouca evidência sobre o impacto da competição no aumento da eficiência (Maynard, 1994) e identificam que estratégias cooperativas podem funcionar melhor no setor saúde propiciando relações mais estáveis e duradouras entre os prestadores e compradores (Ashton et al., 2004; Joslyn, 1997). A competição nem sempre é possível como em áreas rurais de países em desenvolvimento, onde há em geral uma ausência de competição (Mills et al., 1997).

Apesar da experiência de contratação na Nova Zelândia ter iniciado em um ambiente de competição entre os prestadores, observou-se que o estabelecimento de boas e duradouras relações entre as partes contratantes foi um importante ingrediente para o sucesso das relações contratuais. Compartilhar informação e negociar sobre as fontes de informação a serem utilizadas, os termos, as condições e os padrões do contrato contribuem para desenvolver um estilo de contratação cooperativa mais do que competitiva (Ashton et al., 2004; WHO, 2004).

Mendes (2002) chama a atenção para a tendência de substituição dos mecanismos de competição para os de cooperação nas reformas de alguns países que inclusive mantêm a separação entre as funções de compra e prestação de serviços.

Trosa (2001) também defende o uso dos arranjos contratuais no setor público com o estabelecimento de uma cultura gerencial de parceria, superando a visão do contrato como mero instrumento jurídico. O estabelecimento de boas relações entre compradores e prestadores e o desenvolvimento de estilos de contratação mais cooperativos do que competitivos são considerados fatores chave para o sucesso da contratação (Ashton et al., 2004).

As experiências em curso apontam que a contratualização não pode ser reduzida a um mero contrato. É um processo de longo prazo no qual o contrato é somente um momento. Introduce nas relações entre os atores, mesmo quando não exclui a hierarquia, muito mais diálogo e negociação (Perrot et al., 2005). Exige a construção de uma compreensão comum entre as partes implicadas o que só é possível através de contínua e intensa negociação (Kadai et al., 2006; Perrot et al., 2005), que envolve desde a sua preparação, até a sua implementação e monitoramento.

A negociação não é somente entre o prestador hospitalar e a autoridade governamental, mas também com os profissionais das unidades prestadoras, responsáveis diretos pela operacionalização do contrato. Por ser um processo negociado entre as partes envolvidas naturalmente leva um tempo para que os todos os atores implicados adquiram adequada e suficiente compreensão sobre as etapas envolvidas (Perrot, 2004). Esse processo exige o desenvolvimento de uma compreensão comum entre as partes implicadas no processo de contratualização, o que só é possível através de contínua e intensa negociação (Kadai et al., 2006; Perrot et al., 2005; Tizio, 2005).

Estratégias diferentes podem ser associadas aos arranjos contratuais. Algumas abordagens afirmam que a competição entre os prestadores é necessária para que a contratação atinja seus objetivos. Se não há competição, como na maior parte dos países em desenvolvimento, não haveria lugar para o uso daquela ferramenta. De forma alternativa, outras abordagens consideram que a confiança entre os contratantes e prestadores é um pré-requisito essencial para maximizar seus resultados. A

ferramenta contratual pode ser usada com ou sem competição entre os prestadores. O modo como cada país introduz os arranjos contratuais depende das tradições culturais e de um complexo jogo das forças sociais e políticas (Evans, 2006; Perrot, 2004).

As experiências de arranjos contratuais nos países europeus e especialmente nos países em desenvolvimento parecem indicar que as relações de confiança e de cooperação têm predominado como condição de sucesso. Mesmo em países desenvolvidos, como o Reino Unido e a Nova Zelândia, que introduziram os arranjos contratuais com competição entre os prestadores, as relações cooperativas passaram a prevalecer (Figueras et al., 2005; Perrot, 2004).

A confiança constitui-se em valor central para a construção de relações duradouras e estáveis o que diminui na lógica da Teoria da Agência os custos de transação. Quando a confiança predomina é possível estabelecer entre partes distintas uma associação e compartilhar objetivos e projetos, como seria desejado ao considerar-se uma rede de serviços de saúde (Teixeira & Ouverney, 2007).

A implementação da contratualização não é factível em curto ou médio prazo. Além da necessária negociação, a nova lógica contratual implica e depende de um processo mais abrangente de mudanças relacionadas aos aspectos técnicos e culturais do trabalho dos profissionais, e que terá considerável impacto financeiro para o sistema de saúde (Savas, 2000).

Recomendação 7: Articulação entre planejamento de saúde e arranjos contratuais

Importante recomendação refere-se à articulação dos arranjos contratuais com o planejamento em saúde. O contrato cada vez mais tem sido incorporado ao processo de planejamento. O planejamento estabelece as prioridades e as necessidades de saúde da população que se traduz em um conjunto de objetivos, metas e serviços a serem ofertados através da contratação; o planejamento e a contratação são ciclos contínuos que se comunicam (Figueras et al., 2005)

A experiência francesa apresenta interessantes aportes neste sentido, onde o planejamento tem papel central articulando outras iniciativas e ferramentas gerenciais tendo em vista a melhoria do desempenho da rede hospitalar. A contratualização

obrigatória dos hospitais é dependente do seu planejamento estratégico, que por sua vez decorre, influencia e se articula com o planejamento regional de saúde. O plano regional de saúde, expressão do que a autoridade governamental de saúde deseja do prestador, e o plano do hospital, seu “*projet d’établissement*”, o que ele se propõe a ofertar, se articulam através do contrato que vincula os recursos financeiros às metas e aos indicadores de desempenho do hospital. Complementarmente, a direção do hospital estabelece com seus serviços, agrupados em centros de responsabilidade, contratos internos com metas e indicadores, os quais expressam o planejamento estratégico do hospital articulado com o contrato externo estabelecido com a Agência Regional Hospitalar, autoridade governamental em saúde (Roodenbeke et Perrot, 2005; Castelar et al., 1995).

Há autores que vinculam o planejamento com características indesejáveis dos sistemas e serviços de saúde, tais como extensos canais verticais de comando, centralização, ineficiência e, ligam a contratação e a separação entre prestador e comprador, com competição e efeitos desejáveis aos sistemas de saúde. Entretanto, há autores que argumentam que a contratação pode ser consistente com as funções do planejamento (Savas, 2000).

Esta possibilidade evidencia a importância do uso de contratos como ferramenta no processo de planejamento, sugerindo que a separação de funções entre prestadores e compradores em sistema integrados, onde o planejamento já tem um papel consolidado pode ser relativizada, isto é, a diferenciação de funções seria entre planejadores e prestadores, onde os planejadores exerceriam uma função equivalente a dos compradores. Os contratos seriam os instrumentos de mediação das relações entre planejadores e prestadores no interior de um sistema público integrado. “*A contratação seria a formalização do processo de planejamento e gestão com compromissos explícitos entre as partes contratantes para planejar e gerenciar objetivos e metas*” (Savas, 2000).

Além disso, a articulação entre o planejamento em saúde e os arranjos contratuais é necessária porque evita aumentar a fragmentação e a não comunicação entre as unidades de saúde componentes dos sistemas de saúde, o que pode ocorrer quando os arranjos contratuais são estabelecidos de forma isolada com as diferentes unidades prestadoras de serviços - hospitais, os ambulatórios, etc. - sem que estejam

integrados e articulados a um planejamento e política mais global para atender às necessidades de saúde de uma dada região (Mendes, 2002).

Os arranjos contratuais devem viabilizar o planejamento/plano de saúde e constituir-se como ferramenta de coordenação entre as unidades componentes da rede de atenção, assegurando a integração entre seus diferentes pontos de atenção (hospital, ambulatório de atenção básica e especializada, etc) e entre os diferentes pontos de atenção no interior de uma mesma unidade (emergência, internação e ambulatório de um mesmo hospital). Podem ainda contribuir para uma maior integralidade da atenção, considerando a necessária articulação entre as ações de promoção, prevenção e de tratamento a serem desenvolvidas nos diferentes pontos de atenção da rede.

Recomendação 8: Formulação de uma política de contratualização

A instauração e o aprimoramento das experiências contratuais requerem que o Estado – autoridades não apenas do setor saúde, mas de demais setores que participem do processo – empreste claro e forte suporte ao uso da nova lógica, de forma a estimular que todos os atores implicados sejam estimulados a adotá-la (Perrot, 2004).

Neste sentido, deve ser formulada uma política nacional de contratualização, com a perspectiva de se constituir em uma política de Estado e não somente de governo, articulada e integrada à política nacional de saúde e a uma estrutura legal que lhe dê sustentação. Alguns países, como França e Reino Unido, definiram uma política de contratualização antes de disseminar as experiências, porém a maioria conduziu experiências isoladas antes de formular a política nacional (WHO, 2008; Kadai et al., 2006; Perrot et al., 2005; Perrot, 2004).

Na Nova Zelândia, embora o Ministério da Saúde definisse diretrizes políticas as quais deveriam ser seguidas pelas autoridades regionais de saúde, não havia diretrizes nacionais específicas sobre os contratos - como os serviços deveriam ser especificados, como estabelecer preços e como e quando usar estratégias competitivas de compra, o que se constituiu em elemento complicador e determinou gastos adicionais à implementação dos arranjos contratuais no setor saúde naquele país (Ashton et al., 2004; WHO, 2004).

As experiências contratuais quando ocorrem de forma isolada e descoordenada no sistema de saúde, não apenas têm impacto limitado como podem levar a uma maior desorganização do sistema de saúde, aumentando ainda mais a fragmentação e o isolamento entre os prestadores como já referido (Perrot, 2004; Mendes 2002; Mendes, 2001). Em função disso, arranjos contratuais *ad hoc* e não coordenados devem ser evitados. (Kadai et al., 2006; Perrot et al.,2005; Perrot, 2004).

O Estado tem papel protagonista neste processo, pois define como a ferramenta contratual será utilizada. Tem como funções indelegáveis, a definição da estrutura legal, a regulação, o financiamento, o monitoramento e a avaliação dos arranjos contratuais, tendo em vista assegurar a integração dos prestadores sob contrato no sistema de saúde. Ao mesmo tempo em que incentiva o uso, o Estado precisa assegurar a coordenação. (Perrot, 2004).

Os arranjos contratuais, para contribuir para a melhoria do desempenho dos sistemas e serviços de saúde e para serem utilizados em seu pleno potencial, não podem ser introduzidos de forma isolada de outras iniciativas de estruturação do campo gerencial e assistencial.

Benefícios advindos com os arranjos contratuais

Um dos principais efeitos positivos observado é a crescente consciência sobre a importância de se dispor de informações detalhadas e de saber utilizá-las na tomada de decisão, inclusive para fazer um bom uso dos arranjos contratuais (Mills & Broomberg, 1998).

Outra vantagem potencial reside no ajuste de foco sobre os objetivos e a produção de serviços, considerando aspectos relacionados à quantidade, qualidade e custos e sobre o monitoramento de padrões de desempenho (Ashton et al., 2004 WHO, 2004; Mills et al., 1997; Mills, 1998). A inclusão de padrões de qualidade nos contratos estimulou os prestadores a identificar novas práticas de melhoria da qualidade. O receio de perder o contrato, nos casos em que esta possibilidade se colocava, ou mesmo de não receber a premiação, pela perda de qualidade da atenção, funcionou como estímulo para a melhoria da qualidade (Ashton et al., 2004; WHO, 2004).

O uso da lógica contratual contribui também para o incremento da responsabilização tanto das autoridades governamentais em relação ao uso dos recursos públicos, quanto dos prestadores, neste caso em especial, quando as sanções ao desempenho são aplicadas (Mills et al., 1997; Mills, 1998; Ashton et al., 2004; WHO, 2004).

Outro benefício indireto é o desenvolvimento gerencial administrativo e assistencial das partes contratantes, especialmente nos países em que eram inicialmente mais frágeis (Figueras, 2005).

Considerando os benefícios advindos com os arranjos contratuais um grande desafio colocado reside na sua manutenção e na redução dos custos de transação. (Ashton et al., 2004; WHO, 2004).

Embora os benefícios identificados possam ser considerados como subprodutos do uso dos arranjos contratuais e como condições preliminares para um melhor desempenho dos sistemas e serviços de saúde, não há ainda evidências conclusivas sobre o impacto positivo dos arranjos contratuais no desempenho.

Nos países desenvolvidos, os arranjos contratuais no setor hospitalar parecem ter contribuído para uma maior clareza na especificação dos padrões e maior monitoramento dos resultados que eram até então ausentes. A qualidade melhorou ao longo do tempo pelo ganho de experiência do contratante e do contratado, mas do ponto de vista do usuário a melhoria não é percebida. Nos países em desenvolvimento a evidência sobre o impacto dos contratos no desempenho dos prestadores hospitalares é menor (Mills & Broomberg, 1998)

Observa-se pelas experiências da Argentina, Chile e Uruguai que os arranjos contratuais são ainda experimentais. Não foram completamente implementados pela insuficiente autonomia, pela estrutura de incentivos incompleta e insuficiente, pela não aplicação das penalidades previstas e ainda pela insuficiente capacidade técnico-gerencial para lidar com a lógica contratual. Apesar de considerável esforço empreendido houve pouco progresso. Ainda é cedo para mensurar o impacto da autonomia, apesar de inconclusa, e do uso dos contratos na eficiência e na qualidade da atenção e na satisfação do paciente. As experiências de Nova Zelândia e do Reino

Unido e de outros países evidenciam que a autonomia do hospital pode melhorar o desempenho, mas não automaticamente (Abrantes, 1999).

A autonomia por si parece não assegurar desenvolvimento gerencial. Em estudo realizado no Brasil, com hospitais filantrópicos prestadores de serviços ao Sistema Único de Saúde, de natureza privada e não lucrativa, com autonomia gerencial, observou-se que a grande maioria apresentava condições incipientes de estrutura gerencial no campo da direção e planejamento, econômico-financeiro, recursos humanos, serviços técnicos, logística e tecnologia de informações (Lima et al., 2004).

Pelas experiências analisadas especialmente nos países em desenvolvimento (África do Sul, Zimbábwe, Argentina, Chile, Uruguai, Brasil, Costa Rica) há pouca evidência que as autoridades governamentais tenham adequado conhecimento sobre os custos do estabelecimento dos arranjos contratuais antes da decisão de implementá-los. Pouca atenção também tem sido dada à especificação adequada dos serviços, aos indicadores de qualidade e especialmente às diferentes modalidades de repasse de recursos e aos incentivos a ela associados (Abrantes, 1999; Mills et al., 1997, Mills, 1998). O custo de transação com o processo de negociação e implementação de contratos em geral é subestimado, o que se constitui em problema, embora possa ser reduzido se os contratos forem de longa duração (Mckee, 2002).

O impacto do uso dos arranjos contratuais no desempenho dos hospitais no continente africano também não é conclusivo. Hospitais privados sob contrato na África do Sul e Zimbábwe não apresentaram diferenças significativas de desempenho quando comparados com hospitais públicos sem contrato. Um custo médio menor foi observado nos hospitais contratados. Entretanto, este ganho de eficiência parece ter sido capturado completamente pelos hospitais e não pelos contratantes governamentais, o que significou para o governo, não haver muita diferença, em termos de custos, o uso ou não dos contratos na sua relação com os prestadores hospitalares (Mills et al., 1997).

Hospitais públicos em Uganda e Zâmbia com incremento de autonomia associado ao uso de contrato também não tiveram resultados expressivos. Evidenciou-se que embora haja oportunidade para a melhoria do desempenho desses hospitais, os

contratos e arranjos de compra do setor público comumente não conseguem um alinhamento adequado de incentivos para promover acesso e qualidade (Waters et al., 2004).

Estudo recém realizado pelo Banco Mundial (2006) identifica algumas condições necessárias para assegurar o sucesso de uso de arranjos contratuais no interior do setor público – entre autoridade governamental de saúde e prestadores públicos de saúde – em países em desenvolvimento, tendo em vista o contexto específico de baixa competição e de inexistência de mecanismo independente de arbítrio e resolução de conflitos (World Bank, 2006).

O sucesso seria dependente da habilidade da autoridade governamental (como titular na relação titular/agente) para enfrentar o problema da assimetria de informação monitorando e mensurando os esforços e o desempenho dos prestadores públicos, para desenhar mecanismos de recompensa e de penalidades, e, para imprimir credibilidade ao compromisso para honrar o contrato (World Bank, 2006).

A melhoria de desempenho dos sistemas de saúde e dos hospitais públicos através de arranjos contratuais e incentivos permanece sendo uma questão importante, mas não facilmente gerenciada e controlada. As experiências são pouco documentadas permanecendo como uma questão chave de pesquisa (Waters et al., 2004).

Deve-se sublinhar que o arranjo contratual não passa de um instrumento a serviço de uma política de saúde, incluindo a política hospitalar que articule missão e papel dos hospitais frente às demandas de saúde da população. Os contratos não substituem ou suplantam a ausência e/ou deficiência da referida política (Roodenbeke et Perrot, 2005).

Também não devem se reduzir a meros instrumentos de contenção de custos. Devem ter continuamente em vista a melhoria do desempenho do sistema de saúde e de suas unidades e em ultima instância uma melhor saúde para a população (Perrot , 2006).

Os arranjos contratuais têm sido considerados como uma das estratégias a serem implementadas, debatidas e fortalecidas para resolver ou minimizar problemas antigos, mas ainda vigentes nos sistemas e serviços de saúde. Entretanto não se pode

deixar de mencionar que ainda há questionamentos sobre a sua real contribuição na melhoria do desempenho dos sistemas e serviços de saúde (Abrantes 1999).

Por fim, dada a diversidade de experiências de arranjos contratuais em diferentes contextos, a contratualização não deve ser confundida com privatização. Não é seu objetivo aumentar o número de prestadores privados no sistema de saúde e sim melhorar o desempenho dos prestadores sejam públicos ou privados. Há sistemas de saúde em que os contratos foram instituídos no interior da administração pública. Somente nos casos em que os prestadores não têm mais relações hierárquicas com a administração pública é que a contratualização vem associada ao aumento da privatização (Perrot et al., 2005).

Indagações persistem se o uso desses arranjos necessariamente implicaria em um processo de privatização do setor saúde com a conseqüente desresponsabilização do Estado. Discute-se também a necessidade de haver ou não competição entre os prestadores para que a utilização do modelo contratual tenha sucesso. Alega-se que a eficiência aumenta quando o comprador escolhe entre prestadores que competem entre si. Para alguns, se não há competição, o que é comum nos países em desenvolvimento, não existe um adequado contexto para a utilização dos arranjos contratuais. Porém, na realidade a escolha é freqüentemente constrangida pelas barreiras do próprio mercado, especialmente no setor saúde (McKee & Healy, 2002).

De outro modo, há abordagens que consideram justamente o contrário. O modelo contratual funciona melhor quando a confiança prevalece entre as partes e quando os esforços são empreendidos para a cooperação e o sinergismo das capacidades e potencialidades entre as partes envolvidas nas relações (Joslyn, 1997; Ashton et al., 2004). Como os contratos seriam incompletos, porque não seria possível especificar e prever todos os detalhes da transação, os custos de contratação poderiam ser reduzidos se as partes contratantes efetivamente trabalhassem de forma cooperativa e com uma perspectiva de longo prazo (Ashton et al. et al., 2004; Savas, 2000). Nesse sentido, os arranjos contratuais no setor saúde serviriam menos para simular um mercado e mais para fomentar a cooperação e o aprendizado tendo em vista promover a produção de bens e serviços complexos (Vézina et al., 2006; GETOS, 2007).

Também tem sido objeto de debate não conclusivo, se a regulação do processo de contratualização deveria ser de responsabilidade do Estado ou de uma agência especificamente constituída para esta finalidade, não vinculada ao Estado. Alguns argumentam que há conflito de interesses, pois ao mesmo tempo em que o Estado é um ator do processo é também aquele que o regula (WHO, 2008).

Em recente encontro promovido pela Organização Mundial da Saúde sobre o uso de arranjos contratuais em sistemas e serviços de saúde foram identificadas três grandes grupos de questões a merecer atenção tendo em vista o aperfeiçoamento das experiências em curso (WHO, 2008).

Tendo em vista os resultados ainda não suficientemente conclusivos, foi identificada a necessidade de se produzir evidências mais sólidas sobre o impacto dos arranjos contratuais e neste sentido, estratégias foram propostas, algumas delas sinalizando para campos de futuras investigações.

Uma delas reside na promoção de encontros regulares entre diferentes atores e instituições para que as diferentes experiências de arranjos contratuais possam ser conhecidas nos seus limites e acertos, possibilitando além da troca de informações, o estabelecimento de parcerias e cooperações em um processo de aprendizagem contínua.

Trocar experiências é apenas um passo inicial na procura pela evidência. Deve ser construída uma estrutura analítica que possa orientar discussões futuras, a partir de duas dimensões matriciais, que leve em conta por um lado a diversidade das experiências existentes e por outro as diferentes dimensões sobre as quais se espera obter impacto com a contratação, como ganhos de eficiência, incremento na produção de atividades, melhoria da qualidade, impacto na equidade e no acesso, custo, etc.

Outro aspecto a ser considerado refere-se a identificação do valor efetivo que a contratação adiciona aos sistemas de saúde, envolvendo estudos comparativos entre experiências de contratação e outras estratégias em sistemas de saúde, para evidenciar quando e onde a contratação é a estratégia a ser utilizada e quando não é. Atenção diferenciada deveria ser atribuída às experiências de contratação em contextos frágeis do ponto de vista gerencial.

Sugerem-se também estudos que possibilitem identificar as implicações de determinados fatores contextuais no uso dos arranjos contratuais, tais como as características do contexto legal mais geral, do contexto político e ainda do ambiente sócio-cultural onde ocorrem.

6. Modalidades de arranjos contratuais

Diferentes modalidades de arranjos contratuais são observadas. Do ponto de vista da formalidade, há os contratos mais formais também denominados de contratos “*duros*”, onde as partes contratantes são relativamente autônomas e o contrato pode ser legalmente imposto e há os contratos “*leves*”, onde há menor formalidade e as partes pertencem a um mesmo ente jurídico-administrativo sendo mais difícil haver a possibilidade de imposição legal. Em geral, os primeiros são mais utilizados em ambientes onde há competição entre os prestadores e os segundos em contextos onde prevalece a cooperação e confiança mútua. Os contratos quando menos formais são por vezes denominados de “*acordos de serviços*”, “*acordos de gestão de rendimento*” e “*acordos de gestão*”, “*acordos de desempenho*”, pois não se caracterizam como contratos no sentido legal do termo (England, 2002).

Os contratos podem variar entre esses dois extremos. Em um deles estariam os contratos clássicos, formais, legalmente obrigatórios, com conteúdo detalhado em termos de seus propósitos, duração, obrigações das partes, penalidades, etc. No outro, estariam os contratos relacionais, informais e implícitos os quais não precisam ser exaustivamente detalhados porque são muito mais baseados na confiança que cada parte tem que as ações empreendidas terão em conta o interesse mútuo (Perrot, 2004).

Os primeiros tenderiam a maior clarificação dos objetivos, dos papéis e responsabilidades de compradores e prestadores. Em contrapartida, a flexibilidade e a boa vontade das partes envolvidas, necessárias para lidar com dimensões não mensuráveis da prestação de serviços de saúde, seriam mais estimuladas nos contratos implícitos (McPake et al., 2002).

Nada impede, entretanto que um contrato detalhado no seu conteúdo e formalizado através de documento possa ganhar flexibilidade desde a sua elaboração até seu monitoramento e avaliação através da negociação e interação contínuas entre as partes contratantes.

Há contratos entre setor público e privado, entre partes integrantes do setor público ou ainda entre partes integrantes do setor privado. No setor privado, há os contratos entre a seguridade social e os hospitais privados. Nestes casos, em geral, há

um contrato legal e formal (England, 2002). No Brasil, se enquadram nesta situação, os contratos entre as operadoras de planos de saúde e prestadores privados – hospitais, profissionais e centros de diagnóstico para prestar serviços à população segurada.

O setor público pode contratar prestadores privados para prestação de serviços públicos e em geral, nestes casos também há um contrato legal e formal (England, 2002). Uma derivação deste formato são os arranjos contratuais entre a autoridade governamental e empresas privadas para gerenciar hospitais públicos. No Brasil, como exemplo do primeiro caso, seriam os contratos entre as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e hospitais privados, com e sem fins lucrativos, inseridos no SUS; no segundo caso, seriam os contratos entre a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo e as Organizações Sociais (ente privado) responsáveis pela gestão de alguns hospitais públicos da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo.

No setor público ainda pode haver contratos entre a autoridade governamental de uma esfera de governo e prestadores públicos de outra esfera (England, 2002), como a contratualização existente no Brasil, entre os hospitais federais do Ministério da Educação e as Secretarias Estaduais e/ou Municipais de Saúde.

Por fim, pode haver contratos entre autoridade governamental e prestadores públicos pertencentes à mesma esfera governamental, tanto no âmbito da atenção básica quanto na atenção hospitalar (England, 2002).

Em relação ao conteúdo/objeto a ser contratado, os contratos podem envolver a prestação de atividades finalísticas - os serviços assistenciais e/ou a realização de atividades de apoio administrativo e de serviços gerais (limpeza, lavanderia, etc).

Os contratos formais devem conter cláusulas que identifiquem as partes contratantes; a razão do contrato; a definição dos produtos contratados da forma mais precisa e detalhada possível, com a identificação de metas e indicadores quantitativos e qualitativos; o tempo de duração do contrato; os recursos envolvidos; os compromissos das partes contratantes; as possibilidades de ajustes; as condições de revisão, rescisão e renovação do contrato; os incentivos; a modalidade e critérios de pagamento; o sistema de monitoramento – instância, periodicidade, critérios de avaliação, etc.; penalidades pelo não cumprimento do contrato; instância de resolução de conflitos entre as partes contratantes (André, 1994; Mendes, 2002).

Além da especificação dos serviços contratados com suas metas e indicadores e dos mecanismos de monitoramento e avaliação, a terceira base de sustentação do contrato reside na modalidade e critérios de pagamento utilizados. Diferentes modalidades de pagamento produzem incentivos diversos para o desempenho dos prestadores.

As modalidades de pagamento são classificadas segundo a unidade utilizada para a compra de serviços: cada serviço oferecido (*fee-for-service*) (*por serviço/procedimento*); todos os serviços relacionados a um diagnóstico (*per case*) (*por caso/por diagnóstico*); todos os serviços oferecidos para um paciente em um dado período de tempo (*per capitation*) (*por paciente/ per capita*); ou todos os serviços em um dado período de tempo, discriminado ou não por item de despesa (*global or line item budgets*) (*por orçamento global ou por item de despesa*) (Waters et al., 2004).

Duas outras características da modalidade de pagamento também influenciam o desempenho. Primeiramente, se o recurso é calculado e repassado antes (prospectivo) ou depois (retrospectivo) do serviço prestado. O pagamento retrospectivo pode mais facilmente incluir medidas de desempenho como condição para pagamentos diferenciados. Além disso, o recurso repassado pode ser variável ou fixo. No pagamento variável, o recurso repassado é proporcional ao volume de atividades e/ou condicionado a outras medidas de desempenho, como padrões de qualidade. No fixo, a quantidade total de recursos a ser repassada tem um limite pré-estabelecido (Waters et al., 2004; Oxley & MacFarlan, 1995).

Combinações podem ser realizadas para o repasse dos recursos previstos nos contratos. Parte dos recursos pode ser repassada de forma prospectiva e fixa e a outra parte, retrospectiva e variável.

O *orçamento global* e *por item de despesas* são modalidades de pagamento *prospectivo* e com um valor *fixo*. Enquanto a primeira modalidade permite que os recursos sejam realocados entre os itens durante a execução orçamentária, a segunda não possibilita. Possibilitam ao comprador/contratante o controle sobre o total do repasse (pois é pré-estabelecido) e podem produzir fortes incentivos ao prestador para conter custos, especialmente no setor hospitalar (Docteur & Oxley, 2003; Waters et al.

2004). Podem ainda induzir a uma sub-prestação de serviços e por si só não oferecem incentivos para assegurar a qualidade (Waters et al., 2004; Oxley & MacFarlan, 1995).

A modalidade *por capitação* tem valor fixo por paciente para um dado período e é prospectiva. Incentiva a contenção de custo, mas se o valor pago por paciente for baixo também pode induzir, como nas modalidades anteriormente citadas, a uma sub-prestação de serviços, podendo ainda comprometer a qualidade do serviço prestado. O pagamento *per capita* é a modalidade que, em geral, mais incentiva os prestadores, a desenvolverem atividades no campo da promoção e prevenção. Os contratos que utilizam o sistema *per capita* ou o *orçamento global ou ainda por item de despesa*, devem ser complementados por exigências relacionadas a padrões de qualidade previamente estabelecidos (Waters et al., 2004; Oxley & MacFarlan, 1995).

O *pagamento por caso* tanto pode ser *retrospectivo* quanto *prospectivo* e é *variável*; assegura um valor limitado por tipo de caso e pode induzir ao crescimento da produção realizada, em particular das internações. Quando retrospectivo, o valor é repassado após a saída hospitalar e usualmente é ponderado pelo diagnóstico (Waters et al., 2004; Oxley & MacFarlan, 1995).

O *pagamento por serviço* é *retrospectivo* e *variável*; potencialmente pode fornecer incentivos para a qualidade (fazer o melhor do ponto de vista do paciente sem a preocupação com o custo), entretanto se também não for associado a padrões de qualidade, se não houver alguma verificação por parte do comprador e alguma repartição de risco entre comprador/contratante e prestador, poderá estimular a uma super-prestação não justificada, com prejuízo para a eficiência e para a qualidade da atenção (Waters et al., 2004; Docteur & Oxley, 2003; Oxley & MacFarlan, 1995).

De maneira geral, os pagamentos retrospectivos e variáveis, mais do que os prospectivos e fixos, permitem maior flexibilidade para incluir padrões de qualidade como condições para pagamentos diferenciados (Waters et al., 2004).

Essas modalidades trazem em si lógicas distintas de incentivos que podem influenciar os padrões de qualidade e de desempenho dos prestadores. São possíveis várias combinações no que se refere ao momento do repasse e à unidade de repasse, mas é preciso atenção e monitoramento sobre seus possíveis efeitos. Formas mistas podem

potencializar ou anular os efeitos desejados ou ainda ocasionar resultados indesejáveis não previstos antecipadamente.

O quadro 3 sintetiza as modalidades de pagamento e seus respectivos incentivos.

Quadro 3. Modalidade de pagamento e incentivos presentes

Modalidade	Retrospectivo/Prospectivo	Fixo/variável	Incentivos ao prestador			
			Prevenção	Oferta	Contenção de custo	Qualidade
Orçamento por item de despesa	Prospectivo	Fixo	+	--	+++	--
Orçamento global	Prospectivo	Fixo	++	--	+++	--
Capitação	Prospectivo	Variável	+++	--	+++	++
Por caso	Prospectivo ou Retrospectivo	Variável	+/-	++	++	++
Por serviço/procedimento	Retrospectivo	Variável	+/-	+++	---	++

Fonte: traduzido de Waters et al , 2004 p.374.

A unidade utilizada para a compra de serviços condiciona a modalidade de contrato. No *contrato em bloco*, o comprador repassa um orçamento global prefixado tendo em vista um conjunto abrangente de serviços a serem prestados, os quais podem ser mais ou menos especificados. Este tipo de contrato, na maioria das vezes, não permite modificações nos recursos predefinidos em caso de haver modificações no volume da produção de atividades. Por ser de elaboração menos sofisticada, o contrato em bloco possibilita às partes contratantes adquirir experiência e aprimorar a informação, necessárias para o aperfeiçoamento do contrato. Em geral, esta modalidade predomina por causa das deficiências de informações. Indicadores de qualidade e de produtividade podem ser incorporados neste tipo de contrato (Figueras et al., 2005; Serdar et al., 1998; England , 2002). Não há neste tipo de contrato, fortes incentivos à eficiência, mas também não há incentivos para o prestador a agir em detrimento dos interesses do contratante ou do paciente. Os custos de transação comparativamente às demais modalidades de contrato são menores (Figueras et al., 2005; England , 2002)

O *contrato por custo e volume* representa um refinamento do contrato em bloco. Há uma vinculação do valor de recursos com o volume de atividades, ambos pré-acordados com o prestador. O volume de atividades pode ser especificado de uma forma global (número total de consultas ambulatoriais) e ou por especialidades e/ou pelo

número de casos atendidos. Podem ainda ser estabelecidos valores mínimos e máximos de produção. Se houver variação na produção realizada, o contrato permite pagamentos adicionais ou descontos. Possibilita ao contratante uma especificação mais precisa do que está sendo contratado. Este tipo de contrato incentiva o prestador a produzir mais, do que interessa ao contratante ou mesmo aos usuários, se isto significar mais dinheiro. Pode assim incentivar a eficiência, mas pode também colocar em risco a qualidade se não houver monitoramento. Aqui os custos de transação obviamente são mais elevados do que no contrato em bloco (Figueras et al., 2005; England , 2002).

E por fim, o *contrato custo por caso* no qual o valor do recurso é definido em função do tratamento do caso ou do episódio de atenção, independentemente do volume de atividades realizadas. Comparada às outras modalidades, é mais precisa em relação à especificação dos serviços contratados, pois a unidade de medida é o caso tratado, mas em contrapartida pode ocasionar elevados custos de transação. Seu uso é limitado porque exige um maior detalhamento e precisão de informação sobre o custo do tratamento individual o que normalmente não é disponível (Serdar et al., 1998; England, 2002). Na prática os sistemas de saúde utilizam uma combinação dos tipos de contratos citados (England, 2002).

As modalidades orçamento global e por item de despesa são as mais utilizadas nos países de baixa e média renda as quais, como já mencionado, por si só não oferecem incentivos a melhoria da qualidade. Uma grande dificuldade nesses países para implementar outras modalidades de pagamento ou a elas associar alguns arranjos que monitorem e recompensem a qualidade, reside na ausência e ou na insuficiência de sistemas de informação que forneçam dados sobre as características dos pacientes, de seu tratamento e dos resultados obtidos. Há também pouco registro sistemático sobre os efeitos das modalidades de pagamento na qualidade da atenção prestada. Mesmo nos países de renda mais elevada há pouca evidência empírica sobre o impacto das iniciativas que pagam os serviços prestados com base na qualidade (England, 2002).

7. Resultados

Este capítulo está subdividido em dois segmentos. A primeira parte refere-se a uma caracterização dos hospitais estudados, em termos de vinculação à esfera administrativa, natureza jurídico-administrativa, localização geográfica, porte de leitos, elementos de estrutura que expressam a complexidade assistencial dos hospitais, a partir de dados extraídos do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde/CNES do Ministério da Saúde/MS. São ainda apresentados a produção assistencial e alguns indicadores hospitalares, relativos aos anos de 2004 e 2007, extraídos dos sistemas de informações hospitalares (SIH) e ambulatoriais (SIA) do MS.

Em seguida, a partir da percepção dos dirigentes hospitalares, ainda no âmbito da caracterização dos hospitais, identificam-se eventuais alterações na complexidade assistencial, na produção de atividades, nos indicadores hospitalares, nos mecanismos de inserção na rede e a presença de estruturas e práticas qualificadoras da assistência e da gestão e relações com a contratualização.

As referidas práticas e estruturas foram consideradas a partir das diretrizes preconizadas no Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino (Portaria Interministerial nº 1006/MEC/MS de 27/05/2004) e de um sistema de classificação de desenvolvimento gerencial formulado para analisar os hospitais filantrópicos no Brasil, contemplando várias dimensões da estrutura da gestão hospitalar, a saber, direção e planejamento, serviços técnicos, recursos humanos, logística e tecnologia de informações (Lima et al., 2004).

No segundo segmento é realizada uma caracterização dos processos de contratualização dos casos selecionados, segundo a percepção de dirigentes de secretarias e dos hospitais. Primeiramente são apresentados os componentes estruturantes da contratualização e em seguida, os principais aspectos facilitadores, as dificuldades, os benefícios e as proposições de ajustes ao processo de contratualização em curso. Em relação a estes últimos aspectos, diferentemente dos demais itens abordados nesta avaliação, é incorporada a percepção do dirigente do Ministério da Saúde.

Foram ao todo onze (11) dirigentes entrevistados. Um (1) dirigente do Ministério da Saúde, cinco (5) dirigentes de três secretarias municipais e de uma (1) estadual de saúde e cinco (5) dirigentes de quatro (4) hospitais de ensino.

Pelo Ministério da Saúde, foi entrevistado o coordenador da Coordenação Geral da Atenção Hospitalar do Departamento de Atenção Especializada da Secretaria de Assistência do Ministério da Saúde (CGAH/SAS/MS). Embora ocupe o cargo há dois anos, integra a equipe da CGHA há oito anos. Presenciou e participou dos primórdios da formulação da política de reestruturação dos hospitais de ensino e tem acompanhado e participado dos processos de contratualização. A Coordenação Geral de Atenção Hospitalar tem promovido, embora de forma não sistemática e regular, avaliações mais ou menos estruturadas do processo como um todo, a partir dos sistemas de informações existentes no MS (SIH e SIA) e de reuniões com dirigentes de Secretarias e Hospitais.

Pela secretaria municipal de saúde 1/SMS1, foram entrevistados dois dirigentes, o diretor geral do Centro de Controle, Avaliação e Auditoria (CCAA), e o responsável pela Coordenação de Acompanhamento dos Hospitais de Ensino (CAHE), estrutura subordinada ao CCAA, o qual acumula a função de coordenador da Comissão Interinstitucional de Acompanhamento de Convênios dos Hospitais Certificados como de Ensino (CIAHE). Ambos os dirigentes ocupando o cargo desde final de 2005.

Pela secretaria estadual de saúde/SES2, foi entrevistado um dirigente do nível central, responsável pela Assessoria dos Hospitais de Ensino, ocupando o cargo há um (1) ano, desde 2007, e que acompanha a contratualização dos hospitais de ensino desde 2004. A Assessoria constitui-se em uma estrutura do nível central da Secretaria que dá suporte técnico às Comissões de Acompanhamento dos Convênios/Contratos, às Regionais de Saúde da Secretaria, onde se localizam as referidas Comissões, e aos hospitais de ensino. A Assessoria conta com uma equipe de cinco profissionais, o coordenador e uma arquiteta com formação em administração de serviços de saúde em tempo integral, e em tempo parcial, um médico auditor, um administrador em faturamento e um profissional da área de informática.

Pela secretaria municipal de saúde 3/SMS3, foi entrevistado um dirigente do nível central, responsável pela Assessoria de Planejamento em Saúde (ASPLAN) no

cargo há um ano, desde 2007, mas que trabalha nesta assessoria há doze anos acompanhando assim o processo de contratualização desde seu início.

Pela secretaria municipal de saúde 4/SMS4, foi entrevistado um dirigente do nível central, responsável substituto da Superintendência de Regulação do SUS, estrutura constituída, em março de 2007, especificamente para acompanhar a contratualização de hospitais filantrópicos e de ensino. Embora a 1ª contratualização com os hospitais de ensino tenha ocorrido com a Secretaria Municipal em 2004, em julho de 2005 todos os convênios/contratos foram repassados para a Secretaria Estadual que se constituiu como gestora da rede hospitalar. Em fevereiro de 2007, a Secretaria retoma a condição de gestora, contratante e reguladora dos hospitais. Em função disso, as respostas do dirigente têm como referência o momento inicial da negociação da renovação do primeiro convênio/contrato e POA.

Pelo hospital de ensino 1/HE1 foi entrevistado o dirigente geral do hospital, ocupando esta função desde o segundo semestre de 2001, e representante do hospital na Comissão Interinstitucional de Acompanhamento de Convênios dos Hospitais Certificados como de Ensino (CIAHE).

Pelo hospital de ensino 2/HE2 foi entrevistado o chefe de gabinete da Superintendência do conglomerado do qual Hospital de Ensino é integrante e por sua indicação, para complementação da entrevista, o responsável pelo Acompanhamento de Convênios do Núcleo Econômico Financeiro. O primeiro é um dos representantes do hospital formalmente designado na Comissão de Acompanhamento dos Convênios/Contratos constituída pela Secretaria e o segundo participa como convidado regular das reuniões da referida Comissão; ambos acompanham a contratualização do hospital de 2004. O primeiro ocupa o cargo desde 2003 e o segundo desde 2000.

Pelo hospital de ensino 3/HE3, foi entrevistado um assessor de planejamento ocupando o cargo desde 2006, o qual foi Diretor da Divisão Médica, no período de 2003 a 2006, tendo assim acompanhado a 1ª contratualização do hospital em 2004.

Pelo hospital de ensino 4/HE4, foi entrevistado o dirigente da Divisão de Saúde da Comunidade que ocupa esta função desde 1998 e é um dos representantes do hospital

na Comissão de Acompanhamento de Convênios/Contratos da Secretaria que está em processo de constituição.

7.1. Caracterização dos hospitais

7.1.1. Esfera administrativa, natureza jurídico-administrativa e localização geográfica

De acordo com o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde/CNES do Ministério da Saúde dos quatro hospitais considerados três (3) são vinculados à esfera federal e um (1) à estadual, sendo apenas um (1) da administração direta e os demais, da administração indireta (autarquias). Quanto à localização geográfica, três estão situados na Região Sudeste e um na Região Sul.

7.1.2. Porte, complexidade e produção assistencial e relação com a contratualização

São hospitais gerais de grande porte com mais de 250 leitos, considerados os leitos gerais e os intensivos. Segundo a última atualização dos hospitais no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS), em abril de 2009, o HE1 possuía 661 leitos, o HE2, 1.618 leitos, o HE3, 253 leitos e o HE4, 408 leitos (Tabela 1). Os hospitais HE2 e HE4 constituem-se em unidades componentes de um complexo hospitalar, com número de cadastro próprio no CNES, os quais estabelecem um contrato/convênio específico com as secretarias contratantes, o que explica a inexistência na caracterização assistencial, de leitos e procedimentos em algumas especialidades, existentes em outras unidades dos referidos complexos hospitalares.

Considerando o total de leitos existentes e os que são ofertados ao SUS, o HE1 e o HE3 ofertam todos os leitos gerais e intensivos existentes ao SUS, compatível com a diretriz do Programa de Reestruturação no campo da gestão hospitalar, que preconiza a “*disponibilização de 100% dos leitos ativos do hospital de ensino público e do total dos grupos de procedimentos praticados para o SUS em até quatro anos*” (Portaria Interministerial nº1006/MEC/MS de 27/05/2004, item II, letra h). O HE4 e o HE2 ofertam ao SUS respectivamente, 100% e 96,0% dos leitos gerais e 92,2% e 50,5% de leitos intensivos (Tabela 1).

Tabela 1. Número de leitos gerais existentes e leitos SUS nos Hospitais de Ensino -2009¹

Leitos	HE1		HE2		HE3		HE4	
	Existentes	SUS	Existentes	SUS	Existentes	SUS	Existentes	SUS
Gerais	563	563	1186	1139	223	223	357	357
Intensivos	98	98	432	218	30	30	51	47
Total	661	661	1618	1357	253	253	408	404

¹ Cadastro Nacional dos Estabelecimento de Saúde/CNES - última atualização dos hospitais em abril de 2009

Quanto à oferta de cuidados intensivos, o HE1, o HE2 e o HE4 possuem leitos tipo II e tipo III¹, caracterizando-se de fato como cuidado intensivo segundo os padrões estabelecidos pelo MS. O HE1 possui UTI adulto tipo II e neonatal tipo III. O HE4 registra UTI adulto tipo II e tipo III. O HE2 é o único hospital que possui leitos tipo III nas três áreas – adulto, neonatal e pediátrica. Observa-se, ainda, a presença de leitos tipo I no HE1 e no HE2, de unidade intermediária neonatal no HE1 e de leitos de isolamento nos quatro hospitais (Tabela 2).

A maior oferta de leitos intensivos é do HE2, os quais são também os de maior adensamento tecnológico, considerando as exigências da normatização do MS, indicando que este hospital, ao menos neste aspecto, tem uma complexidade maior se comparado com os demais.

Sublinha-se que o HE3 só informa possuir leitos de terapia tipo I de adultos e de unidade intermediária neonatal, que se constituem em leitos com limitada incorporação tecnológica de cuidado intensivo, segundo a normatização do MS (Tabela 2).

¹ De acordo com o Ministério, as unidades de terapia intensiva são classificadas em três classes de exigências crescentes, onde a menor e maior exigência estão associadas respectivamente ao tipo I e ao tipo III. Quase a totalidade das especificações apresentadas pelo MS é relativa ao tipo II e III, sugerindo que o cuidado intensivo, segundo os padrões do Ministério, só ocorre nestes dois tipos (Ministério da Saúde. Portaria nº 3.432/GM, de 12/08/1998). A classificação considera três critérios: (1) incorporação de tecnologia (presença de materiais e equipamentos específicos de terapia intensiva e de outras tecnologias diagnósticas e terapêuticas no hospital, as quais a unidade de terapia intensiva demanda apoio); (2) especialização dos recursos humanos; e (3) área física disponível.

Tabela 2. Número de leitos intensivos existentes (E) e leitos SUS segundo o tipo nos Hospitais de Ensino -2009¹
E – Existente

Leitos intensivos	HE1		HE2		HE3		HE4	
	E	SUS	E	SUS	E	SUS	E	SUS
UTI adulto								
Tipo I	8	8	123	0	12	12	0	0
Tipo II	35	35	0	0	0	0	8	4
Tipo III	0	0	123	123	0	0	31	31
UTI neonatal								
Tipo I	0	0	40	0	0	0	0	0
Tipo III	10	10	40	40	0	0	0	0
UI Neonatal	15	15	0	0	8	8	0	0
UTI pediátrica								
Tipo I	8	8	51	0	0	0	0	0
Tipo III	0	0	51	51	0	0	0	0
Unidade de isolamento	22	22	4	4	10	10	12	12
TOTAL	98	98	432	218	30	30	51	47

¹ Cadastro Nacional dos Estabelecimento de Saúde/CNES - última atualização dos hospitais em abril de 2009

De acordo com os leitos cirúrgicos e clínicos cadastrados no CNES, os hospitais apresentam um perfil semelhante de especialidades. Importante lembrar que o HE4 e o HE2 constituem-se em hospitais gerais componentes de um conglomerado hospitalar que possui outros hospitais especializados, o que explica como já assinalado, a inexistência de especialidades como a cardiologia cirúrgica e clínica no HE2 e a obstetrícia, a neonatologia e a pediatria clínica no HE4.

Observam-se, entretanto diferenças entre eles. O HE1 não refere leitos para AIDS e para oncologia cirúrgica, enquanto que os demais os referem. O HE2 não informa leitos específicos para transplante, embora refira ter serviços de transplantes. Os demais registram leitos para transplantes. O HE1 e HE2 não registram leitos de buco maxilo facial, enquanto o HE3 e HE4 referem tê-los.

Segundo ainda os dados do CNES, o registro dos serviços de transplantes existentes nos quatro hospitais, confirma o perfil menos complexo do HE3 frente aos demais, já sugerido pelos leitos Tipo I de cuidado intensivo. O HE3 só registra, além da

retirada de órgãos, a realização de transplante de rim e de córnea/esclera. O HE4 registra a maior parte dos transplantes relacionados, não referindo os transplantes de osteocondroligamentos, este somente registrado no HE2, o de contagem endotelial corneana e o de biomicroscopia e conservação da córnea/esclera. Os dois últimos são registrados pelo HE1 e HE2. A ausência de transplante de coração e pulmão no HE2 é explicada pela sua realização em outra unidade especializada do conglomerado a que pertence (Tabela 3).

Tabela 3. Serviços especializados existentes na classificação transplantes nos Hospitais de Ensino - 2009¹

S –sim
N - não

Transplantes	HE1	HE2	HE3	HE4
Rim	S	S	S	S
Medula Óssea	S	S	N	S
Coração	S	N	N	S
Pulmão	S	N	N	S
Córnea/esclera	S	S	S	S
Pâncreas	S	S	N	S
Fígado	S	S	N	S
Acompanhamento de paciente transplantado	S	S	N	S
Pele	N	S	N	S
Válvulas cardíacas	N	N	N	S
Osteocondroligamentos	N	S	N	N
Retirada de órgãos	S	S	S	S
Contagem endotelial corneana	S	S	N	N
Biomicroscopia e conservação de córnea/esclera	S	S	N	N

¹ Cadastro Nacional dos Estabelecimento de Saúde/CNES - última atualização dos hospitais em abril de 2009

Os procedimentos ambulatoriais de alta complexidade, quimioterapia, diálise, hemoterapia, tomografia e hemodinâmica são registrados nos quatro hospitais. A radioterapia apenas no HE2 e no HE4; e a ressonância magnética apenas no HE2. O HE2 é o único hospital que registra todos estes procedimentos ambulatoriais de alta complexidade e estratégicos relacionados, ratificando seu perfil de maior complexidade (Tabela 4).

Tabela 4. Serviços de alta complexidade e estratégicos existentes nos Hospitais de Ensino -2009¹

S –sim

N - não

Serviços	HE1	HE2	HE3	HE4
Quimioterapia ²	S	S	S	S
Radioterapia ²	N	S	N	S
Diálise ³	S	S	S	S
Hemoterapia ²	S	S	S	S
Ressonância Magnética ⁴	N	S	N	N
Tomografia ⁴	S	S	S	S
Hemodinâmica ⁴	S	S	S	S

¹ Cadastro Nacional dos Estabelecimento de Saúde/CNES - última atualização dos hospitais em abril de 2009² Alta complexidade ambulatorial e estratégico³ Estratégico⁴ Alta complexidade ambulatorial

Em síntese, embora os quatro hospitais apresentem um perfil semelhante de especialidades, possuem complexidades distintas ao considerar-se a oferta de cuidados intensivos, os tipos de transplantes realizados e a oferta de procedimentos de alta complexidade ambulatorial. O HE2 e o HE3 encontram-se nos extremos, onde o primeiro é o mais e o segundo o menos complexo. O HE1 e HE4 parecem ter complexidades similares, sendo que o HE4, diferentemente do HE1, possui leitos cirúrgicos de oncologia e radioterapia.

Adicionalmente à caracterização assistencial apresentada, os quatro hospitais, segundo seus dirigentes, possuem alguma modalidade assistencial alternativa que diminui a permanência do paciente no hospital e/ou evita a sua internação, tal como a atenção domiciliar, a cirurgia ambulatorial e o hospital-dia.

A cirurgia ambulatorial é a única modalidade informada como existente nos quatro hospitais; o hospital dia foi referido por três, somente o HE1 não o possui; e a atenção domiciliar foi informada pelo HE2 e HE4.

Em resumo, o HE3 possui duas novas modalidades assistenciais, o HE1 apenas a cirurgia ambulatorial e o HE2 e o HE4 referem as três modalidades assistenciais e são aqueles que se encontram plenamente ajustados à diretriz do Programa de

Reestruturação relacionada à “*diversificação das tecnologias de cuidado que levem à redução do tempo de permanência da internação hospitalar (hospital dia, atenção domiciliar e cirurgia ambulatorial)*”(Portaria Interministerial nº 1006/ME/MS, 27/05/2004, item I, letra l). Nenhum dirigente de hospital identificou a presença dessas modalidades como decorrentes da contratualização (Tabela 5).

Tabela 5. Novas modalidades assistenciais e relação com a contratualização segundo os dirigentes dos Hospitais de Ensino -2008

S Sim
 N Não
 I Independente
 D Decorrente
 NA Não se aplica

Modalidades assistenciais	HE1		HE2		HE3		HE4	
	Presença	Relação contratualização	Presença	Relação contratualização	Presença	Relação contratualização	Presença	Relação contratualização
Hospital-dia	N	NA	S	I	S	I	S	I
Atenção domiciliar	N	NA	S	I	N	NA	S	I
Cirurgia ambulatorial	S	I	S	I	S	I	S	I

A informação prestada pelos dirigentes constante na Tabela 5 é coincidente com os dados coletados do CNES sobre leitos de hospital-dia. Apenas o HE1 não registra leitos de hospital-dia, os três outros hospitais informam disponibilizar para os casos cirúrgico/diagnóstico/terapêutico; o HE2, para AIDS e geriatria; o HE3, para geriatria; e o HE4, para AIDS e casos de intercorrência pós-transplante. Os leitos de hospital dia dos três hospitais são integralmente destinados ao SUS (Tabela 6).

Tabela 6. Número de leitos hospital-dia existentes e SUS nos Hospitais de Ensino -2009¹

E existente

Leitos hospital-dia	HE1		HE2		HE3		HE4	
	E	SUS	E	SUS	E	SUS	E	SUS
AIDS	0	0	12	12	0	0	8	8
Geriatria	0	0	4	4	4	4	0	0
Cirúrgico/diagnóstico/terapêutico	0	0	11	11	5	5	13	13
Intercorrência pós-transplante	0	0	0	0	0	0	5	5
Total	0	0	27	27	9	9	26	26

¹ Cadastro Nacional dos Estabelecimento de Saúde/CNES - última atualização dos hospitais em abril de 2009

Comparando-se a produção de procedimentos ambulatoriais e de internação nos hospitais em 2004 e 2007², extraída dos sistemas oficiais do MS, observa-se no HE1 um aumento de produção em apenas dois tipos de procedimentos. Na internação houve um acréscimo de 8,6% no número de internações estratégicas e no âmbito ambulatorial, um aumento de 12,6% na média complexidade. Os demais procedimentos de internação e ambulatoriais tiveram um decréscimo, se comparada as produções de 2004 com 2007. Na internação houve uma diminuição de 17,4% na alta e de 2,8% na média complexidade. No ambulatório, um decréscimo de 17,8% na alta complexidade, de 9,6% nos procedimentos estratégicos e de 16,7% na atenção básica (Tabela 7).

O HE2 registrou acréscimo na produção em todos os procedimentos ambulatoriais, exceto na alta complexidade, que diminuiu em 12,5% e nos procedimentos de atenção básica que deixaram de ser produzidos. Destaca-se o importante aumento de 144,9% nos procedimentos estratégicos e o de 23,2% na média

² Foi escolhido o ano de 2004 porque se supôs que a contratualização não teria ainda impactado na produção, tendo em vista que o HE1 e o HE4 foram contratualizados no final de 2004 e o HE2 e HE3, no primeiro semestre de 2005; e o ano de 2007, porque completavam três anos de contratualização e considerando que as entrevistas foram realizadas em 2008.

complexidade. Na internação, aumentou em 39,2% a alta complexidade, em 10,9% a estratégica e em 18,4% a média complexidade. (Tabela 7).

O HE3, na internação, teve um acréscimo de 13,9% apenas nos procedimentos de média complexidade. Em relação aos procedimentos ambulatoriais, registrou considerável aumento de 63,1% na alta complexidade, de 8,5% nos procedimentos estratégicos e de 26,9% na média complexidade. Para os demais procedimentos registrou uma diminuição de produção de 2004 para 2007. Houve importante diminuição (72,8%) dos procedimentos de atenção básica. Diminuíram as internações de alta complexidade em 6,5% e as internações estratégicas sofreram decréscimo importante de 59,6% (Tabela 7).

O HE4, na internação, aumentou em 3,3% a média complexidade, decrescendo em 5,3% a alta complexidade e em 15,5%, a estratégica. Em relação aos procedimentos ambulatoriais, apresentou um acréscimo importante nos procedimentos de alta complexidade e nos estratégicos, respectivamente, 49,9% e 45,5%, além do aumento de 19,7% nos procedimentos de média complexidade. Os procedimentos ambulatoriais de atenção básica diminuíram em 7,3% em relação ao produzido em 2004 (Tabela 7).

Em síntese, observa-se que todos os hospitais diminuíram a produção de procedimentos de atenção básica, o que era desejado tendo em vista a diretriz do Programa de Reestruturação que preconiza que os hospitais de ensino deixem de realizar este tipo de procedimento, repassando-os para a rede básica (Brasil, Portaria Interministerial no 1006/MEC/MS de 27/05/2004, item I, letra d). Destaca-se o HE2 que não registrou produção para este procedimento em 2007.

Ainda no âmbito ambulatorial, todos os hospitais aumentaram a produção de algum tipo de procedimento de média complexidade ambulatorial, como também preconizado pelo Programa. Ressalta-se que a produção registrada relativa aos procedimentos estratégicos no HE2, teve um acréscimo significativo de 114,9% no período considerado, como também aumentou no HE3 e HE4, diminuindo apenas no HE1. O HE3 e HE4 registraram incremento de produção em todos os procedimentos ambulatoriais que não a atenção básica, sendo que na alta complexidade ambulatorial,

somente eles apresentaram aumento, o qual foi significativo, respectivamente 63,1% e 49,9%.

Na internação, o comportamento mais diferenciado foi apresentado pelo HE2, tendo sido o único hospital com acréscimo de produção em todos os tipos de procedimentos. Os demais hospitais aumentaram apenas um dos três tipos de procedimentos. Chama a atenção que a alta complexidade na internação só teve incremento no HE2.

Considerando-se os diferentes tipos de procedimentos ambulatoriais e de internação, para a maior parte destes procedimentos o HE1 registrou decréscimo em contraposição ao HE2, que para a maior parte deles registrou acréscimo de produção de 2004 para 2007.

Não foram verificadas, nos respectivos POAs dos hospitais, as metas de produção pactuadas com as respectivas secretarias. Portanto, não se sabe se havia intenção de aumento ou de diminuição dos procedimentos realizados. No entanto, o Programa de Reestruturação recomenda atenção para os ajustes necessários na oferta dos procedimentos de média e alta complexidade (Portaria Interministerial no 1006/MEC/MS de 27/05/2004, Item I, letra c) tendo em vista a reconhecida existência de filas de espera no SUS para tais procedimentos.

Neste sentido, seria esperado que todos os hospitais intensificassem a produção destes procedimentos. Essa suposição é reforçada nas entrevistas com os dirigentes das secretarias, quando todos referiram como problema para a rede, a ainda insuficiente oferta de procedimentos de média e alta complexidade, apesar do reconhecimento de alguns deles, SMS1 e SES2, que a contratualização propiciou maior inserção e integração de seus respectivos hospitais de ensino na rede de serviços (Anexo 4).

Os hospitais, em maior ou menor medida, procuraram atender a necessidade de incremento da produção de procedimentos de média e alta complexidade, com destaque para o HE2 que registra aumento de todos os tipos destes procedimentos, exceto na alta complexidade ambulatorial.

Por fim, apesar de constar como diretriz do referido Programa o preenchimento regular e atualizado dos sistemas de informação oficiais do MS e do MEC, induzindo os hospitais a terem uma maior preocupação com o registro da produção, é preciso considerar que ainda possa haver registro inadequado de informações.

Tabela 7. Produção por grupos de procedimentos em 2004 e 2007 nos Hospitais de Ensino - 2009¹

Grupos de procedimentos	HE1			HE2			HE3			HE4		
	2004	2007	Variação	2004	2007	Variação	2004	2007	Variação	2004	2007	Variação
Internação												
Alta complexidade internação	2.471	2.041	- 430 - 17,4%	5.249	7.306	+2057 + 39,2%	444	415	- 29 - 6,5%	2.518	2.384	- 134 - 5,3%
Internação estratégica	604	656	+52 + 8,6%	2.087	2.315	+ 228 + 10,9%	52	21	-31 - 59,6%	776	656	-120 - 15,5%
Média complexidade internação	17.115	16.631	-484 - 2,8%	40.444	47.872	+7.428 +18,4%	8.659	9.859	+1.200 + 13,9%	8.274	8.543	+269 +3,3%
Ambulatorial												
Alta complexidade ambulatorial ²	135.118	111.041	-24.077 - 17,8%	159.667	139.692	-19.975 - 12,5%	21.749	35.467	+13.718 +63,1%	70.178	105.222	+35.044 +49,9%
Atenção básica ²	333.275	277.624	- 55.651 - 16,7%	77.720	0	-77.720 -100%	170.630	46.494	- 124.136 - 72,8%	126.317	117.086	- 9231 - 7,3%
Ambulatorial estratégica ²	18.659	16.862	-1.797 - 9,6%	10.830.199	26.522.477	+15.692.278 + 144,9%	4.540	4.925	+385 +8,5	14.485	21.070	+6.585 +45,5%
Média complexidade ambulatorial ²	1.315.265	1.480.711	+165.446 + 12,6%	7.962.380	9.809.267	+1.846.887 +23,2%	766.551	973.036	+206.485 +26,9%	1.087.815	1.302.553	+214.738 +19,7%

¹ dados fornecidos pelo MS em abril de 2009 extraídos do SIH e SIA do DATASUS/MS

² referem-se aos "valores apresentados" segundo terminologia do DATASUS/MS.

Com base ainda nos dados dos sistemas de informação oficiais do MS, foram considerados o tempo médio de internação e a taxa de mortalidade hospitalar, respectivamente, como indicadores de produtividade e de qualidade assistencial.

Na Tabela 8, observa-se que os hospitais diminuíram seu tempo médio de internação, exceto o HE2 que não apresentou alteração. Quanto à taxa de mortalidade, o HE3 foi o único hospital que apresentou um aumento de 6,5% para 7,0%; os demais hospitais registraram diminuição. Os melhores e piores indicadores, tanto em 2004 quanto em 2007 são apresentados respectivamente pelo HE1 e pelo HE4 os quais como já mencionado parecem apresentar complexidade de serviços bastante semelhante.

Igualmente, não se observou a existência de metas estabelecidas sobre estes indicadores nos POAs, mas supõe-se desejada uma diminuição de ambos. Neste sentido, os hospitais apresentaram uma melhora dos indicadores, exceto o HE3 que piorou sua taxa de mortalidade. Entretanto, é preciso considerar que se houve algum ajuste de complexidade de serviços e/ou de pacientes no HE3, o que segundo seu dirigente ocorreu (Tabela 9), poderia explicar a variação da mortalidade.

Tabela 8. Indicadores hospitalares em 2004 e 2007 nos Hospitais de Ensino - 2009¹

Indicadores	HE1		HE2		HE3		HE4	
	2004	2007	2004	2007	2004	2007	2004	2007
Tempo médio de permanência (dias) ²	6,3	6,0	8,3	8,3	8,5	8,3	9,7	9,3
Taxa de mortalidade hospitalar (%) ²	5,1	4,3	6,0	5,4	6,5	7,0	7,4	7,0

¹ dados fornecidos pelo MS em abril de 2009 extraídos do DATASUS

² o denominador utilizado foi o número de internações no período pois não havia o número de saídas (TMP= dias de permanência/ n° de internações no período; Taxa mortalidade hospitalar= n° de óbitos/ n° de internações no período x 100)

Na Tabela 9 observam-se, segundo a percepção dos dirigentes dos hospitais, eventuais alterações, entre 2004 e 2007, de perfil assistencial e/ou de complexidade de paciente, de produção de procedimentos e de alguns indicadores hospitalares (tempo médio de permanência, taxa de ocupação, taxa de infecção e taxa de mortalidade) e sua relação com a contratualização.

No que se refere ao perfil de complexidade de serviços ou de pacientes, os dirigentes dos hospitais, exceto o do HE2, informaram ter ocorrido alteração no perfil de complexidade de serviços e/ou de pacientes. Para os dirigentes do HE1 e HE3 as alterações foram decorrentes da contratualização, enquanto que para o do HE4 não houve associação entre elas.

O dirigente do HE1 referiu que os pacientes atendidos na emergência e no ambulatório tornaram-se mais complexos, o que determinou ajustes nos processos de trabalho do hospital. O dirigente do HE3 informou ter havido alteração de perfil pela redução da produção na atenção básica e pelo incremento da atenção oncológica (quimioterapia e cirurgia), da cirurgia vascular periférica e da hemodinâmica; somente a redução da atenção básica foi relacionada à contratualização. Por fim, o dirigente do HE4 referiu alteração de perfil em função do aumento da produção e pela maior abrangência na oferta de procedimentos de alta complexidade no ambulatório e na internação (Tabela 9).

O HE1 e o HE4, segundo seus dirigentes, sofreram um ajuste de complexidade na oferta de serviços e/ou pacientes e mesmo assim apresentaram diminuição de seus tempos médios de internação e taxas de mortalidade como referido anteriormente (Tabela 8).

No que se refere à produção dos procedimentos básicos, de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, os hospitais, HE2 e HE4 não souberam informar se houve alteração de 2004 para 2007. O HE1 e o HE3 informaram ter havido alteração decorrente da contratualização, respectivamente em relação aos procedimentos de média e alta complexidade e aos de atenção básica (Tabela 9).

Os dirigentes do HE2 e HE4 não souberam informar sobre alteração de produção de 2004 para 2007 quando os sistemas de informação oficiais registram importantes acréscimos de produção no que se refere aos procedimentos ambulatoriais. O HE2 e o HE4 incrementaram 114,9% e 45,5% respectivamente, os procedimentos estratégicos, sendo que o HE4, ainda aumentou em 49,9% os procedimentos de alta complexidade, no período considerado. O HE2 ainda registrou importante variação na produção

relativa aos procedimentos de atenção básica, os quais não são mais registrados em 2007.

Este descompasso entre o registrado e o percebido pelos dirigentes dos dois hospitais, pode ser explicado pela insuficiência dos mecanismos de monitoramento da produção e, por conseguinte do POA do hospital e/ou pela inadequada divulgação das informações relacionadas à avaliação do hospital e /ou POA.

Por fim, considerando-se os indicadores hospitalares (tempo médio de permanência/TMP, taxa de ocupação/TO, taxa de infecção e taxa de mortalidade hospitalar) apenas o dirigente do HE1 informou ter havido alteração no período considerado, o que foi também foi constatado pelos dados do sistema de informações hospitalares do MS em relação a dois desses indicadores (Tabela 8), mas sem relação com a contratualização. Os demais dirigentes não souberam informar.

Tabela 9. Alteração no perfil assistencial, na produção e nos indicadores hospitalares entre 2004 e 2007 e relação com a contratualização segundo os dirigentes dos Hospitais de Ensino - 2008

S Sim
 N Não
 I Independente
 D Decorrente
 NA Não se aplica
 NSI Não sabe informar

Características assistenciais	HE1		HE2		HE3		HE4	
	Alteração	Relação contratualização	Alteração	Relação contratualização	Alteração	Relação contratualização	Alteração	Relação contratualização
Perfil assistencial – tipo e ou complexidade do serviço e ou perfil de complexidade do paciente	S ¹	D	N	NA	S ²	D	S ³	I
Produção de procedimentos de atenção básica	S	I	NSI ⁴	NSI	S ⁵	D	NSI ⁴	NSI
Produção de procedimentos de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar	S ⁶	D	NSI	NSI	S	I	NSI	NSI
Valores dos Indicadores hospitalares (TMP, TO, Taxa infecção e Taxa de mortalidade)	S	I	NSI	NSI	NSI	NSI	NSI	NSI

¹ houve uma alteração do perfil de pacientes atendidos na emergência e ambulatório, os quais são mais complexos; em função disso algumas mudanças foram introduzidas nos processos de trabalho do hospital

² a redução da produção de atenção básica, porque não recebe por tais procedimento foi atribuída à contratualização mas a ampliação da atenção oncológica (quimioterapia e cirurgia) não, pois houve a intenção por parte das duas últimas direções do hospital, de priorizar a alta complexidade o que efetivamente se expressou no incremento da produção de quimioterapia, e cirurgia oncológica , cirurgia vascular periférica e hemodinâmica.

³ cada vez mais foi assumido um perfil de maior complexidade através do aumento da produção e da ampliação da abrangência dos procedimentos de alta complexidade no ambulatório e internação

⁴ produz procedimentos de atenção básica mas não sabe informar se houve alteração

⁵ produz procedimentos de atenção básica e diminuiu a produção em função da contratualização porque não recebe por tais procedimentos

⁶ a partir da contratualização houve uma maior preocupação com o registro da produção

7.1.3. Mecanismos de inserção na rede e relação com a contratualização

Considerada como variável indicativa da inserção do hospital na rede de serviços, a disponibilização de procedimentos – leitos gerais e intensivos, consultas especializadas de primeira vez e exames laboratoriais e de imagem - através de algum mecanismo formal para a secretaria de saúde, os dirigentes dos hospitais informaram que já a praticavam, anteriormente ao advento da contratualização.

Os quatro hospitais, segundo seus dirigentes, ofertam para a secretaria, todas as consultas médicas especializadas de primeira vez para a rede. Quanto aos leitos, o HE1 informou disponibilizar todos os leitos gerais e intensivos; o HE4, 10% de leitos gerais de algumas especialidades e 2% de leitos intensivos; e o HE3 e o HE4 não disponibilizavam leitos para a secretaria. Os exames laboratoriais do HE4 são ofertados integralmente para a secretaria, enquanto que o HE1 e o HE3 não os disponibilizam. O HE3 disponibiliza 100% dos exames de imagem de alta complexidade, o HE4 informou que irá disponibilizar 100% dos exames de ressonância magnética e o HE1 não oferta exames de imagem para a secretaria. O HE2 referiu disponibilizar para a secretaria todos os procedimentos considerados, mas não soube informar o percentual (Tabela 10).

Com base na informação prestada pelos dirigentes, os hospitais ainda não cumprem integralmente o preconizado pelo Programa de Reestruturação no que se refere à “*manutenção sob regulação do gestor local do SUS, a totalidade dos serviços contratados...*” (Brasil, Portaria Interministerial no 1006/MEC/MS de 27/05/2004, item I , letra i). No entanto, por ser o único que disponibiliza integralmente seus leitos gerais e intensivos à rede, o HE1 parece ser o que mais inserido está à rede de serviços.

Tabela 10. Procedimentos disponibilizados através de mecanismo formal para a Secretaria segundo os dirigentes dos Hospitais de Ensino -2008

NSI Não sabe informar

Procedimentos disponibilizados	Percentual (%)			
	HE1	HE2	HE3	HE4
Leitos gerais	100	NSI ¹	0	10 ²
Leitos intensivos	100	NSI ¹	0	2
Primeiras consultas médicas especializadas	100	100	100	100
Exames laboratoriais	0	NSI ¹	0	100
Exames de imagem	0	NSI ¹	100 ³	100 ⁴

¹ disponibiliza, mas não sabe informar o percentual

² dos leitos de ortopedia, HIV e clínica médica

³ dos exames de imagem de alta complexidade

⁴ dos exames de ressonância magnética, a disponibilizar ainda

A contratualização, na percepção dos dirigentes dos hospitais, não parece ter interferido na inserção do hospital na rede. Não alterou a disponibilização dos referidos procedimentos para a secretaria, como seria desejado pelo Programa, e também não influenciou na modalidade de inserção dos serviços de urgência/emergência desses hospitais na rede.

Os dirigentes do HE1 e do HE3 informaram que houve alteração na disponibilização de procedimentos para a secretaria, mas sem relação com a contratualização. Os dois outros hospitais não souberam informar se houve alteração (Tabela 11).

No HE1, no HE2 e no HE4 a urgência/emergência é referenciada e no HE3 é porta aberta e para seus dirigentes, exceto o do HE4 que não soube informar, esta modalidade de funcionamento não teve relação com a contratualização (Tabela 11).

Segundo ainda o dirigente do HE1, a emergência do hospital é responsável pela retaguarda hospitalar de duas unidades de atendimento 24 horas da rede, mas mesmo assim o dirigente do hospital não identificou relação entre a contratualização e a urgência/emergência referenciada, porque esta já funcionava desta forma anteriormente à contratualização, o que faz supor que este hospital possuía considerável integração na

rede e a contratualização apenas reforçou e talvez tenha formalizado o que já estava estabelecido.

Tabela 11. Mecanismos de relação com a rede e relação com a contratualização segundo os dirigentes dos Hospitais de Ensino - 2008

A Aberta
R Referenciada
S Sim
I Independente
D Decorrente
NSI Não sabe informar

Mecanismos de relação com a rede	HE1		HE2		HE3		HE4	
	Condição	Relação contratualização	Condição	Relação contratualização	Condição	Relação contratualização	Condição	Relação contratualização
Alteração na disponibilização de procedimentos para a Secretaria através de mecanismo formal	S	I	NSI ¹	NSI	S	I	NSI ¹	NSI
Inserção da urgência/emergência	R ²	I	R	I	A	I	R	NSI

¹ disponibiliza procedimentos, mas não sabe informar se houve alteração após a contratualização.

² já foi porta aberta e hoje é quase completamente referenciada, embora atenda paciente sem ser referenciado; recebe pacientes principalmente de duas (2) unidades de urgência 24 horas para as quais é referência e esta lógica de funcionamento é anterior à contratualização.

Embora na percepção dos dirigentes a contratualização não tenha interferido nos mecanismos de inserção considerados, quais sejam, na disponibilização dos procedimentos para a secretaria e na modalidade de inserção dos serviços de urgência/emergência, a contratualização, ao menos para os dirigentes do HE1 e HE3 alterou o perfil de complexidade do paciente e hospital e a produção de procedimentos de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar e de atenção básica respectivamente (Tabela 9) .

Considerando os dados dos sistemas oficiais de informação do MS, observa-se um comportamento comum a todos os hospitais no que se refere à diminuição dos procedimentos de atenção básica e ao incremento dos procedimentos de média complexidade ambulatorial como preconizado pelo Programa de Reestruturação

Ainda no âmbito ambulatorial, ressalta-se que a produção registrada relativa aos procedimentos estratégicos no HE2, teve um acréscimo significativo de 114,9% no período considerado, como também aumentou no HE3 e HE4, diminuindo apenas no HE1. Destacam-se no âmbito ambulatorial o HE3 e HE4 que registraram incremento de produção em todos os procedimentos ambulatoriais que não a atenção básica, sendo que na alta complexidade ambulatorial, somente eles apresentaram aumento significativo, respectivamente 63,1% e 49,9%.

Diferentemente na internação não há um comportamento comum a todos os hospitais. O hospital diferenciado foi o HE2, por ter apresentado acréscimo de produção em todos os tipos de procedimentos, com destaque para a alta complexidade que incrementou em 39,2% no período considerado. Os demais hospitais aumentaram sua produção em apenas um, dos três tipos de procedimentos.

7.1.4. Estruturas e práticas de qualificação assistencial e relação com a contratualização

A seguir é apresentada uma caracterização assistencial dos hospitais, segundo a percepção de seus dirigentes, a partir da presença de trinta e cinco variáveis consideradas como estruturas e práticas de garantia e monitoramento da qualidade da assistência e sua relação com a contratualização.

Algumas destas variáveis foram extraídas do Programa de Reestruturação como diretrizes para a qualificação da atenção, sendo também requisitos para a certificação dos hospitais de ensino, entre eles a organização da atenção com base na Política Nacional de Humanização do MS, a elaboração de protocolos clínicos, o desenvolvimento de atividades de vigilância epidemiológica, hemovigilância, farmacovigilância e tecnovigilância em saúde e a constituição de comissões necessárias e obrigatórias ao funcionamento do hospital (Portaria Interministerial no 1006/MEC/MS de 27/05/2004, item I, letras e, f, m e n; Portaria Interministerial nº2400, de 02/10/2007). Outras constam somente como requisitos de certificação, como a vigilância da saúde do trabalhador e a existência de equipe multiprofissional de terapia nutricional.

Foram também consideradas algumas variáveis marcadoras do desenvolvimento gerencial de serviços técnicos, como o funcionamento dos serviços de patologia clínica e de imagem e a presença de farmacêutico por 24 horas, a existência de prontuário único e a dispensação de medicamentos por dose unitária e/ou por dose individualizada extraídas de sistema de avaliação do desenvolvimento gerencial de hospitais filantrópicos, como referido no Capítulo 2 sobre objetivos e métodos (Lima et al., 2004). Por fim, foram incorporados outros elementos também identificados na literatura como qualificadores da assistência, a saber, as práticas de gestão da clínica¹ (Mendes, 2002).

¹ “Sistema destinado a assegurar que padrões clínicos ótimos seja alcançados e que seja constantemente aperfeiçoados para melhorar a qualidade das práticas clínica ... implica na integração da capacidade clínica individual com a melhor evidência clínica externa provinda da pesquisa sistemática” (da medicina baseada em evidências/MBE). Inclui várias ferramentas dentre elas as diretrizes clínicas, a gestão da patologia e a gestão do caso. (Mendes, 2002)

Os dirigentes dos quatro hospitais informaram a presença da quase totalidade das estruturas e práticas consideradas (mais de 70% dos 35 itens). O HE2 apresentou o maior percentual de presença dos itens (91,4%), seguido do HE1 (82,9%), do HE4 (81,8%) e do HE3 (71,4%) (Tabela 12).

A exceção das diretrizes clínicas², utilizada em todos os hospitais, segundo os dirigentes, as demais práticas de gestão da clínica, entre elas, a gestão da patologia³, a gestão do caso⁴ e o estudo de variação da prática médica, não foram referidas. O dirigente do HE3 não referiu a presença da comissão de avaliação e revisão de prontuários e da comissão de transplantes e captação de órgãos. Também informou não possuir ouvidoria e não realizar vigilância da saúde no trabalhador e nem avaliação da satisfação dos usuários, todas estruturas e práticas que constam das diretrizes do Programa de Reestruturação, sendo também exigências da certificação. O dirigente do HE4 informou não classificar as internações por gravidade e utilização de recursos, não soube informar sobre a realização de vigilância epidemiológica e nem sobre a implantação formal de plano de humanização. Por fim, o dirigente do HE1 informou não possuir comissão de mortalidade neonatal, embora tenha maternidade e possua leitos de cuidado intensivo tipo III, e também não oferecer horários pré-estabelecidos para prestar informações sobre o paciente pela equipe, as quais constam também como diretrizes do referido Programa.

Para o cálculo do percentual de condições presentes, foram consideradas aquelas citadas como existentes pelos hospitais para compor o numerador e para compor o denominador, o total de condições interrogadas. No caso do HE4 seu denominador é menor, pois de seu total foram retiradas as comissões de mortalidade materna e neonatal, dado que não possui maternidade.

Observa-se que quase todas as condições presentes nos hospitais foram implementadas independentemente da contratualização, segundo a percepção de seus dirigentes. Destaca-se o HE2, para o qual nenhuma delas foi decorrente da

² ou protocolos clínicos são “recomendações preparadas de forma sistemática com o propósito de influenciar decisões a respeito de intervenções de saúde ligando avaliação tecnológica e garantia de qualidade” (Mendes, 2002).

³ conjunto de intervenções educacionais e gerenciais, no campo da promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, relativas a determinada condição ou patologia, baseado nas diretrizes clínicas, com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção à saúde e a eficiência dos serviços (Mendes, 2002).

⁴ processo cooperativo entre o profissional de saúde gestor de caso e o paciente/caso para planejar, monitorar e avaliar opções e serviços, de acordo com as necessidades do paciente, com o objetivo de incrementar a sua autonomia, de alcançar melhores resultados do ponto de vista do custo/efetividade, da qualidade da atenção e da continuidade do cuidado (Mendes, 2002).

contratualização. Em contraposição, o HE4 foi o hospital que mais referiu associação entre a implantação de algumas condições e a contratualização. A implantação de diretrizes clínicas, a realização de visitas diárias de familiares, o estabelecimento de horários pré-definidos para prestar informações sobre o paciente pela equipe e a avaliação da satisfação do usuário foram informadas pelo HE4 como decorrentes da contratualização, mais especificamente da certificação. O HE3 e o HE1 referiram apenas a implantação formal do plano de humanização e da comissão de revisão de óbitos respectivamente, como decorrentes da contratualização (Tabela 12).

Tabela 12. Estruturas e práticas de garantia e monitoramento da qualidade assistencial e relação com a contratualização segundo os dirigentes dos Hospitais de Ensino - 2008

S Sim
 N Não
 I Independente
 D Decorrente
 NA Não se aplica

Estruturas e práticas assistenciais	HE1		HE2		HE3		HE4	
	Presença	Relação contratualização	Presença	Relação contratualização	Presença	Relação contratualização	Presença	Relação contratualização
Patologia clínica 24h	S	I	S	I	S	I	S	I
Imagem 24h	S	I	S	I	S	I	S	I
Farmacêutico na Farmácia 24h	S	I	S	I	S	I	S	I
Prontuário único (para pacientes externos e internos)	S	I	S	I	S	I	S	I
Dispensação de medicamentos por dose unitária (cada dose) ou por dose individualizada (24h)	S	I	S	I	S ¹	I	S ²	I
Comissão de farmácia e terapêutica	S	I	S	I	S	I	S	I
Comissão de infecção hospitalar com busca ativa	S	I	S	I	S ³	I	S	I
Comissão de avaliação e revisão de prontuários	S ⁴	I	S	I	N	NA	S	I
Comissão de revisão de óbitos	S	D	S	I	S	I	S	I
Comissão de ética médica	S	I	S	I	S	I	S	I
Comissão de ética em pesquisa	S	I	S	I	S	I	S	I
Comissão de mortalidade materna	S	I	S	I	S ⁵	I	N	NA

Tabela 12. Estruturas e práticas de garantia e monitoramento da qualidade assistencial e relação com a contratualização segundo os dirigentes dos Hospitais de Ensino – 2008 (cont.)

S Sim
 N Não
 I Independente
 D Decorrente
 NA Não se aplica

Estruturas e práticas assistenciais	HE1		HE2		HE3		HE4	
	Presença	Relação contratualização	Presença	Relação contratualização	Presença	Relação contratualização	Presença	Relação contratualização
Comissão de mortalidade neonatal	N	NA	S	I	S ⁵	I	N	NA
Comissão de transplantes e captação de órgãos	S	I	S	I	N	NA	S	I
Comitê transfusional	S	I	S	I	S	I	S	I
Equipe multiprofissional de terapia nutricional	S	I	S	I	S	I	S	I
Sessões clínicas periódicas	S	I	S	I	S	I	S	I
Diretrizes clínicas	S	I	S	I	S	I ⁶	S	D
Gestão de doença/patologia	N	NA	N ⁷	NA	N	NA	N	NA
Gestão de caso/paciente	N	NA	N ⁷	NA	N	NA	N	NA
Estudo variação da prática médica	N	NA	N ⁷	NA	N	NA	N	NA
Classificação das internações por gravidade e utilização de recursos	N	NA	S	I	N	NA	N	NA
Protocolos de enfermagem	S	I	S	I	S	I	S	I
Ouvidoria	S	I	S	I	N	NA	S	I
Vigilância epidemiológica	S	I	S	I	S	I	NSI	NSI

Tabela 12. Estruturas e práticas de garantia e monitoramento da qualidade assistencial e relação com a contratualização segundo os dirigentes dos Hospitais de Ensino – 2008 (cont.)

S Sim
 N Não
 I Independente
 D Decorrente
 NA Não se aplica

Estruturas e práticas assistenciais	HE1		HE2		HE3		HE4	
	Presença	Relação contratualização	Presença	Relação contratualização	Presença	Relação contratualização	Presença	Relação contratualização
Hemovigilância	S	I	S	I	S	I ⁹	S	I ¹⁰
Farmacovigilância	S	I	S	I	S	I ⁹	S	I ¹⁰
Tecnovigilância	S	I	S	I	S	I ⁹	S	I ¹⁰
Vigilância da Saúde do trabalhador	S	I	S	I	N	NA	S	I
Plano de humanização formalmente implantado	S	I	S	I	S	D	NSI	NSI
Visitas médicas diárias na internação atualizando prescrição e evolução	S	I	S	I	S	I	S	I
Visitas de enfermagem diárias na internação atualizando prescrição e evolução	S	I	S	I	S	I	S	I
Visitas diárias de familiares	S	I	S	I	S	I	S	D
Horários pré-estabelecidos para prestar informações sobre o paciente pela equipe	N	NA	S	I	NSI	NA	S	D
Avaliação de satisfação dos usuários ao menos uma vez ao ano	S	I	S	I	N	NA	S	D
Balço	29/35 82,9%	-	32/35 91,4%	-	25/35 71,4%	-	27/33 81,8%	-

¹ somente por dose individualizada

² somente por dose unitária

- ³ somente em áreas críticas
- ⁴ não funciona regularmente
- ⁵ as comissões são da Secretaria Municipal e os chefes dos respectivos serviços as integram
- ⁶ por iniciativa dos profissionais
- ⁷ somente em função de um projeto de pesquisa
- ⁹ exigência do MS por ser hospital sentinela

7.1.5. Estruturas e práticas de qualificação da gestão e relação com a contratualização

A seguir é apresentada uma caracterização gerencial dos hospitais, segundo a percepção de seus dirigentes, a partir da presença de dezessete variáveis consideradas como estruturas e práticas qualificadoras da gestão e sua relação com a contratualização.

Algumas delas foram extraídas das diretrizes do Programa de Reestruturação relacionadas à qualificação da gestão, tais como as estruturas e práticas de democratização da gestão, de planejamento nas equipes e elaboração de plano diretor, uso de sistemas de informação, inclusive sobre o custo das atividades, além da alimentação regular dos sistemas oficiais de informação dos Ministérios da Saúde e da Educação (Portaria Interministerial no 1006/MEC/MS de 27/05/2004, item II, letras a, b, c, d e i).

Foram também incluídas algumas variáveis marcadoras do desenvolvimento gerencial, extraídas de um sistema de classificação do desenvolvimento da estrutura de gestão hospitalar, considerando algumas dimensões da gestão. Da dimensão direção e planejamento, a existência de plano diretor, de orçamento anual, de monitoramento de indicadores assistenciais; da dimensão dos recursos humanos, considerou-se a existência de incentivos; da parte logística, a existência de técnicas de gestão de materiais, de patrimônio e de equipamentos biomédicos; e por fim, da dimensão tecnologia de informações, a existência de sistemas de informação assistenciais e administrativos (Lima et al., 2004).

Algumas das variáveis acima referidas foram adaptadas, entre elas a existência de monitoramento de indicadores assistenciais, administrativos e logísticos (foram considerados apenas os assistenciais), a presença de equipamentos patrimoniados (foram considerados somente os biomédicos) e a presença sistemas de informação automatizados (foram considerados todos os sistemas de informação existentes, automatizados e não automatizados) (Lima et al., 2004).

Observa-se um comportamento semelhante entre o HE1 e o HE2 e entre o HE3 e o HE4 quanto à presença das estruturas e práticas gerenciais consideradas. Enquanto os dirigentes do HE1 e o HE2 referiram possuir respectivamente 14 (82,4%) e 15 (88,2%), os do HE3 e do HE4 informaram a presença de 10 (58,8%) das dezessete (17) condições consideradas (Tabela 13).

Algumas condições são raras ou ausentes na maior parte dos hospitais. Apenas o dirigente do HE1 informou possuir sistema de custos implantado. O dirigente do HE2 foi o único que referiu elaborar orçamento anual e ter mais de 60% de equipamentos biomédicos patrimoniados. Por fim, o dirigente do HE4 foi o único a referir conselho gestor, como instância de prestação de contas em relação ao convênio/contrato, embora não delibere sobre ele, o que é atribuição da Comissão de Acompanhamento da Secretaria. O Programa de Reestruturação preconiza que as metas do convênio/contrato/POA devam ser acompanhadas e atestadas pelo Conselho Gestor ou pela Comissão de Acompanhamento (Portaria Interministerial nº 1006/ME/MS, 27/05/2004, art.3º, pgfo 1º) (Tabela 13).

O HE3 e o HE4 não desenvolvem de forma regular planejamento de atividades, não elaboram plano diretor e não possuem colegiados internos⁵. O HE4 foi o único que não referiu ter conselho diretor.

Todas as condições presentes no HE1, HE3 e HE4, a exceção de poucas sobre as quais os dirigentes não souberam informar, foram implantadas independentemente da contratualização. O dirigente do HE4, para duas condições informadas como presentes - o conselho gestor e as práticas de incentivo de recursos humanos - não soube informar sobre relação com a contratualização. Igualmente, o dirigente do HE3 também não soube informar quanto às práticas de incentivos de RH existentes. O HE2 foi o único hospital em que o dirigente identificou relação entre estruturação gerencial e contratualização quando informou que a atualização das informações nos sistemas de informação oficiais do MS – cadastro nacional dos estabelecimentos de saúde/CNES, sistema de informações hospitalar/SIH e ambulatorial/SIA – foi decorrente da contratualização (Tabela 13).

⁵ o HE4 referiu que alguns serviços podem ter colegiados.

Observa-se que, na percepção dos dirigentes, a relação entre estruturação gerencial e contratualização foi igualmente frágil a considerada quanto à estruturação assistencial.

Tabela 13. Estruturas e práticas de gestão e relação com a contratualização segundo os dirigentes dos Hospitais de Ensino - 2008

S Sim
 N Não
 I Independente
 D Decorrente
 NA Não se aplica
 NSI Não sabe informar

Estruturas e práticas de gestão	HE1		HE2		HE3		HE4	
	Presença	Relação contratualização	Presença	Relação contratualização	Presença	Relação contratualização	Presença	Relação contratualização
Conselho gestor (externo)	N	NA	N	NA	N	NA	S ¹	NSI
Conselho diretor (interno)	S ²	I	S ³	I	S ⁴	I	N	NA
Outros colegiados	S ⁵	I	S	I	N	NA	N ⁶	NA
Planejamento anual de atividades	S	I	S	I	N ⁷	NA	N	NA
Elaboração de plano diretor (documento)	S	I	S	I	N	NA	N	NA
CNES atualizado	S	I	S	D	S	I	S	I
SIA atualizado	S	I	S	D	S	I	S	I
SIH atualizado	S	I	S	D	S	I	S	I
Sistemas de informação informatizados	S	I	S	I	S	I	S	I
Monitoramento de indicadores	S	I	S	I	S	I	S	I
Elaboração de orçamento	N ⁸	NA	S	I	N	NA	N	NA
Sistema de custos implantado	S	I	N ⁹	I	N	NA	N	NA
SIAFI atualizado	S	I	S	I	S	I	S	I

Tabela 13. Estruturas e práticas de gestão e relação com a contratualização segundo os dirigentes dos Hospitais de Ensino – 2008 (cont.)

S Sim
 N Não
 I Independente
 D Decorrente
 NA Não se aplica
 NSI Não sabe informar

Estruturas e práticas de gestão	HE1		HE2		HE3		HE4	
	Presença	Relação contratualização	Presença	Relação contratualização	Presença	Relação contratualização	Presença	Relação contratualização
Incentivos de RH	S	I	S	I	S	NSI	S	NSI
Práticas de controle de material de consumo (curva ABC e padronização)	S	I	S	I	S ¹⁰	I	S ¹⁰	I
Mais de 80% de equipamentos biomédicos patrimoniados	S	I	S	I	S	I	S	I
Mais de 60% equipamentos biomédicos sob manutenção preventiva	N	NA	S	I	N	NA	N	NA
Balanço	14/17	-	15/17	-	10/17	-	10/17	-
	82,4%		88,2%		58,8%		58,8%	

¹ o conselho gestor composto por representantes das Secretarias municipal e estadual, da reitoria, dos alunos, dos funcionários e da direção do hospital não delibera em relação ao contrato, mas é uma instância de prestação de contas; a comissão de acompanhamento é quem delibera sobre o contrato

² possui 2 conselhos internos: o Conselho Administrativo (CA) que define a política mais global e aprova o POA e seu orçamento composto, pelos chefes de departamentos, coordenadores de cursos, representantes de alunos e chefias de serviços e o Conselho Diretor que executa a política definida pelo CA composto pelos diretores, gerentes e coordenadores

³ possui 2 conselhos internos: o Conselho Deliberativo que repassa as metas e indicadores do POA, composto pelos diretores executivos das unidades componentes e um Conselho Diretor para cada unidade componente denominado de conselho gestor em substituição ao conselho técnico, composto pelos diretores de unidades em geral docentes que não entram nas enfermarias

⁴ há anos institui unidades funcionais que agregam serviços assistenciais e administrativos as quais possuem colegiados; este processo ainda inconcluso antecedeu o início da contratualização

⁵ pode ter na dependência do serviço

⁶ planeja pontualmente por demanda de algum projeto específico; não há um planejamento estratégico global

⁷ continua sem ter orçamento exceto para as atividades do POA (contratualização)

⁸ em implantação e independente da contratualização.

⁹ tem medicamento padronizado, mas não tem curva ABC

Detalhando um pouco mais as informações dos dirigentes sintetizadas na Tabela 13, observa-se que os dirigentes do HE3 e do HE4 não referiram nenhuma das práticas de planejamento consideradas, enquanto que os dirigentes do HE1 e do HE2 referiram possuir quase todas, exceto a elaboração anual do orçamento pelo HE1 e a análise e proposição de parcerias, que o dirigente do HE2 não soube informar se era ou não praticada no hospital (Tabela 14).

Tabela 14. Práticas de planejamento segundo os dirigentes dos Hospitais de Ensino – 2008

S Sim
N Não
NSI Não sabe informar

Práticas de planejamento	HE1	HE2	HE3	HE4
Programação de atividades assistenciais com metas (quantitativas) estabelecidas para um determinado período (semestre, ano, etc) - consultas e/ou atendimentos emergência e/ou internações/cirurgias	S	S	N	N
Monitoramento periódico de metas e prazos para os serviços assistenciais com ações gerenciais para ajustes, quando necessários (através de relatórios ou sistemas regulares – mensais ou trimestrais ou semestrais)	S	S	N	N
Análise e Proposições visando Associação / parcerias com outras organizações de saúde	S	NSI	N	N
Planejamento para Investimento tecnológico – aquisição / reposição de equipamentos	S	S	N	N
Planejamento para Obras e/ou reformas	S	S	N	N
Planejamento para Desenvolvimento de RH – formação e/ou treinamento	S	S	N	N
Planejamento para Incorporação de tecnologias de informação – sistemas, softwares	S ¹	S	N	N
Orçamento elaborado anualmente	N	S	N	N
Monitoramento orçamentário regular de receitas e despesas	S	S	N	N

¹ há atualmente cento e quatro (104) projetos encaminhados ao MS para reposição/aquisição de equipamentos e realização de obraS

Quanto à existência de sistemas de informação automatizados ou não nas áreas assistencial e administrativa, o dirigente do HE2 referiu possuir todos os sistemas administrativos automatizados, com a ressalva que o sistema de custos é na verdade um sistema de alocação das despesas por centro de custo. O dirigente do HE1 referiu todos, sendo quatro (4) automatizados e cinco (5) não. O dirigente do HE3 informou possuir seis (6) automatizados, dois (2) não automatizados e não possuir sistema de informação para apuração de custos. O dirigente do HE4 também referiu seis (6) sistemas

automatizados, não possuir sistema de informação para apuração de custos e não soube informar sobre a existência de sistemas de informação para gerenciamento de recursos humanos e compras (Tabela 15).

Em relação aos sistemas de informações assistenciais, o dirigente do HE4 referiu ter todos automatizados. O dirigente do HE1 informou ter doze (12) sistemas automatizados e apenas um (1) não automatizado – laudo de exames de imagem. O dirigente do HE2 referiu apenas como não automatizado a solicitação de exames de patologia clínica e de imagem e a prescrição de medicamentos, estando todos os demais são automatizados. O dirigente do HE3 referiu não possuir sistema de informação sobre registro de morbidade. Seus sistemas de informações assistenciais – solicitação e resultados de exames da patologia clínica, solicitação e resultados de exames de imagem e prescrição de medicamentos - não são automatizados. Os demais são referidos como automatizados (Tabela 15).

Em resumo, os hospitais, segundo seus dirigentes, referiram possuir praticamente todos os sistemas considerados, sendo a maioria deles automatizados. Destaca-se a existência de informação sobre o custo das atividades somente no HE1, por ser informação essencial para a realização de adequada estimativa dos recursos financeiros necessários à operacionalização dos hospitais e de seus respectivos POAs, além de constar como diretriz a ser implementada no Programa de Reestruturação. Importante ausência refere-se à inexistência no HE3 de informações sobre a morbidade dos pacientes, a qual associada à de custos, propiciaria ao hospital informação mais precisa sobre sua necessidade de recursos frente o perfil de patologias que atende.

Tabela 15. Sistema de informações existentes automatizados ou não segundo os dirigentes dos Hospitais de Ensino – 2008

A Automatizado
 NA Não automatizado
 NP Não possui
 NSI Não sabe informar

Sistema de informações	HE1	HE2	HE3	HE4
Administrativos				
Gerenciamento de orçamento	NA	A	A	A
Gerenciamento de faturamento	A	A	A	A
Gerenciamento de compras	A	A	A	NSI
Gerenciamento de materiais	A	A	A	A
Controle de medicamentos	A	A	A	A
Gerenciamento de Recursos Humanos	NA	A	A	NSI
Gerenciamento de patrimônio	NA	A	NA	A
Gerenciamento de custos	NA	A ¹	NP	NP
Manutenção de equipamentos	NA	A	NA	A
Assistenciais				
Agendamento de consulta	A	A	A	A
Agendamento de exame	A	A	NA	A
Controle de leito	A	A	A	A
Registro de paciente	A	A	A	A
Controle estatístico da produção	A	A	A	A
Controle da infecção hospitalar	A	A	A	A
Registro da morbidade	A	A	NP	A
Solicitação de exames da patologia clínica	A	NA	NA	A
Resultados de exames da patologia clínica	A	A	NA	A
Solicitação de exames de imagem	A	NA	NA	A
Resultados de exames de imagem	NA	A	NA	A
Prescrição de medicamentos	A	NA	NA	A

¹ somente dos gastos

Na Tabela 16 são apresentados os indicadores assistenciais informados pelos dirigentes como sendo regularmente monitorados. Novamente observa-se um comportamento similar entre o HE1 e o HE2 de um lado, e o HE3 e o HE4, de outro. Dos vinte e dois (22) indicadores considerados, o HE1 e HE2 referiram monitorar respectivamente catorze (14) e dezoito (18) indicadores; o HE3 informou apenas três (3) e o HE4 somente quatro (4) indicadores em um total de vinte e um (21) indicadores uma

vez que não foi considerada a taxa de parto cesáreo porque este hospital não possui maternidade.

Os indicadores que todos monitoram regularmente são a taxa de suspensão de cirurgias e a taxa de eventos adversos decorrentes do uso de medicamentos, equipamentos, instrumentos e correlatos, dada sua condição de hospitais sentinela⁶. A taxa de parto cesáreo é monitorada pelo HE1, HE2 e HE3. O HE4, como já referido, não possui este indicador porque não tem maternidade. Em contrapartida, nenhum hospital informou monitorar a taxa de readmissões hospitalares em até menos de 30 dias. A taxa de mortalidade pós 48 horas de internação e a taxa de quedas, somente o HE2 referiu monitorar.

⁶ O Projeto Hospital Sentinela, criado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária(ANVISA), se constitui em uma rede nacional de hospitais, cuja finalidade é a notificação ativa e qualificada de queixas técnicas e efeitos adversos relacionados a produtos de saúde: materiais médico-hospitalares, equipamentos eletro-eletrônicos, medicamentos, sangue e hemoderivados, saneantes, Kits diagnósticos

Tabela 16. Indicadores hospitalares monitorados regularmente segundo os dirigentes dos Hospitais de Ensino -2008

S Sim
N Não
NA Não se aplica

Indicadores	HE1	HE2	HE3	HE4
Taxa de mortalidade pós-48 horas de internação	N	S	N	N
Taxa de intercorrências nas internações	N	S	N	S
Taxa de eventos adversos decorrentes do uso de medicamentos, equipamentos, instrumentos e correlatos	S	S	S	S
Taxa de readmissões hospitalares em até menos de 30 dias	N	N	N	N
Taxa de parto cesáreo	S	S	S	NA
Taxa de suspensão de cirurgias	S	S	S	S
Taxa de escaras em pacientes crônicos	N	S	N	S
Taxa de quedas (maca, cama, mesa)	N	S	N	N
Taxa de ocupação de salas cirúrgicas/parto	S	S	N	N
Rendimento de consultas por médico no ambulatório	S	S	N	N
Tempo de médio entre marcação de consulta e o atendimento	S	S	N	N
Taxa de exames por consulta ambulatorial	S	S	N	N
Tempo de marcação/realização de exames para consultas ambulatoriais	S	S	N	N
Tempo de marcação/realização de exames na internação	S	S	N	N
Taxa de repetição de exames	N	N	N	N
Taxa de perdas de filmes	S	N	N	N
Taxa de repetição de coleta sanguínea para exame	N	N	N	N
Taxa de reclamação em relação à alimentação	S	S	N	N
Tempo médio entre solicitação de exames e entrega de resultados	S	S	N	N
Tempo médio de limpeza de sala cirúrgica	S	S	N	N
Tempo médio para liberação do leito pós-alta	S	S	N	N
Medicamentos sentinelas que estouram estoque mínimo	N	S	N	N
Balanco	14/22	18/22	3/22	4/21 ¹

¹ o denominador para o HE4 é 21 porque o indicador taxa de parto cesáreo não se aplica pois o hospital não possui maternidade.

Quanto a presença de incentivos aos recursos humanos, o dirigente do HE2 foi o único a referir mais da metade das treze (13) condições consideradas. Os demais informaram apenas ter cerca de um terço delas. O apoio à participação em congresso e ao desenvolvimento profissional todos os hospitais referiram possuir. Premiar as

inovações e ofertar planos de previdência nenhum hospital referiu. Diferencial importante em termos de uso de incentivos foi informado pelo dirigente do HE1 quanto à prática de ganhos adicionais para os serviços associados ao alcance de metas de desempenho (Tabela 17).

Tabela 17. Práticas de incentivos de Recursos Humanos segundo os dirigentes dos Hospitais de Ensino – 2008

S Sim
N Não

Incentivos	HE1	HE2	HE3	HE4
Ganhos adicionais associados ao alcance de metas de desempenho do serviço ou do hospital	S ¹	N	N	N
Prêmios por tempo no serviço	N	S	N	N
Prêmios por assiduidade	N	S	N	N
Prêmios por inovação	N	N	N	N
Apoio à participação em Congressos	S ²	S	S	S
Apoio à pesquisa	N	S	S	N
Apoio ao desenvolvimento profissional (graduação, pós-graduação, estágios)	S	S	S	S
Aquisição de publicações científicas	N	S	N	S
Planos de saúde e/ou cobertura assistencial para funcionários	N	N	S	S
Previdência	N	N	N	N
Cesta básica	N	S	N	N
Creche ou auxílio creche	S	S	N	S
Balanco	4/13	8/13	4/13	5/13

¹ somente para as unidades funcionais e o recurso ganho necessariamente deve ser aplicado na unidade; sem ganho individual.

² somente para as unidades funcionais

Em síntese, parece haver uma associação entre complexidade assistencial e estruturação assistencial e gerencial como também observado em estudo de âmbito nacional junto aos hospitais filantrópicos (Lima et al., 2004). O hospital mais complexo, o HE2 é também o mais qualificado assistencial e gerencialmente e o menos complexo, o HE3 é o que menos refere ter estruturas e práticas de garantia e monitoramento da qualidade assistencial e também as estruturas de qualificação da gestão consideradas no estudo.

Chama a atenção a frágil associação percebida pelos dirigentes entre a contratualização e as práticas e estruturas de qualificação assistencial e gerencial existentes nos hospitais. Foram poucas as relações de associação positiva informadas pelos dirigentes. Destaque, porém, merece ser dado à indução promovida pela certificação, mencionada pelo dirigente do HE4, quanto à introdução de algumas delas no campo assistencial.

Igualmente destaca-se a percepção também frágil dos dirigentes dos hospitais quanto à associação entre a contratualização e a inserção dos hospitais na rede no que se refere aos elementos considerados no estudo, em especial se for considerado que não houve alteração de disponibilização de procedimentos dos hospitais para as secretarias associada à contratualização, condição considerada central para que haja uma efetiva regulação da rede por parte da secretaria. Houve, entretanto na percepção dos dirigentes, alteração de complexidade e de produção assistencial.

7.2. Caracterização da Contratualização

Este item caracteriza a contratualização, segundo a percepção dos dirigentes de secretarias de saúde e de hospitais, a partir de algumas variáveis consideradas marcadoras da estruturação da contratualização, relacionadas às diferentes etapas do processo de contratualização. Foram consideradas a existência de plano de saúde elaborado pela secretaria, a renovação da certificação, a renovação do POA e do orçamento após um (1) ano da assinatura do contrato/convênio, a presença no POA de todas as dimensões recomendadas pelo Programa de Reestruturação, a avaliação periódica da comissão de acompanhamento, a elaboração de relatórios sobre as avaliações realizadas pela comissão, a existência de outras formas de monitoramento, o repasse de parte de recursos efetivamente segundo o desempenho, a aplicação de penalidades e a disseminação no hospital da lógica contratual. Neste caso, são apresentados os mecanismos e práticas internas ao hospital que podem ser assumidos como contratualização interna. Algumas destas variáveis foram selecionadas das recomendações do Programa de Reestruturação e outras foram captadas das entrevistas com os dirigentes de secretarias e de hospitais.

Ainda neste item, segundo a percepção dos dirigentes de secretarias e hospitais e do dirigente do Ministério da Saúde, é apresentada uma avaliação do processo de contratualização considerando os principais aspectos facilitadores, as principais dificuldades, os benefícios, o impacto sobre as diretrizes do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino e ainda proposições de ajustes à contratualização.

7.2.1 Componentes do processo de contratualização

A contratualização dos quatro hospitais de ensino foi antecedida, como previsto pelo Programa de Reestruturação, pelas respectivas certificações, condição obrigatória para serem considerados hospitais de ensino. A certificação e a contratualização foram formalizadas respectivamente através de Portaria Interministerial dos Ministérios da Educação e da Saúde e do Ministério da Saúde. A contratualização implicou na assinatura de um convênio/contrato entre hospitais e secretarias, constando um plano operativo anual/POA, onde estão explicitados os compromissos pactuados em termos de metas de produção física e de desenvolvimento assistencial, da gestão, do ensino e da

pesquisa além dos recursos financeiros necessários a sua operacionalização. A parte contratante, necessariamente é a responsável pela gestão plena da rede, podendo ser a secretaria estadual ou municipal.

Os hospitais HE1, HE3 e HE4 foram certificados no segundo semestre de 2004 e o HE2 no início de 2005. O HE1 e HE4 foram contratualizados em final de 2004, o HE2 e o HE3 no início de 2005¹. Os hospitais HE1, HE3 e HE4² são contratualizados por secretarias municipais de saúde e o HE2 por secretaria estadual de saúde

O HE3 e HE4, ainda estavam no momento da entrevista em agosto de 2008, com o primeiro convênio/contrato em vigor, respectivamente assinados em início de 2005 e final de 2004, como já referido, em razão de inúmeras dificuldades que enfrentaram para sua renovação.

O HE4 teve seu convênio/contrato transferido para outra esfera administrativa em 2005, quando a gestão plena da rede foi repassada para a secretaria estadual de saúde, tendo retornado à secretaria municipal em meados de 2007. Em função disso, algumas informações prestadas pelo HE4 e pela SMS4 referem-se ao processo que recém se restabeleceu entre eles. Como a entrevista da SMS4 ocorreu em abril e a do HE4 em agosto de 2008, algumas informações prestadas pelos dois entrevistados são referidas a diferentes momentos do processo de reconstrução do pacto, o que poderá explicar uma aparente incongruência entre elas (Anexo 4).

Uma das condições consideradas como estruturantes da contratualização é a existência, na secretaria contratante, de área ou prática de planejamento de saúde, a qual poderia ser utilizada como referência para a elaboração do plano operativo anual (POA) do hospital. No plano da secretaria deveriam estar colocadas as necessidades da população, as possibilidades de oferta da rede e definido o papel do hospital no atendimento daquelas necessidades ou de atuação em novas frentes que a secretaria julgasse necessário abrir.

Neste sentido, observa-se que os dirigentes da SMS1, da SMS3 e da SMS4 referiram elaborar periodicamente, a primeira a cada dois anos e as outras a cada ano,

¹ segundo cadastro dos hospitais de ensino contratualizados do Ministério da Saúde atualizado em janeiro de 2009.

² o HE4 foi contratualizado pela SMS em 2004; em 2005, a SMS perdeu a condição de gestão dos hospitais para a SES e o convênio/contrato passou a ser acompanhado pela SES até 2007, quando retornou à SMS.

planos de saúde para seus municípios. Adicionalmente, a SMS3 informou elaborar, juntamente com outros municípios adjacentes, um plano intermunicipal a cada três anos, tendo em vista que o HE3 efetivamente atende parte da população daqueles municípios que necessitam de um atendimento de maior complexidade. Os planos da SMS1 e da SMS3, segundo os entrevistados, serviram de referência para a elaboração dos planos operativos anuais dos hospitais contratualizados. O dirigente da SES2 informou não ter plano formalmente elaborado, mas há previsão de elaboração de planos regionais de saúde que servirão de base para o POA do hospital vinculado a uma dada Região de Saúde.

A SMS1 e a SMS3 parecem realizar um melhor articulação e vinculação entre planejamento e arranjo contratual, propiciando, através do contrato, uma “amarração” formal sobre o que a secretaria precisa e o quanto o hospital pode e se comprometeu a realizar (Tabela 18).

Outra importante condição de estruturação da contratualização é a constituição pela secretaria de uma comissão de acompanhamento dos convênios/contratos para monitorar e avaliar a execução do POA, como preconizado pelo Programa de Reestruturação.

Os dirigentes da SMS1 e da SES2 informaram ter comissão formalmente constituída, por ato do secretário, com representantes designados pelas respectivas secretarias contratantes, pelo hospital e pelos usuários. A comissão da SMS1, além de representantes da direção do hospital, possui também representantes do corpo docente, do corpo discente e de usuários. O dirigente da SMS3 também referiu haver comissão, porém sem representação de usuário. Informou ainda, que a comissão já incorporou informalmente representantes de municípios adjacentes cuja população é atendida no hospital e que há previsão de inclusão de representantes do Conselho Municipal de Saúde, da Secretaria Estadual de Saúde, do Ministério Público e do Conselho Regional de Medicina. O dirigente da SMS4 informou não possuir ainda comissão formalizada para os hospitais de ensino, mas que deverá ser constituída segundo o modelo das comissões já existentes para acompanhamento da contratualização dos hospitais filantrópicos, com representação da Secretaria Municipal de Saúde, do hospital, da

Secretaria Estadual de Saúde e do Conselho Municipal de Saúde ³ (Tabela 18) (Anexo 4).

De acordo com a minuta de convênio/contrato do MS, a Comissão de Acompanhamento de Convênio/contratos deve ser formalmente constituída pela secretaria em até quinze dias após a assinatura do convênio/contrato e deve ser integrada por representantes da secretaria, do hospital, da comunidade acadêmica e dos usuários, devendo ainda se reunir ao menos uma vez ao mês para proceder a avaliação (Portaria Interministerial no 1006/MEC/MS de 27/05/2004).

Os dirigentes da SMS1 e da SMS2 referiram que as referidas comissões se reúnem, de forma periódica, respectivamente a cada dois e três meses para proceder a avaliação. O dirigente da SMS3 informou não haver periodicidade pré-estabelecida e o da SMS4 referiu que quando começar a funcionar se reunirá a cada três meses (Tabela 18).

A referida avaliação das comissões é formalizada através de um relatório para os casos da SMS1 e da SMS2, enquanto a SMS3 informou não elaborar relatório e a SMS4 referiu que também está prevista a elaboração de relatórios após as reuniões trimestrais de avaliação.

Indagados sobre a existência de outras avaliações do convênio/contrato/POA além da realizada pelas comissões, o dirigente da SMS1 informou que o representante da secretaria na comissão monitora o hospital mensalmente através de informações encaminhadas pelo hospital e de outras retiradas dos sistemas oficiais de informação. A cada mês, o referido representante da secretaria elabora um relatório deste monitoramento e a cada dois meses, nos intervalos da reunião da Comissão de Acompanhamento, visita o hospital para verificação das pendências identificadas nas avaliações anteriores, resultando em outro relatório que pontua para o pagamento da parte variável do convênio/contrato. Além disso, a cada seis meses, há uma reunião para prestação de contas dos hospitais contratualizados junto ao Conselho Municipal de

³ Como já comentado, a entrevista com a SMS4 foi realizada em momento em que esta secretaria havia retomado a negociação com o HE4 para renovação do primeiro contrato/convênio.

Saúde e a cada ano é encaminhado, pela secretaria, relatório para o Tribunal de Contas do Estado e para a Comissão de Orçamento da Prefeitura (Tabela 18) (Anexo 4).

O dirigente da SES2 informou possuir uma assessoria de nível central especificamente constituída para acompanhamento dos hospitais de ensino e que com suas análises dá suporte à Comissão de Acompanhamento e aos hospitais. Além disso, referiu realizar visitas ao hospital quando a contratualização tem início, quando há mudança de diretor no hospital ou quando se faz necessário (Tabela 18) (Anexo 4).

O dirigente da SMS3 informou que mensalmente são documentadas em relatório, avaliações realizadas por supervisores da secretaria vinculados ao nível central de coordenação hospitalar e ambulatorial. Além disso, os setores de planejamento e de auditoria mensalmente avaliam os hospitais, mas sem elaboração de relatório. A cada dois meses o planejamento, a auditoria e as coordenações hospitalar e ambulatorial se reúnem para avaliação e a cada ano o setor de planejamento elabora um relatório sobre o convênio/contrato e POA. O dirigente da SMS4 não referiu outras avaliações (Tabela 18).

Adicionalmente, o dirigente do HE4 informou que no atual processo de renovação do convênio/contrato/ POA foi constituída uma comissão com representantes da secretaria e do hospital, não tendo informado sobre sua formalização. Referiu também que está prevista uma prestação de contas bimensal para o Conselho Gestor, que seria assim, mais uma instância de prestação de contas, além da referida Comissão de Acompanhamento, aliás, único dos quatro hospitais que referiu possuir Conselho Gestor. Como a entrevista com o dirigente do HE4 foi realizada quatro meses após a do dirigente da SMS4, como já mencionado, foi possível evidenciar um efetivo avanço no processo de negociação e de estruturação da contratualização entre este hospital e secretaria contratante.

Considerando os critérios de estruturação da contratualização acima descritos, a SMS1 parece ser aquela que apresentou o processo mais estruturado, considerando às ações que são dela diretamente dependentes, o que também ficou evidenciado no relato da entrevista de seu dirigente (Anexo 4).

Constitui-se em importante diferencial da SMS1, o monitoramento mensal da execução do POA que por ela é realizado. Além da avaliação bimensal realizada pela comissão de acompanhamento do convênio/contrato, o técnico da secretaria designado realiza visitas ao hospital, no intervalo da referida avaliação, para acompanhar problemas previamente identificados em avaliações anteriores e verificar o andamento das ações previstas no POA. Além disso, o referido técnico da secretaria acompanha mensalmente a produção do hospital identificando, de forma mais imediata, antes mesmo da reunião bimensal de avaliação da comissão, qualquer alteração na produção, tendo em vista a meta estabelecida no POA. Propicia assim, uma interação mais próxima entre secretaria e hospital, a ponto de ser possível negociar, no caso de ocorrer eventuais baixas de produção em determinado mês, a sua compensação em meses subsequentes (Anexo 4).

A SMS3 embora tenha informado haver um planejamento para subsidiar o POA do Hospital, não expressou estruturação adequada pela ausência de uma avaliação regular pela comissão de acompanhamento. A SMS4 não tinha no momento da entrevista constituído uma comissão de avaliação. A SMS2 embora com comissão constituída e avaliações periódicas, formalizadas em relatórios e realizando outros tipos de avaliações, não referiu um processo de planejamento adequadamente estruturado para subsidiar o POA.

Tabela 18. Caracterização do processo de contratualização segundo os dirigentes das Secretarias - 2008

S Sim
N Não
NA Não se aplica
NSI Não sabe informar

Processo de contratualização	SMS1	SES2	SMS3	SMS4
Plano municipal e ou estadual de saúde				
<i>Elaborado periodicamente</i>	S	N ¹	S	S
<i>Usado como referência para o POA</i>	S	NA	S	NSI
Plano de saúde intermunicipal				
<i>Elaborado periodicamente</i>	N	N	S	N
<i>Usado como referência para o POA</i>	NA	NA	S	NA
Comissão de Acompanhamento dos Convênios/contratos/POA formalmente constituída, por ato do secretário, com representantes das partes contratantes e dos usuários identificados	S	S	S ²	N ³

Periodicidade de Avaliação da Comissão de Acompanhamento de Convênios/contratos/POA

<i>Bimensal</i>	S	-	-	-
<i>Trimestral</i>	-	S	-	N ³
<i>Sem periodicidade</i>	-	-	S	-
Formalização da avaliação em relatório	S	S	N	N ³
Outras avaliações e prestação de contas do convênio/contrato/POA	S ⁴	S ⁵	S ⁶	N

¹ está prevista elaboração de plano de saúde para cada região de saúde do estado

² informalmente foram incorporados representantes de municípios adjacentes e está ainda prevista a inclusão de representante do Conselho Municipal de Saúde, do Ministério Público, do Conselho Regional de Medicina e da Secretaria Estadual de Saúde

³ no atual processo de renovação do convênio/contrato/POA estão previstas a constituição de Comissão com representação da SMS, do hospital, do usuário e da SES, a realização de avaliação trimestral e a elaboração de relatório

⁴ o POA é também monitorado e avaliado mensalmente pelo auditor responsável pelo hospital integrante da Comissão de Acompanhamento com relatório elaborado; bimensalmente pelo mesmo auditor através de visitas com relatório elaborado que pontua para pagamento da parte variável; semestralmente pelo Conselho Municipal de Saúde com relatório elaborado; e anualmente pelo Tribunal de Contas do Estado e Comissão de Orçamento da Prefeitura com relatório elaborado

⁵ a secretaria possui uma assessoria especificamente para realizar visita o hospital quando a contratualização inicia, quando muda a direção ou quando é necessário

⁶ são realizadas avaliações mensais com relatório elaborado pelos supervisores do hospital da coordenação hospitalar e ambulatorial, estruturas de nível central da secretaria; o setor de planejamento e de auditoria mensalmente avaliam sem elaboração de relatório. A cada dois meses o planejamento, a auditoria e as coordenações hospitalar e ambulatorial se reúnem para avaliação e a cada ano o planejamento elabora um relatório sobre o convênio/contrato e POA

Todos os dirigentes de hospitais informaram estar com a certificação renovada ou em processo, porém somente o HE1 e HE2 referiram renovação de plano operativo anual/POA e de seu orçamento, formalizada em termo aditivo, após um (1) ano do primeiro convênio/contrato, conforme preconizado pelo MS. No HE3 e no HE4, como já assinalado, ainda estão em vigência os planos operativos relativos ao primeiro convênio/contrato. Também como já mencionado, o HE4, no momento de sua entrevista, estava em fase de negociação para renovação de seu convênio/contrato e POA com a secretaria municipal de saúde.

Segundo o Programa de Reestruturação, a certificação deveria ser renovada a cada dois anos, o POA e o orçamento deveriam ser anualmente renovados, enquanto que o convênio/contrato poderia ter validade de até cinco (5) anos.

Os dirigentes de hospitais informaram ter elaborado de forma conjunta com suas respectivas secretarias, os planos operativos anuais, tal como é preconizado na minuta de convênio/contrato elaborada pelo MS. No caso do HE4, esta informação se referiu ao atual processo de renovação do convênio/contrato e POA, que estava em curso no momento de sua entrevista no estudo (Tabela 19).

O Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino preconiza que estes hospitais desenvolvam ações estratégicas em quatro campos, a assistência e inserção na rede, a gestão, o ensino e a pesquisa e avaliação tecnológica em saúde tendo como referência as necessidades do Sistema Único de Saúde. Seus planos operativos deveriam assim contemplar estas dimensões com metas e indicadores identificados passíveis de monitoramento.

Observa-se que a assistência, a inserção na rede e a gestão estão presentes nos POA de todos os hospitais, segundo seus dirigentes, enquanto que o ensino e a pesquisa foram informados somente pelos dirigentes do HE1 e do HE3. De acordo com as informações prestadas pelos dirigentes, somente o HE1 e o HE3 cumprem o preconizado pelo Programa de Reestruturação, apresentando em seus planos operativos, metas e indicadores para todas as áreas estratégicas identificadas pelo MS (Tabela 19).

Considerando as ações que envolvem mais claramente a participação das duas partes contratantes, a dupla SMS/HE1 parece apresentar o processo mais estruturado, o que seria esperado tendo em vista a estruturação existente de sua secretaria contratante, a SMS1 (Tabela 18). A contratualização SES2/ HE2 também parece estruturada, só não referindo conter metas e indicadores no POA para o Ensino e Pesquisa. As SMS3/HE3 e SMS4/ HE4 experimentam ainda processos de contratualização menos estruturados pelas razões já enumeradas, não tendo ainda renovado seus POAs e orçamentos no momento das entrevistas. Destaca-se, entretanto haver diferenças entre elas, pois a SMS4/HE4, como já comentado, se encontrava, no momento de sua entrevista, em franco e acelerado processo de estruturação de renovação do contrato/convênio.

Tabela 19. Caracterização do processo de contratualização segundo os dirigentes dos Hospitais de Ensino - 2008

S Sim
N Não
NSI Não sabe informar

Processo de contratualização	HE1	HE2	HE3	HE4
Hospital com certificação renovada ou em processo	S	S	S	S
POA elaborado de forma conjunta pela Secretaria e Hospital	S	S	S	S ¹
POA e orçamento renovados após 1 ano do primeiro convênio/contrato com termo aditivo	S	S	N ²	N ²
<i>Dimensões contempladas no POA com metas e indicadores</i>				
Assistência	S	S	S	S

Inserção na rede	S	S	S	S
Gestão	S	S	S	S
Ensino	S	N	S	N
Pesquisa	S	N	S	N

¹ o POA está sendo elaborado de forma conjunta no atual processo de renovação do convênio/contrato/POA, para a qual uma Comissão de Acompanhamento, com representantes do hospital e da secretaria está constituída e além da avaliação regular desta Comissão, está prevista uma avaliação bimensal pelo Conselho Gestor.

² ainda vigente o POA do primeiro convênio/contrato.

Ainda integram a caracterização do processo de contratualização, os critérios e condições para que os hospitais recebam os recursos financeiros relativos ao POA. Segundo a regulamentação do MS, o orçamento do POA seria dividido em dois componentes, um fixo e o outro variável representando respectivamente, 85% e 15% da estimativa total dos recursos do convênio/contrato. A parte fixa seria garantida automaticamente sem qualquer análise de desempenho prévia e a parte variável, repassada mediante o alcance de metas e indicadores do POA, ou seja, condicionada a avaliação do desempenho (Portaria nº 2352/GM de 26/10/2004). O MS recomenda que o componente fixo seja no máximo 90% e o variável, no mínimo 10% dos recursos totais e que sejam, a cada ano, paulatinamente ajustados até que cada um deles represente 50% do orçamento total do contrato/convênio (Portaria nº 1702/GM, de 17/08/2004).

Os dirigentes do HE3 e do HE4 informaram que o componente fixo dos contratos/convênios vigentes corresponde a 90%, enquanto que o componente variável, a 10% do total dos recursos previstos. O dirigente do HE2 referiu 85% e 15% respectivamente, e o do HE1, 75% para a parte fixa e 25% para a parte variável (Tabela 19).

O dirigente da SMS1 referiu na sua entrevista que, enquanto o componente variável representou 10% do orçamento total do contrato/convênio, não havia uma reação mais incisiva por parte do hospital, frente ao desconto aplicado sobre a parte variável, quando o hospital não alcançava a pontuação mínima necessária para recebê-la integralmente. Porém, na medida em que este percentual foi sendo elevado, o comportamento do hospital foi também se modificando, no sentido de buscar mais ativamente interagir com a secretaria e com as suas equipes internas para assegurar o alcance das metas e indicadores que determinam o valor do repasse do componente

variável. Há inclusive uma previsão pactuada entre secretaria e hospital que este percentual venha a ser 50% do orçamento total do convênio (Anexo 4).

O repasse da parte fixa e da variável, segundo os dirigentes dos hospitais se dá sem atraso e em parcelas mensais. A parte fixa é repassada sem avaliação, como recomendado pelo MS, na percepção dos quatro dirigentes de hospitais (Tabela 20).

No entanto, na entrevista com o dirigente da SMS1 foi informado que o repasse da parte fixa para o HE1 é também dependente de avaliação das metas de produção física e de outras metas do POA. O representante da secretaria na Comissão de Acompanhamento responsável pelo relatório mensal de execução do POA pode sugerir a aplicação de descontos, prevista no convênio/contrato, caso o hospital não tenha cumprido as metas sem apresentar justificativa (Anexo 4).

O componente variável, segundo os dirigentes do HE1 e do HE2, é repassado, mediante a avaliação, pela Comissão de Acompanhamento, quanto ao cumprimento de metas e indicadores. O dirigente do HE2 informou que, mesmo sem cumprir integralmente as metas e ou indicadores, sempre atingiu a pontuação mínima para recebimento de 100% da parte variável, o que é previsto na regulamentação do MS, conforme mencionado na apresentação do Programa de Reestruturação (Capítulo 3). Os dirigentes do HE3 e do HE4 informaram que a parte variável, até o momento, é repassada integralmente independente de avaliação (Tabela 20). Nas entrevistas com os dirigentes da SMS3 e da SMS4 esta informação foi confirmada, embora tenham também reconhecido que a regulamentação do MS recomenda o contrário (Portaria nº 2352/GM de 26/10/2004) (Anexo 4).

Tabela 20. Composição e condições de repasse e dos recursos do convênio/contrato e POA segundo os dirigentes dos Hospitais de Ensino– 2008

S Sim
N Não

Recursos do convênio/contrato	HE1	HE2	HE3	HE4
Composição percentual (%)				
<i>parte fixa</i>	75 ¹	85	90	90
<i>parte variável</i>	25 ¹	15	10	10
Condições de repasse da parte fixa				
<i>parcelas mensais sem atraso</i>	S	S	S	S

<i>independente de avaliação</i>	S ²	S	S	S
Condições de repasse da parte variável				
<i>parcelas mensais sem atraso</i>	S	S	S	S
<i>dependente de avaliação</i>	S	S	N	N

¹ os recursos do contrato deixam de cobrir cerca de 10% das despesas do ano mesmo recebendo integralmente a parte variável e os recursos do IAC. Houve uma subestimação do orçamento do primeiro contrato, pois foi estimado com base nos valores da Tabela SUS e a produção da média complexidade do 1º quadrimestre de 2004. Estes meses se caracterizam por uma produção abaixo da média dos demais meses porque são tradicionalmente meses de férias dos profissionais. Além disso, a parcela de IAC não foi reajustada no decorrer dos anos; se no início representou um aporte diferenciado atualmente não tem mais impacto e com isso o hospital voltou a acumular dívidas (Anexo 4)

² segundo a SMS1 depende do relatório mensal do auditor da comissão responsável pelo hospital; a parte fixa pode sofrer descontos pelo não cumprimento de metas sem justificativas como negar internação quando há leito vago ou não cumprir sem as metas físicas de produção pactuadas, podendo inclusive voltar a receber por produção caso produza muito abaixo da meta pactuada de forma sistemática e sem justificativa (Anexo 4).

Indagados sobre o não cumprimento das metas pactuadas no POA, os dirigentes hospitalares, exceto o do HE4, em razão do POA do hospital não ter sido avaliado até então, informaram que houve avaliações em que não as cumpriram integralmente. Somente o dirigente do HE1 informou em consequência do não cumprimento ter sofrido desconto da parte variável, como previsto na regulamentação. O dirigente do HE3 informou que foi somente advertido pela secretaria e o do HE2 apesar de não ter atingido 100% das metas e indicadores pactuados, segundo seu dirigente, atingiu a pontuação mínima para recebimento de 100% da parte variável dependente de avaliação o que é previsto pela regulamentação (Tabela 21).

Novamente a contratualização SMS1/HE1 se diferencia. Configura-se como o único, dos quatro casos estudados, que conseguiu seguir a recomendação do MS, quanto ao ajuste dos percentuais dos componentes fixo e variável, de forma a diminuir a diferença entre eles. Um percentual mais elevado da parte variável, e na perspectiva de alcançar 50%, indica uma estabilidade de seus processos de trabalho e por consequência confiança e segurança, tanto para a secretaria, mas principalmente para o hospital, em relação ao alcance das metas e indicadores pactuados. Mais um diferencial de amadurecimento no processo de contratualização entre SMS1 e HE1 frente aos demais, reside no desconto da parte fixa pelo não cumprimento de metas físicas e outras, sem justificativa pertinente do hospital, aceita pela Secretaria. Mais uma diferença reside na efetiva aplicação do desconto da parte variável, evidenciando que de fato o repasse deste componente de recursos está condicionado ao desempenho alcançado pelo hospital. Embora este condicionamento tenha sido citado no caso SES2/HE2, não houve

oportunidade para aplicação da penalidade, tendo em vista que o hospital sempre alcançou o patamar mínimo das metas acordadas.

Tabela 21. Cumprimento de metas do POA e conseqüências advindas pelo não cumprimento segundo os dirigentes dos Hospitais de Ensino - 2008

S Sim
N Não
NA Não se aplica

Cumprimento de metas / conseqüências	HE1	HE2	HE3	HE4 ¹
Não cumprimento de metas do POA	S	S	S	NSI
<i>Conseqüências pelo não cumprimento</i>				
Não recebimento integral da parte variável	S	N ²	N	NA
Não recebimento dos recursos da parte fixa	N	N	N	NA
Advertência da secretaria	N	N	S	NA

¹ não houve até o momento avaliação

² hospital apesar de não ter alcançado 100% de algumas metas e indicadores sempre alcançou a pontuação mínima para o recebimento integral da parte variável

Considerando o quanto que os hospitais conseguiram disseminar práticas internas que poderiam potencializar a contratualização, observa-se que segundo o dirigente do HE1, as metas e indicadores do POA foram negociados internamente com os serviços e equipes. O dirigente do HE2 informou que não houve negociação interna inicial, mas cada vez mais tem sido objeto de discussão no Conselho Deliberativo do Hospital. O dirigente do HE3, por sua vez, também referiu não ter havido uma discussão interna suficiente, justificada por duas razões: pela dificuldade inerente a qualquer tipo de discussão com médicos docentes que tenha implicações na sua autonomia em relação a como conduzir seu trabalho, como ocorreria com o estabelecimento de metas de produtividade e de qualidade assistencial; e pela urgência em receber, o mais rápido possível, os recursos advindos do convênio/contrato, quando da ocasião da sua assinatura, o que exigiu acelerar a discussão interna, que se tivesse ocorrido de forma mais satisfatória naturalmente tornaria o processo mais lento, atrasando o recebimento dos recursos. Por fim, o dirigente do HE4 referiu que no atual processo de renovação do convênio/contrato/POA, os serviços do hospital não apenas têm discutido internamente, como também têm participado de reuniões com a secretaria (Tabela 22).

Quanto ao monitoramento interno do POA e de seu orçamento somente o dirigente do HE1 referiu fazer, com periodicidade definida e responsáveis identificados. A cada dois meses, nos intervalos das reuniões da Comissão de Acompanhamento, o diretor geral, o diretor assistencial e o representante do corpo clínico, integrantes da Comissão de Acompanhamento da Secretaria, além do gerente financeiro e do ambulatório monitoram o POA e o orçamento. O dirigente do HE2 referiu monitoramento quinzenal, somente do POA, pelo diretor geral e diretores executivos de suas unidades componentes (Tabelas 22 e 23)

Quanto à existência de contratos internos entre direção geral e coordenação dos serviços integrantes do hospital, o HE2 informou que está em discussão a instituição de contratos entre a direção geral e as unidades componentes. Somente o HE1 referiu possuir contratos internos entre a direção e os serviços que foram agrupados sob a modalidade de unidades funcionais (o que exclui os serviços que não estão agrupados nesta lógica). Os referidos contratos do HE1 abarcam serviços assistenciais, de apoio ao diagnóstico e tratamento, administrativos e logísticos, formalizado através de documento assinado pelas partes envolvidas, do qual constam projetos de serviços com metas e indicadores estabelecidos e associados ao POA do hospital. Estas metas e indicadores são monitorados e estão articulados a um sistema de incentivos que premia as equipes que cumprirem com os compromissos pactuados. À exceção de gratificações financeiras individuais, as equipes/serviços podem ser premiadas com melhorias gerais nos serviços, incluindo aquisição de equipamentos e financiamento às equipes para participar de congressos de seu interesse (Tabela 24).

As práticas internas referidas no HE1 reforçam a maior estruturação da contratualização estabelecida com a SMS1. Indicam que o hospital se utiliza da lógica contratual interna com seus serviços inclusive utilizando sistema de incentivos associado, atribuindo prêmios pelo alcance de metas. Além disso, é o único que monitora internamente, com responsáveis identificados as metas e indicadores do POA, assim como seu orçamento.

Registre-se, entretanto, segundo o dirigente do HE2, que está em processo de discussão o estabelecimento de contratos entre a direção geral do conglomerado e suas unidades componentes (dentre elas o HE2). Não há contratos internos entre a direção do

HE2 e os seus serviços. O HE2 somente monitora as metas e indicadores do POA, não monitorando seu orçamento.

Tabela 22. Práticas de disseminação da lógica contratual no hospital segundo os dirigentes dos Hospitais de Ensino - 2008

S Sim
N Não

Práticas	HE1	HE2	HE3	HE4
Metas e indicadores do POA negociados internamente com serviços e equipes	S	N ¹	N ²	S ³
Monitoramento do POA com				
<i>periodicidade definida</i>	S ⁴	S ⁵	N	N ⁶
<i>relatório elaborado</i>	N	N	N ⁷	N
<i>responsáveis identificados</i>	S	S	N	N
Monitoramento do orçamento com				
<i>periodicidade definida</i>	S ⁴	N	N	N ⁶
<i>relatório elaborado</i>	N	N	N	N
<i>responsáveis identificados</i>	S	N	N	N
Contratos internos com os serviços com	S ⁷	N ⁸	N	N
<i>documento formal assinado entre as partes</i>	S	-	-	-
<i>serviços assistenciais, de apoio ao diagnóstico e tratamento, administrativos e logísticos</i>	S	-	-	-
<i>exigência de projetos de serviços</i>	S	-	-	-
<i>metas e indicadores estabelecidos associados e ou decorrentes do POA</i>	S	-	-	-
<i>monitoramento de metas e indicadores</i>	S	-	-	-
<i>prêmios e punições em função do alcance das metas</i>	S	-	-	-

¹ cada vez mais vem sendo discutido no Conselho Deliberativo

² a discussão foi insuficiente pela dificuldade em lidar com a grande autonomia dos médicos docentes, pela necessidade de finalizar finalizar o processo e obter mais rapidamente os recursos; a discussão tornaria o processo mais lento

³ as metas de produção do POA, que está neste momento sendo negociado com a Secretaria, foram discutidas com as chefias de serviços as quais tem participado de algumas reuniões com a Secretaria. Pelo lado da Secretaria, além dos representantes da Superintendência de regulação também tem participado os coordenadores de área (oftalmologia, ortopedia, etc)

⁴ mensal, no intervalo das reuniões da comissão de acompanhamento dos convênios/contratos

⁵ quinzenal

⁶ não houve nenhuma cobrança durante a vigência do 1º contrato pelas Secretarias (estado e município) o que contribuiu para que internamente o hospital também não implementasse práticas de monitoramento. Para o novo contrato a direção do hospital está discutindo com a informática e o planejamento uma matriz de acompanhamento do contrato (POA e orçamento) a qual trará subsídios para as reuniões trimestrais de avaliação com a SMS.

⁷ somente com aqueles que compõem as unidades funcionais

⁸ em discussão com as unidades componentes do conglomerado hospitalar e não com os serviços internos do HE2

Tabela 23. Responsáveis pelo monitoramento do POA e orçamento no hospital segundo os dirigentes dos Hospitais de Ensino - 2008

S Sim
N Não

Responsáveis pelo monitoramento	HE 1	HE 2	HE 3*	HE 4*
Diretor geral	S ¹	S	-	-
Diretor assistencial	S ¹	-	-	-
Diretores executivos de unidades componentes	-	S	-	-
Representante do corpo clínico	S ¹	-	-	-
Gerente financeiro	S	-	-	-
Gerente do ambulatório	S	-	-	-

¹ integram a Comissão de Acompanhamento de Contratos/Convênios

* não há monitoramento

Tabela 24. Prêmios associados ao alcance de metas nos contratos internos segundo os dirigentes dos Hospitais de Ensino – 2008

S Sim
N Não

Tipo de prêmios	HE 1	HE 2	HE 3	HE 4
Melhorias no serviço	S	-	-	-
Aquisição de equipamentos	S	-	-	-
Participação em Congresso	S	-	-	-
Gratificação financeira individual	N	-	-	-

Promovendo uma síntese de toda a caracterização até aqui apresentada, parece haver uma associação entre complexidade assistencial e estruturação assistencial e gerencial. O hospital mais complexo, o HE2 é também o mais qualificado assistencial e gerencialmente e o menos complexo, o HE3, é igualmente o menos estruturado assistencial e gerencialmente.

É frágil a associação, percebida pelos dirigentes, entre a contratualização e as práticas e estruturas de qualificação assistencial e gerencial existentes nos hospitais e também com a inserção dos hospitais na rede, no que se refere aos elementos considerados no estudo, apesar da associação realizada por dois dirigentes hospitalares entre alteração de perfil de complexidade e de produção de procedimentos e a contratualização. Neste caso, vale chamar a atenção que segundo os dirigentes não houve alteração de disponibilização de procedimentos dos hospitais para as secretarias

associada à contratualização, condição considerada central para que haja uma efetiva regulação da rede por parte da secretaria.

Embora na percepção dos dirigentes a contratualização interferiu fragilmente na inserção do hospital na rede, considerando os dados dos sistemas oficiais de informação do MS, no período de 2004 a 2007, observa-se um comportamento comum a todos os hospitais no que se refere à diminuição dos procedimentos de atenção básica e ao incremento dos procedimentos de média complexidade ambulatorial como preconizado pelo Programa de Reestruturação e pela contratualização. Houve ainda aumento de todos os procedimentos ambulatoriais do HE3 e HE4 e aumento de todos os procedimentos de internação do HE2.

Considerado o conjunto de procedimentos destacam-se por comportamentos em oposição, o HE2, que só não incrementou a alta complexidade ambulatorial e o HE1 que só incrementou a internação estratégica e a média complexidade ambulatorial.

Considerando os resultados relativos à estruturação dos processos de contratualização entre secretarias hospitalares, evidencia-se como melhor estruturada e consolidada a contratualização estabelecida entre a SMS1 e o HE1, estando a relação entre a SES2 e o HE2 aparentemente em estágio um pouco menos estruturado. As demais contratualizações ainda carecem de maior estruturação e consolidação o que ratifica o pré-diagnóstico do dirigente do Ministério da Saúde responsável pelo Programa de Reestruturação, ao fazer a indicação dos quatro casos a serem considerados no estudo – dois mais estruturados e os outros dois menos – como referido no Capítulo 2 (Objetivos e Métodos) deste estudo.

Considerando a presença de práticas nos hospitais que possam contribuir para reproduzir internamente a lógica contratual, destaca-se dos demais, o HE1, cujo dirigente referiu como presentes quase a totalidade delas, em especial o contrato interno com os serviços. De outro modo, destacam-se também o HE3 e HE4 cujos dirigentes referiram não praticar nenhuma delas (Tabela 22).

Pelos resultados encontrados, a estruturação do processo de contratualização entre secretaria e hospital não parece influenciar nas frágeis associações percebidas entre a contratualização e a estruturação gerencial, assistencial e a inserção na rede dos

hospitais de ensino. A fragilidade identificada nas associações é praticamente a mesma considerando as contratualização mais e menos estruturadas, respectivamente SMS1/HE1 e SES2/HE2 e a SMS3/HE3 e SM4/HE4.

7.2.2. Aspectos facilitadores, dificuldades, impacto sobre as diretrizes do Programa de Reestruturação, outros benefícios e proposições de ajustes à contratualização

A seguir é apresentada a avaliação do processo de contratualização, a partir das percepções do dirigente do Ministério da Saúde e dos dirigentes de secretarias de saúde e hospitais entrevistados no estudo. São considerados os aspectos facilitadores identificados e as dificuldades enfrentadas, tanto pelas secretarias quanto pelos hospitais, além dos benefícios advindos e/ou associados, que expressem o possível impacto da contratualização junto às diretrizes do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino, a saber, a inserção na rede, a qualificação da assistência e a qualificação da gestão. Por fim, são enumeradas as proposições apresentadas por aqueles dirigentes, de ajustes à contratualização.

A íntegra das respostas dos dirigentes consta no relato das entrevistas (Anexo 4). Para facilitar a análise, a partir da identificação do conteúdo nuclear das respostas dadas para cada uma das questões acima referidas, fez-se um agrupamento das respostas segundo similaridade de conteúdo, considerando também os obstáculos e recomendações apresentados na literatura a partir das experiências de contratualização.

7.2.2.1. Aspectos facilitadores

Dois importantes aspectos facilitadores à implantação da contratualização, consensualmente apontados na literatura internacional, foram mencionados, os quais se associam e se potencializam, sendo, talvez, o primeiro mais determinante que o segundo, a saber, **a estruturação gerencial ou capacidade de gestão já existente da secretaria e a estruturação gerencial ou capacidade de gestão já existente do hospital.**

Significa possuir equipes profissionalizadas que dominem conhecimentos e habilidades dentre outros, no campo do planejamento e da programação, da avaliação e do desenho de incentivos, os quais são necessários ao uso da lógica contratual. Importa também a infra-estrutura básica, tanto na secretaria quanto no hospital, que assegure o monitoramento, a avaliação e a prestação de contas. Sem informação não é possível monitorar e avaliar. Tais aspectos são também identificados nas experiências

internacionais de contratualização como elementos facilitadores ou mesmo como condições necessárias para a implantação da contratualização. Vários dirigentes de secretarias e hospitais chamaram a atenção para estes aspectos.

(...) quando o gestor sabe o que quer; quando há uma gestão bem estruturada e bem organizada (...) a existência de incentivos financeiros(...)(dirigente do MS).

A realização de investimento em infra-estrutura pela SMS – equipamentos e sistemas automatizados de informação na rede. Nos hospitais com uma estrutura de gestão mais profissionalizada, o processo foi fácil. Dirigentes hospitalares, com bom sistema de informação (informatizado) têm maior conhecimento sobre sua realidade e pactuam metas mais realistas. Assim para os hospitais que já estavam mais estruturados a contratualização funcionou como uma pressão externa para a melhoria da gestão e da assistência e para quem não estava adequadamente estruturado, o contrato foi um indutor para a melhoria (SMS1).

Quando tinham sistema de informação era um grande facilitador. Hospitais com desenvolvimento gerencial diferenciado também tiveram mais facilidade especialmente na elaboração do POA (SES2).

A secretaria já estabelecia uma lógica contratual anteriormente ao 1º contrato (...) (dirigente da SMS3).

Em hospitais com maior estruturação gerencial e assistencial é mais fácil o processo de implementar a contratualização(dirigente da SMS4).

(...) modelo gerencial em curso no hospital. Vários serviços já estavam agrupados em unidades funcionais e já havia sido implantado um conjunto de práticas e de ferramentas que estruturaram a gestão e qualificaram a assistência (dirigente do HE1).

(...) como conglomerado, antes do estabelecimento da contratualização com a secretaria já estabelecia, juntamente com os diretores executivos das unidades componentes, metas e indicadores os quais eram avaliados em reuniões periódicas (...) (dirigente do HE2).

Ainda no âmbito da estruturação gerencial, importante destacar, a referência à **continuidade administrativa** da cúpula dirigente, tanto do contratante quanto do contratado, que, também é apontada nas experiências internacionais como elemento facilitador. Possibilita o acúmulo não só de conhecimentos e habilidades, mas principalmente da confiança que se estabelece entre as partes contratantes. Essa

continuidade, embora não seja condição *sine qua non*, facilita a instauração de uma cultura favorável à aprendizagem contínua.

O clima organizacional da SMS é propício a introdução de novas formas de trabalho (...) a lógica que prevalece é a da abertura ao novo (...) a continuidade da equipe de gestão da SMS, já é a 4ª gestão com a mesma equipe. Todo o quadro técnico da SMS ser efetivo (...)(dirigente da SMS1).

Outro aspecto ressaltado pelos dirigentes como facilitador da contratualização foi **a integração pré-existente do hospital na rede de serviços**. Observa-se que parece haver uma integração diferenciada entre SMS1 e HE1 em relação aos demais casos, tendo em vista ser o único que disponibiliza 100% de seus leitos na central de regulação da secretaria (Tabela 10). A existência e o adequado funcionamento de uma central de regulação da secretaria parece ser um indicativo da estruturação da secretaria, mas que só se materializa como efetivo mecanismo de regulação da secretaria se de fato o hospital disponibilizar suas vagas e procedimentos para a rede, em especial os leitos. Este caso já possuía anteriormente à contratualização, uma boa articulação entre central de regulação, atenção básica, unidades de urgência 24 horas e hospital, observada nos comentários dos dirigentes da SMS1 e HE1.

(...) quando há uma central de regulação funcionando (...) a aproximação efetiva do gestor com o HE e o conhecimento de sua capacidade de produção(...) o diretor do hospital conhece a rede de serviços em que está inserido e sabe o que ela precisa (dirigente do MS)

A central de regulação na verdade faz uma “reserva” de consulta; cinco dias antes da consulta, o agente de saúde comunitário confirma com o paciente a consulta e aí sim faz o agendamento(...). Este processo é anterior à contratualização (dirigente da SMS1)

(...) o hospital já tinha uma boa integração e inserção na rede, pois já era referência para duas unidades de urgência 24 horas da secretaria, gerenciando inclusive as equipes médicas destas unidades (dirigente do HE1).

Os dirigentes da SMS1 e do HE1 apresentam percepções semelhantes em relação às condições pré-existentes facilitadoras da contratualização, a saber, a inserção do hospital na rede de serviços e a estruturação gerencial do hospital, sendo esta última consistente com os resultados observados anteriormente na Tabela 12 que

evidenciavam que este hospital era um dos mais estruturados segundo as práticas e estruturas de gestão consideradas.

Mais um elemento identificado facilitador, constitui-se na **participação das equipes do hospital**, desde o início da negociação da contratualização. O momento atual do caso da SMS4/HE4 parece um bom exemplo neste sentido, considerando que é o dirigente do hospital que chama a atenção para este aspecto.

(...) em relação ao novo contrato, o envolvimento efetivo das chefias de serviços do hospital e dos coordenadores de área da Secretaria Municipal de Saúde (...) (dirigente do HE4).

7.2.2.2. Dificuldades encontradas

As dificuldades encontradas mencionadas pelos dirigentes estão também em consonância com aquelas identificadas na literatura sobre as experiências internacionais de contratualização.

Uma importante dificuldade mencionada por quase todos os dirigentes refere-se à **insuficiente capacitação gerencial da secretaria e hospital para lidar com a lógica contratual** com destaque especial dado ao **processo de elaboração, negociação, monitoramento e avaliação do Plano Operativo Anual (POA)** dos hospitais. A identificação de metas e indicadores que ao mesmo tempo sejam uma síntese (pois nem tudo pode ser monitorado) e uma consistente expressão do desempenho das diferentes dimensões do hospital em especial da qualidade da atenção, possibilitando assim o monitoramento e a avaliação, não é tarefa fácil.

O gestor (...) tem dificuldade em traduzir o que precisa em metas físicas no POA (...) e em identificar metas físicas e de qualidade e os indicadores de avaliação (...). O hospital também tem (...). Aliás, esta também é uma dificuldade para a equipe da Coordenação Hospitalar do MS (...) (dirigente do MS).

Outra dificuldade refere-se à pactuação das metas, em especial de internação; é pactuado que o hospital deve atingir 90% das internações programadas e não 100%; isto faz com que o hospital se organize para alcançar somente os 90% das internações pactuadas (dirigente da SMS1).

Para a secretaria a dificuldade reside na inexperiência, pois é um novo modelo (...) para o hospital é um modelo novo, não estão acostumados à regulação (...) falta de profissionalização (dirigente da SMS4).

Não conhecimento das partes sobre o processo de contratualização (dirigente do HE3)

Aumentou o trabalho do hospital para produzir as informações exigidas sem acrescentar necessariamente informações relevantes para o processo de avaliação (dirigente do HE2).

Diretamente relacionado ao problema acima identificado reside a **ausência e/ou insuficiência de informações** necessárias à elaboração do POA e em especial para seu monitoramento. O sub-registro da informação da produção realizada e/ou a inexistência de informação sobre os custos das atividades ocasionam estimativas inadequadas sobre o orçamento do convênio/contrato. Ou ainda, dificultam a regulação por parte da secretaria, como quando não se tem o tempo médio de espera para realização de um procedimento.

Para os hospitais, foi mais difícil, pois não tinham sistema de informação; preenchem apenas o DATASUS e algumas vezes de forma insuficiente. Além disso, não faturavam de forma adequada perdendo assim recursos (...). Os HE não têm sistemas de custos (dirigente da SES2).

(...) tendo em vista que a informação da produção das unidades é bastante defasada; há sub-registro da informação da produção dos HE no SIA e SIH (dirigente da SMS4).

Mais uma dificuldade reside no controle do tempo médio para realização de cirurgia eletiva e para realização de exames e consultas porque não tem sistema de informação e porque estas atividades ainda não estão na central de regulação (dirigente da SMS1).

Outra dificuldade identificada no campo das habilidades gerenciais necessárias ao uso da ferramenta contratual foi a insuficiente **negociação**. Em situações de interesses diferentes, de assimetria de informações e de poder compartilhado, como é o caso das relações inter e intra-organizações de saúde, a negociação é impositiva. Os dirigentes da SMS3 e do HE3 expressam de forma clara essa dificuldade.

(...) em parte, esta dificuldade se explica pelo fato do HE ser o único prestador hospitalar de maior complexidade para a secretaria o que lhe atribui poder, pois sabe que a secretaria não pode prescindir das ações desenvolvidas pelo HE (...). Mais uma dificuldade reside nos acordos que o HE faz com as secretarias de municípios vizinhos, independentemente da secretaria que o contratualiza. Na atual renovação do contrato/convênio, está havendo dificuldade de negociação com o Hospital a ponto de a secretaria municipal de saúde solicitar a participação do MS/SAS e da secretaria estadual de saúde no processo de negociação de renovação do contrato (...)(dirigente da SMS3)

(...) conciliar interesses diversos como os da academia e o do hospital, do ensino e da produção ao mesmo tempo; interesse da SMS por mais procedimentos de média complexidade. Fazer média complexidade não é missão do hospital. Não houve de fato uma parceria e negociação adequadas (dirigente do HE3).

Aqui reside um ponto de inflexão importante que articula os resultados encontrados com um dos referenciais teóricos utilizados. O conjunto de conhecimentos e habilidades que conferem capacidade de governo ou gerencial, como diria Matus, possivelmente se constitui em um dos “**nós críticos**” da contratualização, ou em um dos seus alicerces sobre o qual vai se apoiar. Parece apropriado lembrar o Triângulo de Governo de Matus. A qualidade do projeto de governo, e a contratualização pode ser assim compreendida, é fortemente condicionada pela capacidade de governo do autor do projeto e de sua equipe. O dirigente de um dos hospitais enuncia este “problema-síntese” e indiretamente indica quem deva ser o ator protagonista, dada a sua função de condutor e indutor, neste processo.

(...) a principal dificuldade reside na inexperiência da secretaria com esta nova lógica que exige planejamento – ter um plano de saúde para o município (...) e saber claramente o que deseja que o hospital faça (...). Implica em conhecer as necessidades da população e a capacidade de oferta e de produção de sua rede. Exige também capacidade de negociação e de acompanhamento (dirigente do HE4).

Outro importante problema identificado pelos dirigentes, que também se constitui em outro “**nó crítico**” da contratualização reside na **estimativa inadequada e insuficiente do financiamento da contratualização**. Se não são realizadas estimativas

de recursos financeiros adequadas para a operacionalização das atividades propostas no POA não há como cumprir com as metas estabelecidas.

A experiência internacional chama a atenção para este aspecto. A implementação da lógica contratual leva a um aumento de gasto, ao menos inicialmente, para assegurar as condições de sua operacionalização e manutenção. Ganhos de eficiência aparecem mais tardiamente. A previsão inadequada dos recursos necessários pode ser uma das explicações para o não alcance dos resultados esperados com a contratualização.

Não apenas os dirigentes de hospitais fazem referência a este problema, mas também os dirigentes de secretarias. Adicionalmente, na vigência de sub-financiamento, os incentivos existentes deixam de funcionar como tal, e passam a ser considerados como um recurso adicional à manutenção do hospital. Os dirigentes da SM1, SES2 e do HE1 expressam claramente isso quando se referem ao Incentivo à Contratualização (IAC), que a rigor deveria ser somente um incentivo para os hospitais aderirem à contratualização e não um recurso a ser incluído na manutenção do hospital.

Outra dificuldade reside no não reajuste da parcela de Incentivo à Contratualização; ela permanece sendo repassada para o hospital, mas o valor dela é o mesmo do início (dirigente da SMS1)

Os orçamentos dos contratos são baseados no histórico do faturamento e em geral são subestimados. O MS manteve a parcela de Incentivo à Contratualização, mas não promoveu nenhum reajuste nela. Se a princípio ela representou de fato um aporte mais diferenciado de recursos, atualmente não impacta tanto (dirigente da SES2).

(...) a programação orçamentária e financeira pode não refletir os gastos dos HE tendo em vista que a informação da produção das unidades é bastante defasada (dirigente da SMS4).

Não pagamento de todos os serviços prestados (há serviços que são prestados e não são pagos seja porque excedem a meta pactuada, seja porque não foram pactuados, mas cabe ao hospital ofertá-lo por sua condição de instituição de ensino). Não atualização dos valores inclusive do Incentivo à Contratualização o que não possibilitou o hospital alcançar equilíbrio econômico-financeiro (dirigente do HE1).

A parcela fixa foi subestimada tendo em vista que a produção foi também subestimada. O orçamento foi calculado considerando a produção dos primeiros seis (6) meses do ano anterior (janeiro e fevereiro são de baixa produção)(...). Não houve nenhum acréscimo à produção e ao

valor da tabela SUS. Não foram considerados investimentos que se traduziram em aumento da oferta de serviços (...). Não prever recursos para investimento; se o hospital precisa fazer alguma obra precisa correr atrás do recurso (fora do contrato). Não há também recursos para investimento previstos pelo orçamento do MEC. Não ter dinheiro novo no processo. Mesmo que se aumente a produção não é possível ter mais recursos (...) (dirigente do HE3)

Mais uma dificuldade mencionada, apenas pelos dirigentes de secretarias, refere-se à **insuficiente integração do hospital na rede**. Quando havia uma integração pré-existente, a contratualização ajudou a consolidá-la e aprimorá-la, quando não, obviamente, o esforço para sair da inércia foi muito maior, como expressam os depoimentos dos dirigentes da SMS3 e SMS4, tendo em vista a dificuldade de negociação com o hospital enfrentada pela SMS3, e a descontinuidade da relação contratual sofrida pela SMS4, no período de 2005 a 2007.

Conseguir fazer com que o HE ajuste seu perfil assistencial de acordo com o proposto pela secretaria (...)(dirigente da SMS3)

(...) os HE trabalham com emergências fechadas (...) com protocolos fechados para recebimento de pacientes para as consultas especializadas (...) tanto na média quanto na alta complexidade; os HE tendem a atender suas próprias demandas internas (...) dificuldade de compreender a hierarquização da atenção na rede; os dirigentes dos HE não têm noção das suas atribuições no SUS e muito menos entendem o sistema como uma rede (dirigente da SMS4)

Importante dificuldade identificada refere-se a **não adesão das equipes do hospital e a inadequação da estrutura de incentivos, quer para o hospital, quer para as equipes assistenciais**. A não adesão pode ser em parte explicada pela insuficiente participação das equipes assistenciais na pactuação das metas do POA. Porém mesmo havendo participação, se não houver incentivos adequados para o hospital, e em especial para as equipes, para que todos tenham interesse em atingir as metas pactuadas com a secretaria, a adesão do hospital pode ser tênue e das equipes pode não ocorrer.

Considera-se que um problema se associa a outro. A participação e os incentivos, nem isolados e nem associados, necessariamente asseguram a adesão, porém poderiam sim, se utilizados associados, aumentar as chances da adesão. A Teoria da Agência chama a atenção para este aspecto, em especial sobre a importância de construir incentivos não apenas à organização, mas aos profissionais de forma a que simultaneamente propiciem o “constrangimento à participação” e o “incentivo à participação”. Deve ser melhor aderir do que não aderir e, a adesão tem que contemplar também os interesses dos profissionais. Não é simples o desenho do sistema de incentivos e é necessário acompanhar seus efeitos porque pode não produzir os efeitos desejados. Alguns depoimentos são eloqüentes neste sentido.

A principal dificuldade reside na resistência das equipes assistenciais para assumir/aceitar a nova lógica de relação com a secretaria - onde deve haver prestação de contas e onde os recursos são finitos. O hospital é permeável à ingerência dos serviços que por vezes constituem-se em “feudos” dos professores/doutores. Apesar de a direção do hospital entender a nova lógica e estabelecer uma boa articulação com a secretaria, sua disseminação/capilarização para dentro do hospital não é fácil. Junte-se a isso o fato de os profissionais não ganharem qualquer bônus pela produção(...)O HE, juntamente com a secretaria, elabora um POA com as metas consideradas factíveis. No entanto, não há esforços perceptíveis para o seu cumprimento. A produção apresentada aparenta ser inercial, oscilando com as pressões sofridas pelo hospital, quer financeiras, quer corporativistas (dirigente da SMS3)

Do ponto de vista interno, a principal dificuldade reside na resistência oferecida pelas chefias de serviços (que em geral são os professores)(...) à implantação de uma nova lógica de compromisso e foco nos resultados e de responsabilização e prestação de contas em relação aos mesmos. Em geral os serviços são muito autônomos (dirigente HE4).

Quando o recurso repassado por desempenho correspondia a somente 10% do orçamento, ao hospital não importava tanto cumprir ou não as metas pactuadas (dirigente da SMS1).

(...) ter respaldo das equipes principalmente quando o hospital é vinculado a uma universidade (dirigente do MS).

(...) mais uma dificuldade reside no fato desta nova lógica de gestão não ter sido capilarizada para dentro do hospital (dirigente da SMS1).

Por fim mais uma dificuldade identificada reside nos **aspectos culturais ainda dominantes relacionados à não prestação de contas e à falta de foco no desempenho**, os quais também se constituem em fator explicativo da falta de adesão das equipes à nova lógica de trabalho advinda com a contratualização. Predominam ou ainda existem na secretaria e no hospital, velhas práticas de trabalho, como o controle nos procedimentos, a não transparência e a não prestação de contas interna e externa, o repasse de recursos independente do desempenho, os quais se não são incompatíveis, são por vezes conflitantes com as novas práticas advindas com a contratualização. Aqui importa resgatar as considerações de Mintzberg, Matus e Rivera que valorizam a cultura dominante como fator explicativo para a dificuldade de introduzir inovações organizacionais. Esta dificuldade é percebida por vários dirigentes.

(...) a introdução de um novo processo de trabalho dentro da secretaria convivendo com processos de trabalho antigos. Os antigos processos tinham e têm como foco os procedimentos. O processo de contratualização focaliza os resultados o que exige novos parâmetros para a avaliação (...) também introduziu uma nova lógica de repasse de recursos (...) que também convive com a lógica antiga de pagamento (...)
(dirigente da SMS1)

A contratualização expõe o hospital ao controle da secretaria e da sociedade através do Conselho Municipal de Saúde (...) e isso pode ter sido uma dificuldade para o hospital (dirigente da SMS1).

Para os hospitais (...) foi difícil entrar em uma nova lógica de prestar contas e avaliar de forma regular (dirigente do SES2).

7.2.2.3. Impacto sobre as diretrizes do Programa de Reestruturação

Vários benefícios foram identificados relacionados ao impacto sobre as diretrizes do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino nos campos da inserção na rede, da qualificação da assistência e da gestão, apesar da não associação estabelecida entre as questões investigadas sobre inserção na rede, qualificação da gestão e da assistência anteriormente apresentadas.

Na percepção dos dirigentes, observa-se uma **melhor inserção do hospital na rede**, alcançada pelo incremento da capacidade de regulação por parte da secretaria considerando os seguintes comentários:

(...) maior possibilidade do hospital se inserir na rede de serviços; conhecer melhor os hospitais que integram a rede; ganhar conhecimento e habilidade para negociar (...). Iniciou-se uma maior participação dos HE na rede SUS, de acordo com o perfil assistencial de cada um, expresso na sua produção de serviços; para alguns hospitais conseguiu-se abrir as urgências/emergências (...) (dirigente do MS).

Amplificou sua capacidade de funcionar como radar (...). Ampliou sua capacidade de integrar as unidades componentes da rede entre si; estas com os Centros componentes do nível central da secretaria e estes, entre si (...) melhorou a regulação; a ouvidoria, unidades e distritos passaram a demandar menos. (dirigente da SMS1).

(...) maior conhecimento sobre os HE (...) ajuda no planejamento e controle do gerenciamento dos exames e consultas ambulatoriais através de sua disponibilização na central de regulação (...) Maior integração e maior troca de informações entre os HE, a regional e a secretaria (dirigente SES2).

Ganhou mais conhecimento sobre o hospital. (...) O hospital se inseriu mais na rede. Isso é constatado através do aumento das vagas disponibilizadas na central de regulação e do aumento das contra-referências (dirigente da SMS3).

Possibilidade de maior controle; pela primeira vez o gestor “dá as cartas” e possui mecanismos de controle (comissões de acompanhamento); o gestor identifica suas necessidades e pactua no POA (...)(dirigente da SMS4).

Ter maior controle sobre o potencial de oferta de serviços dos hospitais (...). Um exemplo de maior integração decorrente do contrato foi a oferta por parte do hospital de capacitação para os médicos da atenção básica tendo em vista aumentar a capacidade técnica resolutiva dos mesmos; assim diminuiria o número de pacientes encaminhados para o hospital que poderiam ter seus problemas resolvidos no âmbito da atenção básica (...) a contratualização trouxe maior integração das unidades, maior controle e uma cobrança mais rigorosa (dirigente do HE1).

Propiciou uma maior aproximação com a secretaria. Já havia uma integração grande entre hospital e secretaria, onde a superintendência geral e o secretário se reuniam quase que semanalmente. Com o advento da contratualização, a interação se intensificou especialmente entre hospital e Regional de Saúde (dirigente 1 da HE2).

(...) mais informação sobre o hospital e melhorou a qualidade da triagem realizada pela central de regulação da secretaria (dirigente 2 da HE2).

O hospital está em crescente processo de inserção na rede de atenção. O contrato reforça este processo (entrevistado 1dirigente do HE2)

(...) possibilidade de interferir nos hospitais. O contrato aprimorou e formalizou a regulação que a SMS já fazia antes informalmente (...). Os funcionários passaram a entender melhor que o hospital faz parte de uma rede de serviços (...). Apesar das dificuldades, uma melhor compreensão por parte da comunidade universitária do papel da unidade no SUS, com diminuição da atenção básica e priorização, na medida do possível, do atendimento de alta complexidade (dirigente do HE3).

Colaborou para a integração, formalizou a regulação (dirigente do HE3).

Obter mais conhecimento sobre o que acontece nas unidades sob contrato. (...) É difícil avaliar uma vez que o convênio/contrato até então vigente não foi monitorado (dirigente do HE4).

Igualmente na percepção dos dirigentes houve uma **melhoria da capacidade de gestão dos hospitais** expressa através das seguintes opiniões:

(...)a maior parte dos hospitais não tinha planejamento e um efetivo plano diretor e agora têm; alguns hospitais já estão introduzindo os contratos internos (dirigente do MS)

Os hospitais passaram a ter que encaminhar para a Secretaria um conjunto de informações que impõe a eles uma maior estruturação de sua gestão. Isso é um indutor de organização da gestão (dirigente da SMS1)

Compreender a importância das informações, do acompanhamento/evolução de seus próprio desempenho e da comparação com outros HE tendo em vista melhorar seu desempenho. (...) perceberam a necessidade de se profissionalizar para lidar com a informação (...). Os hospitais passaram a se preocupar mais com a gestão (dirigente da SES2)

Houve uma maior profissionalização. Com o POA, o hospital ganhou mais conhecimento sobre si mesmo e sobre a rede de atenção; com isso melhorou a relação que tinha com a rede e com a secretaria. O hospital sabe que há um contrato que é pago pela secretaria (dirigente da SMS3).

(...) O hospital é forçado a melhorar seu sistema de informação. O gestor passa a ter mais controle sobre a oferta de serviços e pagamento dos mesmos; para o hospital deve acontecer o mesmo (dirigente da SMS4).

Maior preocupação da direção e equipes com o registro de sua produção.(...) mais foco nas suas metas e indicadores;(...) mais claras e precisas;(...) mais capacidade de monitoramento de seus registros,de metas e indicadores (dirigente do HE1).

(...) O hospital já pensava em utilizar contratos internos entre o nível central e as unidades componentes. A contratualização com a secretaria reforça esta iniciativa e enriquece a lógica já antes praticada de estabelecimento de metas e indicadores. Antes da contratualização, e ainda é assim, estas metas e indicadores são no campo econômico-financeiro visando acompanhar a sustentabilidade das unidades componentes (entrevistado 1dirigente do HE2).

É difícil avaliar. É possível que sim, mas é difícil dizer se decorrente do contrato e/ou de uma gestão mais profissional. Dirigentes do hospital e da secretaria que davam mais prioridade ao planejamento também imprimiram uma maior estruturação ao hospital (dirigente do HE3).

Pode contribuir para uma maior organização interna do hospital. Vai exigir do hospital maior capacidade de planejamento, de definição de prioridades e de ter foco nelas (dirigente do HE4).

Já no que se refere à melhoria da **qualificação da assistência**, a percepção dos dirigentes não parece tão favorável e muito menos conclusiva.

Não consegue evidenciar ainda por falta de dados (...) a Coordenação Geral Hospitalar insistiu na inclusão de alguns indicadores: tempo de permanência na internação, taxa de ocupação, taxa de utilização de leitos de UTI, taxa de utilização de sala cirúrgica, indicadores de humanização como tempo de visita, ouvidoria entre outros (dirigente do MS)

Passou a fazer parte do cotidiano dos hospitais a discussão sobre o uso de protocolos clínicos, sobre a referência e contra-referência e sobre a resolutividade da atenção (dirigente da SMS1).

Não soube informar com precisão. Considera que a partir de agora com a implantação do sistema de indicadores a secretaria poderá ter uma idéia mais precisa sobre a qualidade (dirigente da SES2).

Não temos como avaliar (dirigente da SMS4).

Para o paciente mais complexo melhorou porque ele passou a ter mais acesso. Entretanto essa consequência foi ruim para o ensino porque aluno deixa de ver casos mais simples (dirigente do HE1).

Não soube identificar (entrevistado 2 dirigente do HE2)

Observa-se, em resumo, que os dirigentes percebem melhorias na inserção do hospital na rede, através do incremento da regulação por parte da secretaria, e também na qualificação da gestão. Sobre a qualificação assistencial não conseguem precisar.

7.2.2.4. Outros Benefícios

Um benefício mencionado, especialmente pelos dirigentes de hospitais, refere-se **à mudança da lógica de financiamento e de repasse de recursos**, referido através dos seguintes comentários.

Maior aporte de recursos; orçamento pré-conhecido dando maior estabilidade para planejar; repasse regular dos recursos orçados (1/12); incentivo à contratualização (dirigente do MS).

A certeza do recebimento de 1/12 da parcela fixa de seu custeio independente da produção Experimentação de um novo modelo de financiamento /pagamento em contraposição ao pagamento por produção (dirigente do HE1)

A rigor todos os benefícios citados, embora importantes e balizadores para o aperfeiçoamento do Programa de Reestruturação e da contratualização, podem ser considerados com secundários quanto aos objetivos centrais do uso dos arranjos contratuais em sistemas e serviços de saúde, quais sejam, **a melhoria do desempenho e o incremento da prestação de contas**. Compreendendo o desempenho exclusivamente como aumento de produção de atividades e melhoria de alguns indicadores hospitalares, poderiam ser destacados, no âmbito dos objetivos acima citados, os seguintes comentários de alguns dirigentes:

(...) houve um aumento da oferta e produção de procedimentos de média complexidade (...) (dirigente do MS).

(...) Houve um acréscimo efetivo no número de consultas especializadas e de exames; considerando 2004, houve um aumento de cerca de 50%(...) Houve uma diminuição do tempo médio de internação (dirigente da SMSI).

Quanto ao aumento de oferta e produção de procedimentos de média complexidade não soube informar, mas acha que sim (dirigente SES2).

Houve acréscimo de número de consultas, exames, cirurgias e internações (...) aumento da taxa de ocupação e melhoria das taxas de infecção hospitalar (dirigente da SMS3).

(...) houve aumento de oferta e de produção de procedimentos de média complexidade (dirigente da SMS4).

(...) Houve um incremento da produção de procedimentos de média complexidade (entrevistado 1, dirigente do HE2).

(...) aumentou a produção para a rede da média complexidade - alguns procedimentos por ex mamografias (dirigente HE3).

(...) maior responsabilização das secretarias e dos hospitais com a assistência prestada (dirigente do MS).

Reforçou e validou através de órgão externo, a secretaria, a lógica de prestação de contas já instituída entre a superintendência geral do conglomerado e diretores de suas unidades componentes (dirigente da HE2).

7.2.2.5. Proposições de ajustes

Quanto às proposições de ajustes apresentadas pelos dirigentes, grande parte delas retoma as dificuldades identificadas, mas também os benefícios advindos, chamando a atenção para importantes lacunas que precisam ser preenchidas e para a necessidade de aperfeiçoamento do que já vem dando certo no processo de contratualização.

Identificam-se duas grandes áreas a merecer especial atenção dos dirigentes e formuladores da política de contratualização, independentemente de serem aplicadas a hospitais de ensino ou não.

Um primeiro grande bloco de sugestões e/ou recomendações por parte dos dirigentes situa-se no **apoio ao desenvolvimento gerencial do hospital e da secretaria, em especial ao processo de aperfeiçoamento de elaboração do POA, de seu monitoramento e avaliação**, como podem ser observados nas opiniões dos seguintes dirigentes.

Maior qualificação do sistema de monitoramento (...) desenvolvimento gerencial e da gestão, no aprimoramento do acompanhamento e

avaliação, na formação dos integrantes da Comissão de Acompanhamento dos Convênios/Contratos, na implantação de um sistema de informação (...)(dirigente do MS)

Aperfeiçoar os indicadores utilizados de avaliação de desempenho (para pagamento da parte variável). Introduzir novos indicadores para acompanhamento dos hospitais que mensurem a reinternação e o tempo de espera para realização de cirurgias e exames (...). Contratar toda a produção, inclusive a alta complexidade (dirigente da SMS1).

A consolidação deste processo deve levar cerca de dez (10) anos; a implantação de contabilidade de custos; a profissionalização da gestão dos HE; a implementação de sistema de avaliação de desempenho ; maior racionalização no processo de compra de serviços por parte da secretaria(dirigente da SES2).

Ampliação da comissão de acompanhamento incluindo representação de municípios nos casos em que o HE tem atuação regional (dirigente da SMS3).

Aperfeiçoamento dos instrumentos de informação, com maior velocidade na troca de informação entre SES e o Hospital (entrevistados 1 e 2 dirigentes do HE2)

Os serviços deveriam estar agrupados em “unidades de produção” que seriam acompanhadas quanto às metas pactuadas (...)discutir internamente e compromissar com as equipes sua capacidade de produção, de ampliação e inovação e metas de qualidade para depois negociar com a secretaria (dirigente do HE)3.

As iniciativas que foram implementadas no processo de renovação do convênio/contrato (...) como construção da matriz de acompanhamento, as reuniões com as chefias, as reuniões de avaliação bimestrais com a Secretaria (dirigente do HE4).

Uma segunda grande área de proposições de ajustes situa-se no âmbito de esferas distintas, mas que estão altamente inter-relacionadas, a saber, **o financiamento, a lógica de repasse de recursos e os sistemas de incentivos.** Segundo os dirigentes,

Reajustar a parcela de incentivo à contratualização (fixa desde sua implantação) (,,). A parte variável do repasse de recursos com base no desempenho não deve ser somente de 10%; atualmente ela é de 25% e a proposta é chegar a 50%. Quando era somente 10%, a avaliação negativa do desempenho do hospital pouco impactava e ele fazia muito pouco para alterar esta situação. Hoje é completamente diferente (dirigente da SMS1).

Mais participação do MEC no processo, especialmente aportando recursos para pagamento de recursos humanos. O Hospital paga recursos humanos com recursos do contrato/convênio o que não deveria fazer. O Ministério necessita atualizar a remuneração de procedimentos de média complexidade ambulatorial e hospitalar (...) (dirigente da SMS3)

Dez (10) a quinze por cento (15%) da capacidade instalada dos HE deveriam ser destinadas às atividades de ensino e pesquisa as quais deveriam ser financiadas pelo SUS , sendo ou não do interesse imediato do gestor municipal e ou estadual. Por exemplo, como formar o aluno em cirurgia plástica sem campo de prática para a cirurgia estética? Introduzir ajustes que de fato assegurem o equilíbrio econômico-financeiro dos HE. (dirigente do HE1).

(...) Incluir recursos para investimentos: o hospital teria um projeto de desenvolvimento institucional que seria discutido com o gestor, respeitando sua vocação e perfil de atendimento na rede. O contrato deveria prever também aumento de recursos para custeio, uma vez contemplado o aumento da oferta de serviços por conta do investimento realizado (...).O sistema deveria prever uma “premiação” no caso de superação das metas estabelecidas (dirigente do HE3).

Outra sugestão apresentada pelos dirigentes situa-se no **aperfeiçoamento dos mecanismos de inserção do hospital na rede**. Os comentários do dirigente da SMS4 expressam a lacuna existente de inserção do hospital na rede de atenção da secretaria compatível com o momento de recém retomada dos hospitais de ensino para a gestão da secretaria. Diferentemente, os comentários dos dirigentes do HE2 efetivamente apontam para medidas de aperfeiçoamento dos mecanismos de inserção já existentes.

Abertura dos hospitais de ensino para as necessidades da rede do SUS, com melhoria do acesso, com protocolos menos rígidos de recebimento de pacientes; inserção do HE na rede de urgência/emergência; oferta de educação continuada para a rede SUS (dirigente da SMS4)

Aperfeiçoamento dos mecanismos de integração com a rede especialmente os de referência e contra-referência de forma a que as vagas disponibilizadas sejam de fato utilizadas (entrevistados 1 e 2 dirigentes do HE2)

Duas últimas proposições referem-se à **ampliação das práticas de prestação de contas** e à promoção de estratégias que propiciem de forma regular a **troca de**

experiências de contratualização, tendo em vista ser este um processo ainda recém constituído e que ainda há muito a ser aprendido e modificado. Mas, sobretudo, pela compreensão que este tipo de iniciativa investe na “*na abertura das mentes para o novo*” como diria a dirigente da SMS1, viabilizando um processo de aprendizagem contínua, absolutamente necessário à evolução dos processos organizacionais, à incorporação de inovações e por que não dizer, à melhoria do desempenho dos hospitais de ensino e do SUS.

É necessária a participação de um controle externo isento no acompanhamento do POA, como um “poder moderador”, de modo a serem administradas as tensões entre a secretaria e a comunidade universitária durante o processo (dirigente do HE3)

Poder, de forma sistemática, discutir com outros gestores os processos de contratualização em curso para identificar problemas e soluções que possam melhorar a contratualização como um todo; hoje não há comparabilidade entre as suas próprias unidades e com outras de outras SMS (dirigente da SMS1)

Apesar da maior integração dos hospitais à rede, e do incremento de produção dos procedimentos de média e alta complexidade reconhecidos pelos dirigentes inclusive de secretarias, todos estes identificaram que ainda há **pontos de estrangulamento na oferta de procedimentos de média e alta complexidade**, tais como:

Cirurgias eletivas especialmente as ortopédicas; exames; consultas especializadas (dirigente da SMS1).

Procedimentos de media complexidade e alguns de alta complexidade – ortopedia, radioterapia, vascular, cirurgia cardíaca. A demanda reprimida está localizada especialmente na média complexidade (dirigente da SES2).

Na alta complexidade ambulatorial e de internação. Há filas de espera em internações de média complexidade, principalmente de ortopedia, otorrinolaringologia e urologia. (dirigente da SMS3).

Os procedimentos de média complexidade e de alta complexidade. Há filas de espera para transplantes, cirurgias vascular, oftalmologica, urológica e para as consultas especializadas Há fila de espera para os exames de ressonância magnética, tomografia computadorizada , hemodinâmica, etc. (dirigente da SMS4).

8. Discussão

Este capítulo trata da análise dos resultados da pesquisa tomando por referência os objetivos inicialmente apresentados no Capítulo 2. Centralmente se propôs a identificar possibilidades e limites da contratualização de impactar no aprimoramento da gestão, na melhoria da assistência e na maior inserção dos hospitais na rede de serviços de saúde do SUS, tendo em vista ainda, a melhoria de desempenho e o incremento de práticas de prestação de contas dos hospitais de ensino, no âmbito do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no Sistema Único de Saúde.

Como objetivos associados específicos pretendeu-se: (1) identificar mecanismos indutores de inserção do hospital na rede e sua relação com a contratualização; (2) identificar a presença de estruturas e práticas qualificadoras da assistência e da gestão no hospital e sua relação com a contratualização; (3) identificar alterações na produção de atividades e de alguns indicadores de desempenho no hospital e sua relação com a contratualização; (4) caracterizar o processo de contratualização entre secretarias e hospitais considerando as recomendações do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no Sistema Único de Saúde/SUS; e (5) identificar os aspectos facilitadores, as dificuldades, os benefícios e finalmente sistematizar as proposições de ajustes à contratualização.

Tendo em vista o tipo de estudo realizado, não foi propósito identificar relações de causalidades diretas e conclusivas. Ao lado de dados objetivos obtidos nos sistemas de informações oficiais e apurados junto aos próprios dirigentes, são valorizadas as impressões dos entrevistados sobre a contratualização como achados subjetivos de uma dimensão qualitativa, presente em estudos de casos que procuram avaliar mudanças organizacionais. Resultados de natureza quantitativa e qualitativa, também se ajustam à condição de estudo exploratório, como já mencionado no capítulo de metodologia.

Valorizam-se de forma combinada, os dados objetivos e os indícios, fruto do discurso dos dirigentes, não apenas para o aprimoramento dos processos de contratualização, mas para a realização de estudos mais aprofundados, incluindo metodologias aperfeiçoadas e mais sensíveis que possibilitem melhor detectar a diversidade de elementos a explicarem a dinâmica das experiências.

É importante situar o contexto em que este estudo foi desenvolvido e o quanto neste sentido ele tem um caráter exploratório. Não há um monitoramento contínuo do conjunto das experiências em curso no país e não houve, até o momento, avaliações mais sistematizadas de âmbito nacional, mesmo que circunscritas a um intervalo de tempo, sobre os resultados alcançados com a contratualização. Os resultados observados são limitados e por vezes contraditórios o que em parte pode ser explicado pelo tempo ainda insuficiente de uso dos arranjos contratuais para avaliar seus efeitos de longo prazo, o que é comum especialmente nos países em desenvolvimento (Perrot, 2004; Mills & Broomberg, 1998).

Apesar disso, os resultados encontrados relativos às dificuldades, benefícios e ajustes a serem introduzidos, similares em grande parte à literatura internacional, podem ter ressonância no universo das contratualizações estabelecidas entre hospitais de ensino e secretarias de saúde no país, a partir da implantação do Programa referido, como também para as demais experiências com arranjos contratuais, inclusive as conduzidas pelo Ministério da Saúde.

Neste sentido, este estudo pode oferecer subsídios para sistematizar avaliações mais abrangentes e regulares sobre o impacto da contratualização, indicando aos formuladores de política e reguladores, alguns aspectos a merecerem maior atenção e/ou revisão e ainda, para disseminar as experiências de contratualização aqui consideradas

Quanto ao objetivo central, os resultados encontrados não são conclusivos. Não se pode afirmar que a contratualização melhora a gestão, a assistência, a inserção do hospital na rede e o desempenho dos hospitais, porém também não se pode afirmar o contrário. Alguma melhoria na produção registrada nos sistemas oficiais de informação do MS e as opiniões livremente emitidas dos dirigentes sobre os benefícios advindos com a contratualização, inclusive acerca de seu impacto sobre as diretrizes de assistência e de gestão do referido Programa, são elementos favoráveis à contratualização.

Na literatura sobre as experiências internacionais também são inconclusivos os resultados sobre a relação entre contratualização e desempenho dos serviços e sistemas de saúde.

No mínimo, nos casos estudados, a contratualização reforçou e assegurou a manutenção de práticas e estruturas qualificadoras da assistência e da gestão já existentes, em particular o planejamento e a avaliação, o que não é suficiente, mas seguramente são condições favoráveis para a melhoria de desempenho.

Em síntese, há uma percepção difusa que a contratualização promoveu o desenvolvimento gerencial das partes em contrato, secretaria e hospital e também melhorou a integração do hospital na rede através da oferta de mais procedimentos de média e alta complexidade, o que não se observa em relação à qualificação assistencial do hospital. Nas experiências internacionais o desenvolvimento gerencial e assistencial das partes contratantes, especialmente nos países em que eram inicialmente mais frágeis, é também identificado como um benefício advindo com o uso dos arranjos contratuais (Figueras, 2005).

No que se refere ao aprimoramento gerencial dos hospitais, embora os dirigentes entrevistados tenham afirmado perceberem melhorias, as variáveis qualificadoras da gestão investigadas no estudo e presentes nos hospitais foram fragilmente associadas à contratualização, tendo em vista que quase todas já eram presentes antes de seu advento. Como nas experiências internacionais, é referida a crescente consciência sobre a importância de se dispor de informações detalhadas e confiáveis para planejar, monitorar e avaliar.

Quanto à qualificação assistencial, de forma diferente em relação ao impacto gerencial, os dirigentes não conseguiram identificar eventuais ganhos, o que foi congruente com a também frágil associação entre as variáveis qualificadoras assistenciais presentes nos hospitais e sua associação com a contratualização.

A contratualização na percepção dos dirigentes dos hospitais não parece ter ocasionado grandes modificações na gestão e na assistência. Não melhorou os que já eram mais bem estruturados gerencial e assistencialmente e nem os menos, ainda que nestes parece ter havido um impacto maior.

Considerando a inserção dos hospitais na rede de atenção, os dirigentes identificaram que a contratualização favoreceu e fortaleceu a integração o que foi em parte congruente com a associação por eles realizadas entre a contratualização e variáveis investigadas. Entretanto é importante destacar, que não houve associação entre

a contratualização e a disponibilização de procedimentos ambulatoriais e hospitalares através de mecanismo formal para a secretaria, possivelmente o melhor indicador de integração do hospital na rede de atenção e do exercício efetivo da regulação por parte da secretaria.

Embora, entre o período 2004 e 2007, portanto após a contratualização, tenha havido alguma melhoria de desempenho, considerado exclusivamente do ponto de vista da produção de atividades, observada segundo os dados dos sistemas oficiais do MS e percebida segundo a opinião dos dirigentes, também não é possível fazer uma relação de causalidade entre contratualização e desempenho.

Houve de fato uma diminuição da produção dos procedimentos de atenção básica e um aumento da média complexidade ambulatorial em todos os hospitais, como era desejado pelo Programa de Reestruturação. As demais alterações de produção não foram uniformes e nem regulares entre os hospitais. A alta complexidade na internação só incrementou no HE2 e a alta complexidade ambulatorial no HE3 e HE4.

Houve também uma melhoria dos indicadores de produtividade e qualidade, exceto em um dos hospitais, o que também pode ser compreendido como um resultado positivo, mesmo que ainda tímido e/ou insuficiente.

Na percepção dos dirigentes, tanto de secretarias quanto de hospitais, esta melhoria de desempenho considerando apenas o incremento de produção, também é reafirmada como um benefício advindo com a contratualização. Entretanto, os próprios dirigentes de secretaria, quando estimulados a identificar problemas que permanecem existindo em suas redes, referem justamente o estrangulamento da oferta de procedimentos de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, o que parece contraditório com a percepção de benefício mencionada.

Além disso, é difícil compreender a razão de alguns hospitais de ensino, segundo os dados oficiais, terem diminuído a produção destes procedimentos quando comparados o ano de 2004 com o de 2007. O HE1, só incrementou dois procedimentos, a internação estratégica e a média complexidade ambulatorial e foi o hospital que mais pareceu estar integrado à rede de atenção, que apresentou uma das melhores condições estruturais no campo da gestão e da assistência, e a mais estruturada relação contratual com a secretaria, inclusive sendo o único, com disseminação interna da lógica

contratual. Seria esperado o aumento de todos os procedimentos de alta e média complexidade, tendo em vista os estrangulamentos da rede de atenção no SUS, referido inclusive pelo dirigente da SMS1, sua contratante.

É possível pensar que o registro da produção do HE1 nos sistemas oficiais ainda não esteja adequado, embora explicitado por seu dirigente como uma preocupação e como um benefício decorrente da contratualização. Outra possibilidade, não verificada, seria a ocorrência de uma pactuação, entre hospital e secretaria, ao longo do período considerado, com vistas a diminuir paulatinamente a produção dos demais procedimentos, o que não seria razoável tendo em vista o dirigente da SMS1 considerar como insuficiente a oferta de cirurgias eletivas especialmente ortopédicas, exames e consultas especializadas. Por fim, mais uma explicação residiria no fato do orçamento do convênio/contrato estar de fato subestimado, fazendo com que o hospital reduzisse suas atividades, apesar da capacidade de oferta, pois quanto mais atividades são produzidas mais aumentam as despesas variáveis, como os gastos com material de consumo e com outros serviços gerais.

Ainda no campo da produção assistencial a contratualização parece ter impactado mais o HE2, hospital de maior complexidade assistencial, que também apresenta a maior parte das práticas e estruturas qualificadoras da gestão e da assistência e um processo de contratualização também mais estruturado. Este hospital foi o único, que aumentou todos os procedimentos, a exceção dos procedimentos de atenção básica, cujo decréscimo era desejado, e de alta complexidade ambulatorial.

Neste sentido também se destacaram os hospitais HE3 e HE4. Estes hospitais foram os únicos que incrementaram a produção de todos os procedimentos ambulatoriais, exceto o de atenção básica, como era desejado, apesar de serem os de menor estruturação gerencial e apresentarem processos de contratualização menos estruturados.

O resultado desses dois hospitais faz pensar em duas possibilidades. O aumento de produção da média e alta complexidade ambulatorial desses hospitais, se deveu a outros condicionantes que não a contratualização, ou a contratualização, mesmo sem estar adequadamente estruturada nos seus mecanismos de elaboração, de monitoramento e de repasse de recursos vinculados ao desempenho, impactou as práticas de trabalho

vigentes, fazendo os dois hospitais focarem mais nas metas de produção pactuadas com suas respectivas secretarias. Esse raciocínio se ajusta a fala de um dos dirigentes de secretaria não deles contratante, *“para quem não estava adequadamente estruturado, o contrato foi um indutor para a melhoria”* (dirigente da SMS1).

Em síntese, mesmo sem poder afirmar uma causalidade entre contratualização e aumento de produção de procedimentos de média e alta complexidade, pois os hospitais não apresentaram comportamentos regulares e nem uniformes, parece ser no campo da produção de atividades que a contratualização promoveu maior impacto, sendo o mais significativo o relativo ao aumento da média complexidade ambulatorial e à diminuição dos procedimentos de atenção básica verificado em todos os hospitais.

Quanto à prestação de contas, na percepção dos dirigentes, se não houve propriamente um incremento, ao menos ela foi instituída onde não existia e nos hospitais onde já havia algum tipo de prestação interna de contas, a contratualização com a secretaria funcionou como um estímulo externo, reforçando a prática interna do hospital. Este é um benefício também mencionado nas experiências internacionais.

No caso brasileiro seria mais adequado dizer que começa a ser gestada uma cultura de prestação de contas que ainda enfrenta importante resistência, como já referido pelos dirigentes, em particular junto às equipes do hospital. A prestação de contas sobre o desempenho pré-acordado implica em interferir na autonomia de decisão das equipes em especial dos médicos. Daí a importância de intensificar a discussão e a negociação interna e de desenhar adequados sistemas de incentivos.

A autonomia profissional na tomada de decisão sobre o que fazer com o paciente apesar de necessária não pode ser absoluta; precisa ser estrangida por outro mecanismo de coordenação que não apenas a qualificação profissional. A padronização dos processos e de resultados com o estabelecimento de metas e indicadores associada à prestação de contas pode ser outro importante mecanismo de coordenação, mas necessariamente precisa ser pactuada com a equipe, pois o poder de decisão está descentralizado no centro operacional.

Além do incremento de produção de média e alta complexidade, mesmo que não regular e nem suficiente, e da maior integração dos hospitais à rede de atenção, o estudo parece evidenciar como resultado mais significativo e conclusivo, decorrente da

contratualização, o fortalecimento da capacidade de gestão, em especial de regulação, das secretarias. A maior integração dos hospitais na rede de atenção é uma decorrência e, portanto uma expressão desta maior capacidade de regulação da secretaria. O desenvolvimento da capacidade de governo da secretaria, enquanto titular na relação com o hospital e demais unidades da rede é de suma importância para a continuidade e o sucesso da relação contratual.

O estudo assumiu um dos pressupostos da Teoria da Agência e do Triângulo de Ferro de Matus, qual seja que os mecanismos e práticas de prestação de contas em relação ao desempenho associados aos incentivos, seriam condições indutoras para a melhoria do desempenho das organizações hospitalares. Outro pressuposto de Matus foi também assumido: o Triângulo de Ferro ou sistema de direção estratégica de uma organização é fortemente condicionado pelo Triângulo de Governo, em especial pela capacidade de governo, variável chave da robustez dos dois Triângulos, e pelas *práticas de trabalho*, que são dependentes da cultura vigente na organização.

O HE1 parece ser bastante ilustrativo para aplicação das referências teóricas utilizadas no estudo. Importante diferencial no sistema de direção deste hospital reside na utilização da lógica contratual através dos contratos internos entre direção e serviços e equipes, metas e indicadores definidos, pactuados e monitorados, associados a incentivos. É o único hospital em que se observa uma disseminação interna da lógica contratual e que era existente entre hospital e secretaria, antes do advento da contratualização.

A estrutura de gestão com arranjos contratuais do HE1 é a que melhor expressa o que Matus denomina de reforma vertical, instituindo o Triângulo de Ferro por dentro das diferentes partes da organização, nos serviços que integram o hospital. Para o autor, a melhoria do desempenho organizacional estaria condicionada à disseminação deste Triângulo pela organização, enfatizando em cada um de seus componentes a prestação de contas sobre o desempenho, principal vértice do Triângulo.

O dirigente do hospital refere que os contratos internos são subsidiados por projetos de serviços elaborados pelas equipes, expressando desta forma o encontro e a interação negociada entre o planejamento ascendente com origem nas equipes assistenciais, com o planejamento descendente derivado da direção do hospital, que

por sua vez resulta da interação e negociação com a secretaria. Para Mintzberg este é o planejamento possível em organizações profissionais.

A suposição de que a capacidade de governo impacta na constituição do Triângulo de Ferro parece ser verificada no HE1. Sua estruturação assistencial e gerencial possibilita a instituição de um sistema de direção com base em contratos internos e práticas e mecanismos de prestação de contas sobre o desempenho associados a incentivos. Mas a suposição presente no Triângulo de Ferro e na Teoria da Agência de que a disseminação da prestação de contas melhoraria o desempenho não foi suficientemente verificada e/ou conclusiva. O hospital através dos contratos internos dissemina a prestação de contas, mas não há evidências regulares e significativas, de melhoria de desempenho, se considerados os dados dos sistemas oficiais de informação do MS. Pode ser que além das razões já mencionadas, as práticas de trabalho tenham sido de fato mais determinantes do que as novas formas organizativas, explicando assim o baixo impacto no incremento da produção de atividades.

Valem ainda serem retomados alguns resultados relativos à estruturação dos processos de contratualização entre hospitais e secretarias.

Observa-se que os hospitais HE2 e HE1, os mais estruturados assistencial e gerencialmente são aqueles que juntamente com as suas secretarias contratantes apresentam uma estruturação mais avançada nas diferentes etapas do processo de contratualização, cumprindo e/ou aprimorando as recomendações do Programa.

Aqui reside outro resultado do estudo. Hospitais que apresentam maior número de práticas e estruturas de gestão presentes são aqueles que também apresentam processos de contratualização, com as suas secretarias, mais estruturados. Em contrapartida, os hospitais que são menos estruturados gerencialmente, são os que apresentam processos de contratualização ainda em fase de estruturação.

Apesar da afirmação acima, não é possível afirmar que o processo de contratualização mais estruturado tenha impactado na estruturação gerencial e assistencial dos hospitais, tendo em vista a frágil associação estabelecida entre a contratualização e a presença de práticas e estruturas qualificadoras da gestão e da assistência. Mas talvez seja possível supor o inverso, que hospitais mais estruturados, ao menos gerencialmente, tenham contribuído para a estruturação do processo de

contratualização, muito embora seja preciso considerar que neste caso deve importar mais a estruturação gerencial das secretarias contratantes, dado a condição de titulares da relação contratual. Nos casos estudados, embora não tenha sido investigado nas secretarias, como o foram nos hospitais, a presença de práticas e estruturas qualificadoras da gestão, supõe-se sua existência nas SM1 e SES2, tendo em vista os mecanismos e práticas de monitoramento do POA por elas praticados.

Nem mesmo uma relação segura e de condicionamento direto e positivo, entre o aumento de produção e a estruturação da contratualização é possível afirmar. No caso da SES2/HE2, a produção do HE2 aumentou e há estruturação, mas no caso da SMS3/HE3 e SMS4/HE4, não há estruturação e a produção dos dois hospitais aumentou ao menos no âmbito ambulatorial. O caso SMS1/HE1 é o que apresenta o processo de contratualização mais estruturado, e o HE1 foi o hospital que menos incrementou o conjunto dos procedimentos ambulatoriais e de internação.

A contratualização da SMS1/HE1 parece reunir as melhores condições de estruturação, as quais poderiam ser consideradas boas práticas de contratualização (vide fluxo do processo de contratualização descrito na íntegra no Anexo 4).

A SMS1 parece possuir uma capacidade de gestão já consolidada o que reforça e dá sustentação para que exerça um papel diferenciado e protagonista na contratualização. Afinal é ela a gestora da rede de atenção e quem melhor pode falar sobre o que precisa que o hospital faça, considerando simultaneamente as necessidades da rede e da população, além das potencialidades e possibilidades do hospital. A capacidade de gestão da secretaria pode induzir à melhoria da gestão das unidades sob sua regulação.

A estruturação gerencial e assistencial da SMS1 e do HE1 propiciou o estabelecimento de uma contratualização estruturada. A qualidade do projeto (a contratualização) é dependente da capacidade de governo (do hospital e da Secretaria), ou seja, do conjunto de conhecimentos e técnicas dominados por quem elabora o projeto (hospital e secretaria), como expresso no Triângulo de Governo de Matus. A gestão mais estruturada, ou seja, a capacidade de governo, do contratante e do contratado parece ser uma condição para o melhor uso da lógica contratual, considerando os quatro casos estudados e a experiência internacional.

Especialmente a SMS1 se diferencia das demais, pelo processo de monitoramento e avaliação da execução do POA e pela aplicação de incentivos. Além da avaliação bimensal realizada pela comissão de acompanhamento do convênio/contrato, são praticadas outras formas de monitoramento que viabilizam um estreitamento das relações entre secretaria e hospital. Esta proximidade entre secretaria e hospital, possibilita a construção de uma relação de confiança mútua, considerada como fundamental pelas avaliações das experiências internacionais, para o bom uso da lógica contratual. A confiança é um valor necessário na construção de redes quando se tem como objetivo a associação para compartilhar objetivos e projetos (Teixeira & Ouverney, 2007), como é o caso da contratualização entre secretaria e hospital de ensino.

A confiança mútua e o monitoramento contínuo aliados à estruturação da gestão do hospital, possivelmente explicam a segurança da secretaria e do hospital em pactuar percentuais mais elevados para a parte de recursos que é condicionada ao desempenho do hospital. A credibilidade que aos poucos se acumula na relação contratual diminui o custo de transação, especialmente para se obter informação confiável.

Chama também a atenção o caso SMS1/HE1 pelo efetivo uso dos incentivos acoplado a avaliação de desempenho. O HE1 foi o único hospital a referir não ter recebido integralmente a parte variável dos recursos em função do não cumprimento das metas do POA. Por outro lado a SMS1 foi a única a informar a possibilidade de aplicação de cortes na parte fixa dos recursos, que pelo Programa é repassada independente de condições, caso o hospital não cumpra as metas de produção do POA sem justificativa e/ou compensação.

Nos casos, SMS1/HE1 e SES/HE2, os resultados encontrados em relação à frágil associação entre contratualização e impacto gerencial e assistencial são surpreendentes, porque os dois possuem processos de contratualização bem estruturados. Neste sentido, chama mais a atenção ainda o caso SMS1/HE1, porque não apenas apresenta uma estruturação maior da contratualização em relação ao caso SES/HE2, mas também porque o próprio hospital HE1 possui uma lógica de gestão interna compatível com a contratualização, dado o uso de contratos internos com incentivos associados ao desempenho. Tais contratos em tese simultaneamente dariam suporte e seriam o desdobramento e a replicação da contratualização com a secretaria.

Várias razões podem estar concorrendo para tais resultados. Uma explicação residiria na inexistência e/ou insuficiência dos processos de avaliação, não possibilitando aos dirigentes uma percepção mais realista entre avanços organizacionais e a contratualização.

Mais uma razão seria a insuficiência da divulgação, da comunicação e da disseminação das informações relativas à avaliação da contratualização, de forma a propiciar uma visão mais homogênea entre os diferentes atores envolvidos sobre os resultados da contratualização.

Outra explicação, e talvez a mais importante, poderia residir na baixa exigência das diretrizes e metas do Programa de Reestruturação e/ou da secretaria propostas para o hospital na contratualização, como afirmado pelo dirigente do HE1.

Na lógica contratual, as metas estabelecidas, em negociação, entre as partes contratantes, devem ser realistas, mas também desafiantes de modo a promoverem a melhoria contínua dos diferentes campos de atuação do hospital que são objeto da contratualização. Metas sem base na realidade não são factíveis e geram frustração, descontentamento e descrédito no processo e metas sem uma perspectiva desafiante, não provocam melhorias, mantendo simplesmente o *status quo*.

Pode ter sido solicitado a esses hospitais, em grande parte, o que eles já possuíam anteriormente à contratualização. É apenas uma suposição, pois como os POAs dos hospitais não foram analisados, não foi possível verificar quais foram as efetivas metas no campo da inserção na rede, na qualificação da atenção e da gestão neles pactuadas.

Esta pode também ter sido uma estratégia inicial da contratualização. Primeiramente consolidar e reforçar práticas e estruturas de gestão e da assistência já existentes nos hospitais, introduzindo a grande inovação até então inexistente ou muito incipiente, qual seja, a negociação e a prestação de contas entre hospital e secretaria, passo inicial e necessário para mudar a cultura de não prestação de contas e de pouca integração entre eles até então prevalente.

De toda forma os resultados até aqui comentados ressaltam para a dificuldade de mudar as práticas de trabalho mesmo em contextos onde as formas organizativas

parecem estar bem estabelecidas, o que faz lembrar as recomendações de Matus, de Mintzberg e de Rivera. Estes autores identificam a necessidade de mudar a cultura ou as estruturas mentais que dominam uma organização, para que de fato as práticas possam ser alteradas. Matus reconhece, entretanto a possibilidade de uma relação inversa de menor intensidade que a anteriormente mencionada, qual seja, as práticas de trabalho também poderiam, uma vez modificadas, alterar a cultura organizacional.

As formas organizativas, ou considerando de uma forma mais abrangente, os arranjos institucionais, incluindo aqui os constrangimentos ao comportamento dos indivíduos na organização, podem também impactar as práticas de trabalho e por consequência o desempenho organizacional. Esta é a aposta da Teoria da Agência. O arranjo contratual e os incentivos podem ser considerados formas organizativas e com potencial de mudança do desempenho organizacional.

Sendo assim os incentivos induziriam à mudança das práticas, mas como não existiram, nos HE2, HE3 e HE4, ou não foram suficientemente impactantes no HE1, não se pode avaliar, nos casos estudados, seu efetivo poder de indução.

Por fim, outra explicação poderia residir nas limitações metodológicas do estudo. Podem ter sido escolhidas variáveis inadequadas relacionadas à inserção na rede, à qualificação assistencial e gerencial tendo em vista o grau de estruturação mais avançado dos dois hospitais HE1 e HE2.

Ainda no campo metodológico, outra limitação residiria no tipo de abordagem que exige dos respondentes o uso da memória para que façam associação entre iniciativas gerenciais e assistenciais e a contratualização. Quanto mais distante no tempo a iniciativa implementada, mais difícil fazer a associação, promovendo uma tendência a não realizar a associação, ainda mais, se não há avaliações sistemáticas e sintéticas sobre o processo de contratualização e/ou se não há adequada divulgação sobre as avaliações realizadas.

9. Conclusões

O Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino e a contratualização por ele introduzida apresenta vários aspectos inovadores e importantes de serem preservados. Requer que seja avaliado quanto aos resultados alcançados para que ajustes sejam introduzidos, o que até o momento ainda não foi adequadamente realizado (Forgia & Couttolenc, 2009). O estudo em questão pretende contribuir neste sentido apresentando a partir dos resultados encontrados algumas contribuições para possíveis ajustes.

Inicialmente serão destacadas as inovações introduzidas. A contratualização proposta pelo Ministério da Saúde avançou em relação a outras experiências internacionais semelhantes em curso, tendo em vista ter assimilado, em certa medida, parte das recomendações que a literatura internacional apresenta para o aprimoramento do uso de arranjos contratuais discriminadas no Capítulo 5. Por outro lado, alguns dos problemas enfrentados na experiência brasileira, refletem a não adequada valorização a outras daquelas recomendações. As proposições de ajuste apresentadas estão baseadas nas entrevistas com os dirigentes, mas também levam em conta as referidas recomendações da literatura.

Ao final das inovações destacadas e ajustes propostos que são coincidentes com os apresentados pela literatura no Capítulo 5, é destacada entre parênteses a coincidência.

A contratualização constituiu-se em uma política de governo, do Ministério da Saúde e da Educação, com diretrizes definidas para os diferentes campos de atuação dos hospitais de ensino, com vasta regulamentação específica, e articulada à política de saúde, a saber, ao Sistema Único de Saúde/SUS, embora restrita ao segmento hospitalar. (*Recomendação 8: Formulação de uma política de contratualização*).

A política resultou de um amplo processo de debate e de negociação acerca dos problemas e soluções para os hospitais de ensino entre os diferentes segmentos/atores envolvidos, tendo o MS assumido sua função precípua de desencadeador e condutor do processo. Envolveu representantes dos Ministérios da Saúde, da Educação, da Ciência e

Tecnologia e do Planejamento, do Orçamento e Gestão, de associações de instituições de ensino superior, de hospitais, de categorias profissionais, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS), do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), dos docentes e dos alunos.

Expressou o reconhecimento, por parte do Ministério da Saúde, da existência de um contexto onde convivem diferentes atores, com interesses diversos e por vezes conflitantes e onde o poder está disperso, exigindo assim grande capacidade de negociação e de conformação de uma ampla coalizão, a partir de algumas diretrizes comuns a todos, assegurando assim, acúmulo de poder suficiente para dar direcionalidade e governabilidade para a implementação da política formulada (*Recomendação 6: ênfase na negociação, cooperação e comunicação entre as partes contratantes*).

Contribuiu ainda para consolidar a necessária parceria entre o Ministério da Saúde e da Educação para lidar com os hospitais de ensino, resultando em outra importante iniciativa que promoveu uma “rearrumação” no setor qual seja a **instituição da certificação**, estabelecendo critérios claros e precisos para o enquadramento dos hospitais como sendo de ensino. A certificação, além do mais, possibilitou um intercâmbio de experiências entre certificadores, que são profissionais com experiência na área hospitalar, e os profissionais dos hospitais em processo de certificação, contribuindo assim para gerar um ambiente de aprendizagem contínua.

O Ministério formulou e delineou uma estratégia para proporcionar maiores chances de implementação da política. Para Abrucio (2007), tendo em vista “*as desigualdades da federação brasileira, a União terá de ser indutora e parceira dos estados e municípios neste processo de remodelagem da burocracia*”.

De fato, o Ministério da Saúde parece estar cumprindo este papel de indutor e parceiro dos estados e municípios no desencadeamento da contratualização. Induziu quando condicionou o ingresso no Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino ao processo de certificação e ao de contratualização. Induziu ainda mais, quando criou um incentivo financeiro à contratualização. Foi parceiro quando acompanhou

presencialmente o processo de negociação dos primeiros convênios/contratos e POA, junto às secretarias e hospitais e até hoje continua dando apoio sempre que solicitado.

Outra inovação importante refere-se ao **conjunto de incentivos** embutidos na política. Embora a adesão não fosse obrigatória, todos ou quase todos os hospitais de ensino quiseram aderir. O Incentivo à Contratualização (IAC) e a mudança na lógica de estimativa de orçamento e na forma de repasse de recursos para o hospital, onde ao menos parte dele, era predeterminado, conhecido e seguro de ser recebido, constituíram-se em poderosos incentivos a princípio. Mais um incentivo residiu no repasse de parte do recurso mediante a avaliação do desempenho (*Recomendação 4: Uso de sistema de incentivos para a unidade prestadora/hospital e suas equipes*)

Outra inovação associada, a saber, relacionada ao repasse de recursos foi o seu atrelamento, ao menos em parte, à prestação de contas sobre o desempenho, induzindo assim à construção de um sistema de monitoramento e avaliação do desempenho dos hospitais (*Recomendação 3: Desenvolvimento de sistema de monitoramento e avaliação*).

A política também induziu a outra parceria necessária ao bom desempenho da rede de atenção, a saber, entre secretaria e hospital. Atribuiu como sendo de responsabilidade de ambos a elaboração, o monitoramento e a avaliação do convênio/contrato e respectivo POA dos hospitais. Isso reforçou e ou introduziu uma lógica negociadora entre a secretaria e hospital. (*Recomendação 6: Ênfase na negociação, cooperação e comunicação entre as partes contratantes*).

Valorizou assim o papel protagonista da secretaria como gestora e reguladora da rede de atenção. Na lógica da Teoria da Agência conferiu a ela a função de titular do processo, ou seja, aquele que tem uma tarefa a ser realizada, mas que precisa do agente para executá-la, colocando em suas mãos as ferramentas e os recursos para a construção de incentivos de forma a induzir os hospitais a cumprirem o que era necessário e desejado pela secretaria. (*Recomendação 1: Desenvolvimento da capacidade de regulação do Estado contratante e da capacidade de gestão do contratado*)

Simultaneamente valorizou o processo de planejamento da secretaria e do hospital deles exigindo a elaboração conjunta de um plano operativo anual. Isso de um lado, exigiria da secretaria conhecer as necessidades de sua rede para saber exatamente o que solicitar ao hospital, ou seja, a secretaria precisaria elaborar um planejamento regional de saúde, definindo o papel de cada uma de suas unidades na rede de atenção inclusive o do hospital. Por outro lado, também estimularia o planejamento interno no hospital, pois para elaborar o referido plano operativo, interagindo com as demandas da secretaria, o hospital precisaria conhecer suas potencialidades e possibilidades. O plano operativo seria o resultado da articulação e da interseção entre o planejamento da secretaria e do hospital, atribuindo, entretanto ao planejamento da secretaria a devida antecedência, tendo em vista que uma das diretrizes do Programa de Reestruturação a constar da contratualização é a integração desses hospitais às redes de atenção das secretarias. (*Recomendação 7: Articulação entre planejamento regional de saúde e arranjos contratuais*)

A contratualização indiscutivelmente gerou ou ao menos preconizou, a instauração de novos mecanismos e práticas de prestação de contas, como as avaliações das comissões de acompanhamento de convênios/contratos e dos conselhos gestores e as de outros órgãos, como os conselhos municipais ou estaduais de saúde, além da instituição de ouvidorias e de pesquisas de satisfação dos pacientes. Embora ainda não satisfatória, a contratualização tornou mais transparente o desempenho do hospital e da secretaria, expondo ambos a um processo de avaliação, ainda que na maior parte restrito à Comissão de Acompanhamento em que pese a participação de representação da sociedade na mesma, mas com possibilidade de ampliação haja vista a prestação de contas efetuada pela SMS1 junto ao Conselho Municipal de Saúde e Tribunal de Contas.

Possibilitou também transparência ao incentivar os hospitais através das metas pactuadas a alimentarem os sistemas oficiais de informação do MS os quais são de acesso público. O registro da informação e seu acesso público possibilitam, em tese, maior ativação dos controles seja por parte do Estado seja por parte da sociedade (Sano 2008).

Todos esses mecanismos e práticas propiciam aumentar a *accountability* e são formas de controle do tipo “alarme de incêndio” da administração pública. Propiciam o controle social direto sobre a prestação de serviços. Se for eficaz, e o exercício continuado tende a aperfeiçoá-lo, poderá pressionar pela melhoria dos serviços prestados, e por uma maior responsabilização dos dirigentes e equipes.

Para Przeworski (1998) para uma efetiva atuação do controle social são necessários mecanismos institucionais que facilitem o monitoramento da população sobre os serviços prestados, a transmissão das informações e a punição da violação.

Outra inovação importante a ser destacada refere-se ao **novo modo de financiamento e de repasse de recursos aos hospitais**. O novo modo de financiamento também concentrou vários aportes de recursos que eram isoladamente alocados a estes hospitais e reduziu as modalidades de repasse de recursos. Embora a alta complexidade ambulatorial e de internação continue sendo paga por procedimento, todos os procedimentos de média complexidade passaram a ser financiados por um único orçamento associado ao contrato. Várias modalidades de repasse geram *incentivos diluídos e por vezes conflitantes* estimulando comportamentos não desejáveis e com efeitos que podem se anular (Forgia & Couttolenc, 2009).

A maior inovação talvez resida **na nova lógica de repasse instituída**. Parte do recurso é repassada mensalmente sem qualquer condição, como sempre foi. Porém foi inaugurado com a contratualização um novo e importante critério para o repasse de recursos, a saber, o desempenho do hospital. O recebimento de parte dos recursos do convênio/contrato está condicionado ao cumprimento de metas e indicadores pré-acordados no plano operativo.

Mais um aspecto positivo a ser ressaltado refere-se à constância de propósito. Apesar das dificuldades enfrentadas que podem ter tornado menos abrangente e mais lento o processo e o aprimoramento da contratualização, é inegável que a política permanece na agenda do Ministério e essa persistência é uma das condições para a melhoria contínua dos processos.

Ainda que a contratualização proposta pelo MS não tenha propiciado maior autonomia de gestão aos hospitais no sentido estrito, pois não promoveu mudança no sentido de flexibilizar a contratação e demissão de pessoal, dentre outros constrangimentos administrativos típicos da administração pública, concedeu mais autonomia no sentido mais amplo, pois possibilitou aos hospitais, conhecimento prévio de parte dos recursos a compor seu orçamento, facilitando assim melhor programação de seus gastos e investimentos.

Embora a contratualização tenha tido inúmeros acertos no âmbito de sua formulação, a sua operacionalização evidenciou um conjunto de dificuldades e limitações.

Figuram entre as principais dificuldades enfrentadas na implementação da contratualização, três aspectos que podem ser considerados como seus nós críticos. O primeiro refere-se à **insuficiente capacidade (conhecimentos habilidades e estruturas) de gestão da secretaria e do hospital** para lidar com a lógica contratual, com destaque para a elaboração, negociação, monitoramento e avaliação do Plano Operativo Anual dos hospitais, o que exige um conjunto de informações que no momento, inexistem ou são insuficientes. Duas importantes fragilidades do processo de contratualização residem na prestação de contas e no sistema de incentivos. Os dois importantes pilares da lógica contratual na experiência brasileira da contratualização dos hospitais de ensino ainda estão frágeis, desvirtuando e comprometendo a lógica contratual.

O segundo reside na **estimativa inadequada do financiamento** para operacionalização do POA. O terceiro, na inadequação e incompletude da **estrutura de incentivos**.

Mais uma importante dificuldade, que não diz respeito necessariamente à concepção da contratualização, refere-se aos **aspectos culturais predominantes** nestes hospitais, que por vezes resistem e conflitam com as novas práticas e valores advindos com a contratualização.

Por fim, vale comentar que nenhum dirigente do MS, dos hospitais e das secretarias apontou como problema à contratualização, a baixa autonomia gerencial dos prestadores, que é identificada nas experiências internacionais, ainda que de forma não consensual, como uma dificuldade.

Tendo em vista as dificuldades identificadas, a seguir é apresentado um conjunto de proposições de ajustes, com base na literatura internacional e nas opiniões dos dirigentes entrevistados que podem contribuir no aprimoramento do processo de contratualização.

1. Apoio ao desenvolvimento da capacidade gerencial e da estruturação organizacional de secretarias e hospitais numa perspectiva de melhoria contínua.

Apesar do importante papel condutor, indutor e parceiro do MS no início da contratualização, isto por si só não foi suficiente, porque a operacionalização da contratualização gera novas demandas para as secretarias e hospitais.

Aqui reside um dos nós críticos mencionados. É percebida, importante debilidade no processo de elaboração do POA, na identificação precisa e sintética de metas e indicadores em especial no campo da qualidade assistencial. Destaca-se também a fragmentação, a insuficiência e a imprecisão das informações geradas pelos sistemas de informação existentes, comprometendo o monitoramento e a avaliação do que foi pactuado no POA. Há vários sistemas de informação na área assistencial e administrativa nos hospitais, mas isto não parece ser suficiente para fornecer as informações necessárias ao monitoramento da contratualização e do desempenho do hospital.

Todo o processo de elaboração, monitoramento e avaliação do POA inclusive da construção dos incentivos associados é fortemente dependente da capacidade de governo – conhecimentos, habilidades e experiência – da secretaria em especial, mas também do hospital. Não é à toa que as contratualizações mais estruturadas foram identificadas em secretarias e hospitais que são gerencialmente mais estruturados.

Possivelmente, são necessários apoios de diferentes naturezas na dependência do estágio de desenvolvimento gerencial da secretaria e do hospital. Será necessário investir no desenvolvimento gerencial como um todo – implantação de sistemas automatizados de informação, de sistemas operacionais de gestão de meios, formação de RH inclusive em gestão, de práticas de gestão da atenção, etc.

Tendo em vista que uma iniciativa desta natureza requer abrangência de conteúdo, considerando as secretarias e os hospitais mais e menos estruturados gerencial e assistencialmente, e a capilarização por todo território nacional, será necessário articular e potencializar os recursos cognitivos já existentes e os esforços a serem empreendidos. Novamente se coloca para o Ministério o desafio de contribuir para que novos avanços e melhorias sejam alcançados. O Ministério poderia assumir importante papel de articulação junto a diferentes instituições, órgãos de ensino e pesquisa, de representação dos hospitais e de secretarias, e mesmo de entidades privadas, para constituir um apoio externo e viabilizar um programa de desenvolvimento gerencial continuado para secretarias e hospitais. Fazendo parte desta ampla rede de apoio, colaboração e cooperação, com uma lógica de estratégias multifacetadas, hospitais e secretarias com contratualizações mais estruturadas poderiam apoiar e se responsabilizar por secretarias e hospitais com processos menos estruturados.

Embora se reconheça que a contratualização é uma relação onde as partes evoluem de forma conjunta e associada, talvez alguma prioridade deva ser atribuída às secretarias, tendo em vista sua função de contratante e gestora da rede de atenção. De forma mais imediata assumir como temas mais prementes os problemas, as dificuldades e as sugestões apontadas neste estudo.

Aplicam-se aqui os conceitos relacionados ao Triângulo de Governo de Matus. O projeto de governo da secretaria (a contratualização) é diretamente dependente de sua capacidade de governo (embora a do hospital também deva ser considerada). A capacidade de governo, por sua vez influencia a governabilidade da secretaria, trazendo conseqüências positivas para o projeto de governo, melhorando a contratualização e assim contribuindo para alcançar a melhoria de desempenho do hospital, razão do uso da lógica contratual.

É também através do desenvolvimento gerencial continuado que pode ser cultivado nos hospitais e secretarias uma cultura de abertura ao novo e à aprendizagem contínua, condições propiciadores de promoverem mudanças nas estruturas mentais para que as novas formas organizacionais (arranjo contratual – prestação de contas com base no desempenho) sejam adequadamente incorporadas e assim também instituídas novas práticas de trabalho onde a prestação de contas sobre o desempenho tenha lugar central .

O sucesso da contratualização como ferramenta de indução e controle dos dirigentes públicos sobre as ações executadas pelos prestadores de serviços será fortemente influenciada pela maior profissionalização do núcleo burocrático central das secretarias, para que possam exercer mais plenamente suas funções de regulação.

A contratualização para funcionar adequadamente exige da administração pública a constituição de um núcleo burocrático capaz de planejar, monitorar, avaliar e regular, induzindo e redirecionando, sempre que necessário, os rumos da contratualização. O planejamento e a execução por meio de metas passíveis de avaliação, aliados aos mecanismos de prestação de contas e de responsabilização sobre o desempenho reforçam os controles horizontais sobre a administração pública, ou melhor, sobre a gestão pública (Sano, 2008).

Para Abrucio (2007), “*a profissionalização do alto escalão de governo é condição sine qua non para o bom desempenho da política pública*”. Para alcançá-la, é necessário o maior preenchimento dos cargos públicos pela própria burocracia estatal, e o investimento na capacitação dos servidores públicos voltada e integrada ao projeto de modernização da administração pública. Estes aspectos são claramente realçados na entrevista da SMS1 onde um dos fatores facilitadores identificados foi justamente a continuidade da equipe gestora da secretaria e a estabilidade dos servidores integrantes da equipe técnica. Na experiência em questão também esteve presente a capacitação da equipe em regulação.

2. Revisão da metodologia de estimativa de financiamento

É necessário rever de forma mais estruturada a metodologia de estimativa do orçamento dos convênios/contratos, segundo nó crítico referido. Idealmente os hospitais deveriam implantar sistemas de apuração de custos para obterem estimativas mais realistas sobre os custos de suas atividades contempladas no plano operativo anual. Neste sentido esforços devem ser envidados na estruturação organizacional anteriormente mencionada para que venham a ser implantados sistemas de apuração de custos nestes hospitais.

Na inexistência de informação sobre os custos reais das atividades seria necessário proceder a ajustes no orçamento desde que justificado e avalizado pela comissão de acompanhamento. Embora previsto pelo Ministério na minuta de convênio/contrato, não parece ser uma prática vigente.

O orçamento dos convênios/contratos, na percepção dos dirigentes que possuem uma contratualização mais estruturada, ainda tem como referência a estimativa de orçamento do primeiro convênio/contrato a qual segundo eles é inadequada porque considerou a produção dos seis primeiros meses do ano onde há dois meses (janeiro e fevereiro) de baixa produção. A média encontrada é superestimada para os meses de janeiro e fevereiro e subestimada para os demais dez (10) meses não havendo assim compensação entre eles. Mesmo havendo um bom relacionamento entre secretaria e hospital, parece que a negociação por mais recursos não é tão fácil, seja pelos limites /tetos de produção, seja pelos limites financeiros da secretaria em prover recursos adicionais.

Outra sugestão a ser analisada, expressamente referida pelo dirigente da SMS1, seriam as vantagens e desvantagens de incorporar todos os procedimentos realizados pelo hospital e necessários à secretaria no convênio/contrato. Assim estariam também incluídos os procedimentos de alta complexidade os quais estariam submetidos à mesma lógica aplicada aos procedimentos de média complexidade, com metas de produção e qualidade vinculados a recursos pré-acordados. Esta sugestão se

justificativa inclusive pelo próprio Programa de Reestruturação dos Hospitais de ensino que recomenda aos hospitais que procurem responder às demandas da rede na média e alta complexidade, pois contribuiria para dar à secretaria maior poder de regulação sobre os procedimentos de alta complexidade.

3. Revisão das práticas e mecanismos de monitoramento e de avaliação dos convênios /contratos/POA

A fragilidade da prestação de contas se manifesta, com maior ou menor intensidade, proporcionalmente ao grau de estruturação gerencial das secretarias contratantes. A qualidade da prestação de contas do Triângulo de Ferro ou do sistema de direção estratégica em uma organização é dependente do quão sólido for seu Triângulo de Governo, onde o vértice mais determinante reside na capacidade de governo, conjunto de conhecimentos, habilidades e experiências que possibilitam melhorar o projeto de intervenção e ganhar governabilidade para sua implementação. A contratualização pode ser compreendida como o projeto de governo.

A situação é a mais diversa possível. Há secretaria que não constituiu o principal mecanismo de monitoramento, de controle, de avaliação e de negociação que é a comissão de acompanhamento. Há secretaria com comissão constituída, mas que sua atuação fica aquém do que deveria fazer, ou não avalia ou avalia sem periodicidade. Há secretaria com comissão constituída, com avaliações periódicas, com prestação de contas, mas ainda com inadequação e/ou imprecisão dos indicadores utilizados, em particular quanto à qualidade assistencial, ou então com profusão de indicadores, o que não proporciona uma visão sintética do desempenho do hospital.

Os mecanismos de controle e avaliação podem ser melhorados e seu funcionamento pode ser mais efetivo. Se por um lado há comissões bem estruturadas e operantes, por outro há aquelas que ainda são subaproveitadas. Especificamente a SMS1 e o HE1, cujo fluxo do monitoramento e avaliação foi detalhado na entrevista, evidencia como é possível estruturar este processo o qual pode ser utilizado como referência para outras secretarias e hospitais (Anexo 4).

Neste sentido algumas práticas já utilizadas com bons resultados alcançados poderiam ser recomendadas. A vinculação dos hospitais a técnicos da secretaria responsáveis por um monitoramento mais amigável, através de visitas e de contatos mais cotidianos, parece ser uma boa prática de regulação. Possibilita identificar problemas em sua fase inicial minimizando seus efeitos e promove mais diálogo, interação e negociação entre as partes contratantes.

A constituição de uma estrutura específica na secretaria para apoiar a contratualização, hospital e comissão de acompanhamento, subsidiando os processos de elaboração do POA e sua avaliação, realizando ainda análises mais qualitativas, comparações e discussões entre os resultados dos diferentes hospitais, parece ser também uma boa iniciativa.

Por fim, a inclusão na comissão de acompanhamento, de representantes das secretarias municipais de saúde dos municípios adjacentes cuja população tem o hospital como referência de atendimento, situação bastante comum para os hospitais de ensino, dada sua maior complexidade assistencial, também pode ser uma prática a ser recomendada.

Obviamente que importa também que o monitoramento seja igualmente instituído no interior do hospital, o que será mencionado no tópico referente à disseminação da lógica contratual.

4. Revisão e ampliação dos sistemas de incentivos

A boa aplicação do incentivo está diretamente relacionada à resolução da deficiência acima mencionada em relação às práticas e mecanismos de monitoramento e avaliação. Se não há uma prestação de contas sobre o desempenho para valer, não há razão para aplicarem-se prêmios e punições, outro importante pilar da lógica contratual comprometido. A perda de credibilidade da aplicação dos incentivos esvazia seu poder de indução.

Os incentivos para o hospital estão presentes, mas precisam ser revisados. O repasse da parte variável não está sendo necessariamente atrelado ao desempenho como

deveria ser e, além disso, o percentual relativo à parte variável é baixo em relação ao total de recursos.

Para Forgia & Couttolenc (2009) o aumento paulatino do percentual de repasse vinculado ao desempenho em relação ao fixo, como previsto pelo Programa de Reestruturação levaria os hospitais a terem incentivos crescentes para cumprir e/ou melhorar o desempenho. Repasse de recursos sem associação ao desempenho gera pouco ou nenhum incentivo ao aumento da produtividade, à melhoria da qualidade ou a qualquer introdução de novas práticas, pois acaba por estimular a organização a funcionar como sempre funcionou.

Outro aspecto a ser revisto refere-se às faixas de variação de desempenho que possibilita ao hospital o recurso integral mesmo sem alcançar 100% das metas estabelecidas, o que parece fazer com que o hospital não empreenda todos os esforços que poderia para alcançar a meta integral.

Os mecanismos de prestação de contas e os de incentivos precisam ser permanentemente monitorados para justamente identificar e corrigir possíveis efeitos não esperados. No caso do sistema de incentivos, é preciso identificar inclusive o inerente esgotamento de sua capacidade de indução com o passar do tempo.

Por outro lado, a estrutura de incentivos é incompleta, os incentivos construídos estão focados nos hospitais motivando-os a aderir ao Programa, o que de fato pareceu acontecer. Os incentivos não dão conta de induzir o comportamento das equipes profissionais no hospital no sentido de terem interesse em alcançar o desempenho acordado no POA com a secretaria. O desempenho das equipes determina o desempenho do hospital.

Conforme preconizado pela Teoria da Agência o sistema de incentivos visa a induzir o comportamento do hospital, mas em especial precisa induzir os das equipes assistenciais. Simultaneamente o referido sistema deve propiciar o “*constrangimento e o incentivo à participação*”, mecanismos que associados tornam a adesão mais interessante do que a não adesão, permitindo ainda e principalmente, que os interesses dos profissionais sejam de fato atendidos.

Também não há incentivos específicos para a secretaria associados a alguma exigência / compromisso, o que também inexistia. A elaboração de um plano de saúde para sua população em relação ao qual também prestasse contas quanto ao seu cumprimento poderia ser um compromisso da secretaria enquanto agente na relação com o Ministério como titular e detentor dos recursos financeiros.

Na lógica da teoria titular/principal agente ou mesmo para o Triângulo de Ferro de Matus, a prestação de contas deve se espalhar por toda a organização, construindo uma cadeia de cobranças e de prestação de contas por todo o sistema de saúde. A reforma precisa ser vertical.

A debilidade do sistema de incentivo dificulta a negociação e a mudança das práticas de trabalho. Este enfraquecimento em parte se explica pela subestimação do orçamento do convênio/contrato, outro importante problema também já referido, fazendo com que a parcela adicional de recursos relativa ao Incentivo à Contratualização (IAC), passe a ser na prática um recurso utilizado na manutenção do hospital.

A fragilidade do sistema de incentivo diminui a sua credibilidade e por decorrência a da contratualização. A não aplicação das recompensas e punições desvirtua a lógica contratual e enfraquece o Triângulo de Ferro, em particular a prestação de contas sobre o desempenho. Este é um aspecto chave para a Teoria da Agência, pois o desempenho organizacional é dependente dos arranjos institucionais utilizados (o arranjo contratual é um deles) e dos constrangimentos utilizados (os os incentivos são um deles).

5. Ampliação da participação e da pactuação com os profissionais das equipes dos hospitais

Importante lembrar que o hospital se constitui em uma organização profissional que desenvolve um trabalho complexo e centralmente dependente dos profissionais, os quais possuem autonomia e por conseqüência, considerável poder dentro da

organização. Sem a sua participação e adesão, a melhoria do desempenho não será alcançada.

Nas relações que se estabelecem no interior da organização hospitalar, há inevitavelmente uma delegação de responsabilidades e uma descentralização de poder. Um diretor de hospital não conhece e não presencia o trabalho realizado pelas equipes de prestação de assistência. Não há como controlá-lo durante a sua realização.

Além da assimetria de informações, coexistem diferentes interesses das pessoas e dos grupos que lá trabalham. É neste contexto de interesses diversos e às vezes contraditórios que a organização de saúde precisa implementar seus objetivos com eficiência e qualidade de forma a atender as necessidades de seus pacientes e da rede de serviços na qual se insere.

O planejamento em organizações profissionais só poderá funcionar como mecanismos de coordenação se for um processo desencadeado junto ao centro operacional, coração da organização. Assim embora a secretaria indiscutivelmente precise saber o que solicitar ao hospital quando inicia a negociação com ele, ela não pode sozinha dizer o que o hospital deve fazer, simplesmente porque será inútil e desgastante. O plano precisa ser construído a quatro mãos. O Programa de reestruturação preconiza isso. Mas o mesmo raciocínio deve e pode ser aplicado para o interior do hospital. A direção do hospital não executa o plano acordado com a secretaria sozinho, portanto precisa desdobrá-lo em planos específicos para suas unidades/serviços componentes de forma pactuada com as suas equipes (Mintzberg, 2001)

Sendo assim, o POA do hospital decorrente do processo de planejamento precisa ser considerado tendo em vista o contexto profissional. Para Mintzberg (2004), o planejamento em organizações profissionais além de ser ascendente, necessariamente incorporando os profissionais, precisa considerar a dificuldade para programar as atividades e para identificar indicadores que efetivamente expressem a qualidade dos serviços prestados. É por esta razão que se utiliza uma maior quantidade de indicadores que expressam mais ou somente a produtividade.

Esta constatação não pode ser considerada como um impedimento e sim como um alerta. Exigirá uma maior participação dos profissionais e um maior esforço para identificar indicadores mais sensíveis para a qualidade, reduzindo ao mesmo tempo o número de indicadores que monitoram a produtividade, sem deixar de monitorá-la.

6. Disseminação dos contratos internos e externos

A Teoria da Agência se utiliza de ferramentas racionalizadoras – o contrato e o plano de atividades sobre os serviços prestados/compromissos assumidos – para formalizar e estabilizar o pacto estabelecido. Porém tudo isso se dá em um contexto profissional onde a direção da organização, assim como todo o resto da organização, é percebida pelos profissionais como apoiadores de seu trabalho e não controladores do mesmo. A rigor, a idéia a ser construída é que as duas funções não são excludentes. A direção apóia, mas precisa controlar. A aceitação, por parte dos profissionais, do controle e do constrangimento à autonomia e ao poder pode ser mais bem absorvida se negociada e se incentivada. Daí também a importância da estrutura de incentivos contemplar as equipes assistenciais.

Os resultados a serem monitorados precisam ser pactuados com os profissionais, pois são eles que melhor conhecem suas possibilidades. Isso não significa abandonar o foco no cliente e a tentativa de se buscar continuamente a melhoria, que seria a perspectiva da direção /titular. Uma vez pactuados os resultados, associá-los a incentivos para que os profissionais de fato se esforcem por alcançá-los. Por isso, o contrato não pode ficar circunscrito a relação do hospital com a secretaria, mas precisa ser disseminado para as relações no interior do hospital entre a direção e serviços e equipes.

Nesse sentido poderia potencializar a contratualização da secretaria com o hospital se a lógica contratual for disseminada no interior do hospital. Na lógica de Matus estaria sendo disseminada pelo hospital a prestação de contas e o Triângulo de Ferro, assim promovendo uma reforma vertical.

Aliás, para efetivamente promover uma reforma vertical, a disseminação da lógica contratual deveria se dar para toda a rede de atenção, incorporando os contratos como mecanismos de coordenação com as demais unidades componentes da rede de atenção, uma estratégia para melhorar a integração entre elas e assegurar maior continuidade da atenção prestada. Poderiam também, como já mencionado, serem mecanismos de coordenação, articulação e de prestação de contas entre secretarias e o Ministério da Saúde.

A disseminação da lógica contratual pode introduzir mudanças na natureza e nas habilidades da gestão, propiciando maior abertura e transparência das relações inter e intra-organizacionais. Adicionalmente podem ter efeito sobre a cultura organizacional, pois impactam sobre as estruturas de poder hierarquizado existentes. Ao deslocar o foco para os resultados, que são fruto do trabalho das equipes, ao fornecer mais e novas informações, passíveis de serem usadas como base de poder e controle, podem deslocar a distribuição de poder (Ferlie et al., 1999)

7. Incremento da articulação entre planejamento regional e contratualização, sendo o contrato uma ferramenta de execução do planejado

Como já mencionado, sendo também estabelecido com as secretarias algum tipo de arranjo contratual, delas poderia ser exigido um planejamento regional de saúde para que efetivamente servisse de referência para as contratualizações estabelecidas com as unidades de saúde, em especial com os hospitais, integrantes da rede de atenção. O contrato não é um fim em si mesmo, mas um meio para o alcance de objetivos. A adequada articulação entre o planejamento e o contrato é uma condição para que esta ferramenta atenda à finalidade de sua utilização que é a melhoria de desempenho dos sistemas e serviços de saúde. O contrato deve possibilitar a vinculação entre o planejamento e a execução promovendo uma “amarração” formal do que a secretaria precisa e do que o hospital pode e se comprometeu a realizar.

Tendo em vista as necessidades da população e as possibilidades de oferta da rede de atenção, o contrato deve ser uma ponte de ligação entre o que a secretaria, como gestora da rede, precisa que o hospital produza, e o que as equipes profissionais do hospital, que materializam a atenção, se comprometerão de fato a produzir. Se não há

clareza antecipada do que se quer e se não há mecanismos internos que reproduzam a direcionalidade dada pela secretaria, o contrato liga o nada a lugar nenhum, tornando-se mais uma das inúmeras ferramentas gerenciais que são abandonadas, não porque não tenham utilidade e potencial e sim porque são mal aproveitadas.

8. Revisão do POA contemplando outras dimensões do desempenho organizacional, dando maior foco à qualidade assistencial, com revisão e enxugamento de metas e indicadores

O conteúdo do POA não contempla outras dimensões organizacionais que importam no desempenho organizacional, em especial a dimensão econômico-financeira. Os sistemas de avaliação de desempenho na atualidade tendem a ser multidimensionais. Além disso, a dimensão da qualidade assistencial está fragilmente contemplada na percepção dos dirigentes.

Apesar dos hospitais mais estruturados gerencial e assistencialmente referirem possuir um conjunto de indicadores monitorados regularmente, isto não parece ajudar na percepção sobre a qualidade assistencial e muito menos sobre sua relação com a contratualização. Seria importante revisar os indicadores utilizados priorizando os que focassem a qualidade assistencial. Talvez seja possível introduzir, na dependência do grau de desenvolvimento assistencial e gerencial existente no hospital e secretarias, metas mais ousadas, especialmente no âmbito assistencial, induzindo à introdução de ferramentas e práticas voltadas para a melhoria contínua e monitoramento da qualidade. Alguns dirigentes chamaram a atenção para esse aspecto.

Outro aspecto a ser considerado refere-se ao conjunto de indicadores a serem regularmente monitorados pela Comissão de Acompanhamento. Não é possível padronizar os indicadores a serem monitorados tendo em vista a diversidade das experiências com secretarias e hospitais mais ou menos estruturados gerencial e assistencialmente. Porém uma recomendação pode ser válida para todos: o conjunto de indicadores deve ser restrito e bem selecionado em relação aos aspectos chaves e problemáticos a serem monitorados. Muita informação acaba por desinformar porque

inviabiliza e retira o foco da avaliação. Informações em excesso obscurecem o que é essencial de se ver.

Para monitorar e avaliar é necessário manter um fluxo contínuo de informações relevantes. Adicionalmente, os resultados da análise não devem ser considerados como definitivas porque pode haver fatores contextuais que expliquem os referidos resultados, desconhecidos para quem recebe a informação (Mintzberg , 2001).

Dada a natureza do trabalho em saúde, os critérios de avaliação de desempenho embora imprescindíveis, pois sem eles não há como avaliar, deverão se aplicados com alguma flexibilização, pois situações inesperadas mesmo que incomuns poderão ocorrer. É o que parece ocorrer na contratualização entre as SMS1 e HE1, pois há espaço na relação estabelecida entre eles para que justificativas sejam apresentadas quando as metas e indicadores não são alcançados.

Os indicadores podem e devem ser modificados na medida em que se estabilizam em um resultado aceitável. Além disso, considerando haver uma lógica contratual interna no hospital, outros indicadores mais específicos podem ser objeto de monitoramento das equipes e direção do hospital.

Para efetivamente aumentar a responsabilização sobre os resultados desejados é preciso aprimorar os mecanismos de controle e monitoramento. Definir de forma mais precisa indicadores e seus padrões no campo da assistência e da gestão, capacitar as partes envolvidas na elaboração do plano e no seu monitoramento. Isto inclui considerar o efetivo exercício do controle social, que embora presente através de um representante dos conselhos estadual e ou municipal de saúde, possivelmente ainda seria incipiente. Como é mais difícil e mais oneroso obter informação sobre os resultados, muitas vezes o monitoramento está mais focado nos processos. No entanto, a habilidade para mensurar o desempenho em termos de resultados é um determinante crítico para o uso adequado da lógica contratual (Ferris & Graddy, 1998).

9. Reestruturação dos sistemas de informação tendo em vista o monitoramento do conjunto de metas e indicadores do POA e de uma estimativa de recursos mais adequada.

Outro aspecto a merecer investimento refere-se ao aprimoramento dos sistemas de informações, articulando os já existentes com as novas informações exigidas pela contratualização. Em particular, seria importante, como já mencionado, a implantação de sistemas de custos padronizado no âmbito nacional, para se ter de forma contínua e passível de comparação, a informação sobre os custos das atividades, assim minimizando ou resolvendo os problemas de estimativas inadequadas dos recursos para viabilizar os planos anuais de atividades.

Em médio prazo, em um processo contínuo de aperfeiçoamento, os custos deveriam ser ponderados em função da gravidade dos casos atendidos, o que por sua vez exige informação de qualidade nos prontuários sobre o diagnóstico, e consumo de recursos. O repasse de recursos além de vinculado ao desempenho deveria considerar a gravidade dos casos atendidos e ter como base de cálculo os custos das atividades objeto de contratualização.

Importa também disponibilizar cada vez mais na INTERNET não apenas os contratos/convênios e planos operativos como relatórios de avaliação sobre metas e indicadores alcançados e a utilização dos recursos financeiros, de forma a propiciar inclusive comparações entre os diferentes prestadores hospitalares.

Esforços já estão sendo empreendidos pelo Ministério da Saúde no sentido de assegurar a implantação de um sistema oficial e nacional de informações automatizado que reúna dados dos sistemas de informação oficiais já existentes com outros que são solicitados pelas secretarias para acompanhamento da contratualização. É necessário haver uma série histórica por hospital contratualizado sobre o volume de procedimentos ambulatoriais e de internação, sobre o volume dos recursos financeiros alocados oriundos do MS e de outras fontes, sobre os indicadores solicitados para

acompanhamento, ao menos os mais tradicionais, como tempo médio de permanência, taxa de ocupação, taxa de infecção hospitalar e taxa de mortalidade.

Vários países, entre eles França, Espanha, Portugal e Canadá, com sistemas nacionais de saúde e práticas de contratualização, possuem sistemas de informações capazes de articular dimensões econômicas e assistenciais, como composição de recursos por atividade, despesas, diagnóstico principal, co-morbidades e nível de gravidade. São sistemas de informações mais sofisticados em relação ao brasileiro e com mais recursos visando a lógicas comparativas entre hospitais, regiões do país, tanto com objetivos de natureza econômica, quanto em termos da qualidade da atenção. Sistemas com tais características enriqueceriam as possibilidades para lógicas de gestão contratualizadas que impõem funções específicas para cada hospital na rede de atenção, mantendo ainda capacidade de gestão sistêmica, aos dirigentes superiores, secretarias e Ministério da Saúde (Roger et al., 2008).

10. Instituição de um processo de aprendizagem contínua através do monitoramento, da avaliação e da troca de experiências

Tudo isso aponta para a necessidade de elaboração de uma matriz analítica, como é sugerido na literatura (WHO, 2008) que incorpore variáveis que possibilitem mensurar e monitorar o desempenho dos hospitais nos seus diferentes campos de atuação e dimensões, acompanhando as experiências em curso e avaliando de forma sistemática o impacto da contratualização nas diferentes dimensões que são objeto da contratualização do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino.

Esta matriz deve levar também em conta, a diversidade das situações existentes quanto à estruturação de base existente nos campos assistenciais, de gestão, de ensino, de pesquisa e de avaliação tecnológica dos hospitais e também a estruturação gerencial das secretarias no que se refere especialmente às funções relacionadas ao uso dos arranjos contratuais.

A exemplo de iniciativas já promovidas pela SES2 e pelo próprio Ministério, os resultados dessas avaliações deveriam ser divulgados entre hospitais e secretarias e ainda serem objeto de discussão em encontros realizados periodicamente. Esta é uma

forma de trocar e aprender com os acertos e os erros, além de incrementar mais uma vez a prestação de contas e a consolidação da referida rede de apoio.

11. Contratualização como política de Estado e não de governo

Ter se constituído como política de governo já foi um importante avanço, entretanto, o aprimoramento da contratualização requer que o Estado claramente se posicione de forma favorável e decidida, assegurando suporte legal necessário, inclusive financeiro, de forma a assegurar a sua operacionalização, manutenção, expansão e aperfeiçoamento.

Neste sentido, seria imperioso a formulação de uma política nacional de contratualização, sustentada por uma estrutura legal, articulada, integrada e aprimorando a política nacional de saúde, a saber, o SUS, este já na clara condição de política de Estado. Diminuiria o risco, nos casos de mudança de governos, de descontinuidade da experiência contratual e de seus ganhos já assegurados e a demandarem continuidade e aprimoramento. Essa preocupação foi manifesta pela SMS1 que chamou a atenção para a continuidade administrativa das equipes de gestão da secretaria como elementos favoráveis à implementação da contratualização.

12. Mudanças nas estruturas mentais/cultura organizacional tendo em vista a valorização das práticas de prestação de contas sobre o desempenho

O novo processo instituído convive e disputa espaço como antigos processos e práticas arraigadas. Promove inclusive um deslocamento de poder dos profissionais operadores para os dirigentes. É preciso persistência de propósito para que haja tempo suficiente para o amadurecimento do processo e obtenção dos resultados.

É preciso também considerar que a introdução de práticas de maior responsabilização, prestação de contas e de controle sobre os resultados do hospital não se dá de forma descolada do contexto mais geral de baixa prestação de contas na administração pública. A implementação de novas formas de organizar e coordenar o trabalho em uma organização em especial pertencente à administração pública e com mais especificidade ainda se for do setor saúde, depende do legado cultural e da dinâmica política.

A qualidade das regras e das instituições que regem os arranjos contratuais importa nos resultados alcançados, mas não os explicam integralmente. O incremento da prestação de contas depende dos mecanismos e práticas que são instituídas, mas depende da cultura dominante nas instituições onde são adotadas. As práticas tradicionais instituídas influenciam os resultados (Sano , 2008).

O processo de mudança embora indiscutivelmente inaugurado com os arranjos contratuais sempre exigirá aperfeiçoamento contínuo. Por isso são importantes por um lado, o apoio às secretarias e hospitais visando seu permanente aprimoramento organizacional e por outro, o monitoramento contínuo de forma a identificar eventuais problemas e o impacto das soluções implementadas.

A política de contratualização dos hospitais de ensino representou um importante avanço no sentido de introduzir nesses hospitais e secretarias uma lógica diferente da que até então prevalecia - uma gestão orientada por metas e indicadores, vinculando recursos a desempenho.

É reconhecido, também o pouco tempo de existência e que as mudanças nas práticas de trabalho e na cultura organizacional vão aos poucos sendo acumuladas. Para isso é importante manter o que já se conquistou e fazer valer o que foi estabelecido e pactuado. Em uma gestão voltada para os resultados, alcançar ou não as metas e indicadores pactuados tem que implicar em alguma diferença.

A contratualização dos hospitais de ensino no âmbito do SUS, iniciada em final de 2004, ainda é um processo imaturo e inconcluso, e nesse sentido ainda precisa de tempo para gerar resultados. A introdução de qualquer inovação em organizações, além de gerar resistência por perda de poder de determinados grupos, exige um tempo para as pessoas compreenderem e aprenderem e colocarem em prática novos conhecimentos e habilidades e se adaptarem às novas condições de trabalho advindas com a referida inovação (Rivera,1996).

Para reformar a gestão pública hospitalar será necessário além de conhecimento, técnicas e ferramentas, construir coalizões. Atores estratégicos no interior do Ministério da Saúde, das secretarias de saúde, dos hospitais e de outros Ministérios precisam estar

sensibilizados para a centralidade da gestão por resultados. A contratualização pode ser uma boa ferramenta a ser utilizada neste processo, lembrando que quanto mais disseminada for sua aplicação, uma reforma mais vertical como Matus preconiza, terá mais chances de ocorrer.

A contratualização é um processo evolutivo em todos os países desenvolvidos e em desenvolvimento. Primeiramente estes países passam por uma fase de aprendizagem antes da contratualização se constituir em efetivo instrumento de regulação e gestão (Siddiqi et al. ,2006).

“Aprender fazendo” é uma das mais importantes lições retiradas das experiências dos países da Europa ocidental e oriental. Alguns países do leste europeu tiveram inclusive, como principal benefício advindo com o uso dos arranjos contratuais, o desenvolvimento das capacidades gerenciais das partes contratantes (Figueras, 2005).

Sua utilização pode propiciar um maior controle sobre a gestão pública, assim contribuindo para seu aperfeiçoamento. Ajuda a reduzir os erros, possibilita o ajuste de rumo e favorece a aprendizagem contínua dos dirigentes e da organização como um todo, o que é essencial para a modernização do Estado e da administração pública (Sano, 2008).

O processo de estabelecimento dos arranjos contratuais é complexo e o conhecimento sobre seus riscos, benefícios e efeitos adversos está sendo acumulado, mas ainda está longe de ser conclusivo. Os arranjos contratuais não se constituem em um fim em si mesmos, e nem são a solução para todos os problemas dos sistemas de saúde (Siddiqi et al., 2006), como também não é solução qualquer outra iniciativa implementada de forma isolada, como a capacitação gerencial ou a maior autonomia gerencial.

A melhoria sustentável do desempenho do sistema e dos serviços de saúde requer enfrentar vários desafios simultaneamente. Importa aprimorar o uso dos arranjos contratuais, propiciando inúmeros benefícios, destacando o foco nos objetivos e no desempenho organizacional e o incremento da prestação de contas, dentre outras condições que contribuem para a melhoria dos serviços prestados. Mas tanto os

problemas enfrentados pelos sistemas e serviços de saúde, quanto suas soluções exigem abordagens sistêmicas, articulando várias frentes e diferentes agentes.

São necessárias outras medidas no âmbito de macro-políticas, que impliquem em acertos entre o Executivo, Legislativo e Judiciário visando a ajustar o montante de recursos destinados ao financiamento do sistema de saúde brasileiro, como também aprimorar e flexibilizar a administração pública, de forma a, ao menos, minimizar os atuais entraves hoje enfrentados pelos dirigentes públicos.

No âmbito mais específico da saúde, introduzir medidas que assegurem a maior resolutividade da atenção básica, a maior racionalização e coordenação da rede, melhorando o acesso da população, o desenvolvimento organizacional contínuo, a valorização e adequada gestão de recursos humanos, todas condições necessárias e que agregam valor para desempenhos superiores do sistema. O arranjo contratual pode ser uma ferramenta acessória a viabilizar inúmeras diretrizes da política e do sistema de saúde.

10. Referências Bibliográficas:

Abrantes A. Contracting Public Health Care Services in Latin America, The World Bank Draft, 1999.

Abranson WB. Monitoring and evaluation of contracts for health service delivery in Costa Rica, Health Policy and Planning 2001; 16(4):404-411.

André MA. Contratos de Gestão: Subsídios para a Reforma do Estado, vol 4, IPEA/ IBAM/ ENAP, RJ, IBAM, 1994.

Abrucio FL. Trajetória recente da Administração Pública Brasileira. RAP Edição Especial Comemorativa, FGV, RJ, p 67-86, 1967-2007.

Abrucio FL. Contratualização e Organizações Sociais: Reflexões Teóricas e Lições da Experiência Internacional. Debates GV Saúde. Centro de Estudos em Planejamento e Gestão de Saúde da EAESP/FGV, SP, vol 1, 1^o semestre de 2006.

Araújo M & Sanchez OA. A Corrupção e os Controles Internos do Estado, Lua Nova, São Paulo, 65:137-173, 2005.

Ashton T, Cumming J & McLean J. Contracting for health services in a public health systems: the New Zealand experience, Health Policy 69 (2004): 21-31.

Bacharach SB & Lawler EJ. Power and Politics in Organizations. Jossey-Bass Inc., Publishers, San Francisco, 1980.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar. Reforma do Sistema da Atenção Hospitalar Brasileira, Cadernos de Atenção Especializada, n^o 3, Brasília, Ministério da Saúde; 2004a.

Brasil. Ministério da Saúde e Ministério da Educação. Portaria Interministerial n^o 1000/MEC/MS, de 25/04/2004b.

Brasil. Ministério da Saúde e Ministério da Educação. Portaria Interministerial n^o 1006/MEC/MS, de 27/05/2004c.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n^o 1702/GM, de 17/08/2004d

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1703/GM de 17/08/2004e.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2532/GM de 26/10/2004f.

Brasil. Ministério da Saúde e Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 2400/MEC/MS, de 02/10/2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria SNES/MS nº 15, de 08/01/1991.

Bresser Pereira LC. Gestão do Setor Público: estratégia e estrutura para um novo Estado in Bresser Pereira LC & Spink PK (orgs). Reforma do Estado e Administração Pública Gerencial – Rio de Janeiro: ed FGV, 1998.

Carey K & Dor A. Trends in Contract Management: The Hidden Evolution in Hospital Organization , Health Affairs, vol 23, Issue 6, 192-199, 2004

Castelar R, Mordelet P & Grabois V. Gestão Hospitalar - Um Desafio para o Hospital Brasileiro, Éditions École Nationale de la Santé Publique, Rennes, France, 1995

Cecílio LC. Autonomia versus controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital, Revista Ciência & Saúde Coletiva 4 (2); 315-329, 1999

Cyert R & March J. A Behavioral Theory of the Firm. Englewood Cliffs, N J, Prentice-Hall, 1963.

Daft R. Organizational Theory and Design, Saint Paul, 4a ed., West Publishing Company, 1992.

Docteur E & Oxley H. Health-Care Systems: Lessons from the Reform Experience, OECD, 2003.

England R. La contratación y la Gestión del Rendimiento en el Sector Salud. Conceptos , indicaciones y ejemplos para su puesta en práctica. Departamento para el Desarrollo Internacional (DFID) Centro de Recursos en Sistemas de Salud (HSRC), Londres, 2002.

Evans D. Use of Contracting in Public Health. Bulletin of the World Health Organization, Editorials, WHO, 84 (11) november 2006.

Ferreira JR WC. Gerenciamento de hospitais estaduais paulistas por meio das organizações sociais de saúde. RAP, FGV/RJ, 37(2) mar abr 2003.

Ferlie E, Asburner L, Fitzgerald L & Pettigrew A. A nova administração pública, Ed UNB: ENAP, 1999.

Ferris JM & Graddy EAG. A Contractual Framework For New Management Theory, International Public Management Journal . 1 (2);225-240, 1998

Figueras J, Robinson RJ & Jakubowski E (eds). Purchasing to improve health systems performance. European Observatory on Health Systems and Policies Series, Open University Press, England, 2005

Forgia GM & Couttolenc BF. Desempenho Hospitalar no Brasil. Em Busca da Excelência. The World Bank, Instituto Brasileiro para Estudo e desenvolvimento do Setor de Saúde/IBEDESS, Editora Singular, São Paulo, 2009.

Teixeira SMF & Ouverney AM. Gestão de Redes. A Estratégia de Regionalização da Política de Saúde. Rio de Janeiro. Editora FGV, 2007.

GETOS C. CHSRF/CIHR on Governance and Transformation of Health Care Organizations; Université de Montreal; documento acessado em 15/01/2007 em: www.medsp.umontreal.ca/getos/infol.asp

Hickson DJ, Hinings CR, Lee CA, Schneck RE & Pennings JM. A Strategic Contingencies Theory of Interorganizational Power, Administrative Science Quarterly, 16, jun 1971, 216-29.

Ibanez N, Bittar OJNV, Sá ENC, Yamamoto EK, Almeida MF & Castro CGJ. Organizações sociais de saúde: o modelo do Estado de São Paulo, Ciência Saúde Coletiva v.6 n.2 Rio de Janeiro 2001

Joslyn E. Contracting in the National Health Service (NHS): recongnizing the need for co-operation, Journal of Nursing Management, 1997. 5, 151-156.

Junior NC & Elias PE. Controle Público e Equidade no acesso a hospitais sob gestão pública não estatal. Revista de Saúde Pública, v.40, n.5, São Paulo, out.2006.

Kadai A, Sall FL, Andriantsara G & Perrot J. The Benefits of setting the ground rules and regulating, contracting practices in Bulletin of World Health organization, nov 2006, 84 (11).

Kettl D. A Revolução Global: Reforma da Administração do Setor Público in Bresser Pereira LC & Spink P . Reforma do Estado e Administração Pública Gerencial, FGV, 1ª ed., RJ, 1998.

Lawrence PR & Lorsch JW. As Empresas e o Ambiente - Diferenciação e Integração Administrativas, tradução de Francisco M. Guimarães, Ed. Vozes, RJ, 1973

Lima SML, Portela MC, Koster I, Escosteguy CC, Ferreira VMB, Brito C, Vasconcellos MTL. Utilização de diretrizes clínicas e resultados na atenção básica à hipertensão arterial, Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25():105-115, 2009.

Lima SML, Barbosa PR, Portela MC, Ugá MAD, Vasconcellos, MM, Gershman. Caracterização gerencial dos hospitais filantrópicos no Brasil . CAdenos de Saúde Pública , Rio de Janeiro, 20 (5), set-out 2004.

Lima SML. Definição e implementação de objetivos nas organizações públicas de saúde. FGV/RJ, RAP, 28(4), 1994.

Lima SML. O contrato de gestão e a conformação de modelos gerenciais para as organizações hospitalares públicas. FGV/RJ, RAP, 30(5) set out, 1996

Loevinsohn B. Performance –Based Contracting for health Service in Developing Countries. A Toolkit. Helath, Nutrition, and Population Series. The World Bank, Washington D.C, 2008.

Loevinsohn B & Harding A. Buying results? Contracting for Health Service Delivery in Developing Countries, Lancet 2005; 366: 676-81.

Loevinsohn B & Harding A. Contracting for the Delivery of Community Health Services: A Review of Global Experience, HNP Discussion Paper, The World Bank, 2004.

Matus C. Teoria do Jogo Social. Tradução de Luis Felipe Rodriguez del Riego, ed. FUNDAP, SP, 2005.

Matus C. Adeus, Senhor Presidente – Governantes Governados. Tradução de Luis Felipe Rodriguez del Riego, ed. FUNDAP, SP, 1997.

Mathonnat J. Contracting is not end in it self. Bulletin of WHO , Special Theme- Contracting and Health Services , 84(11), november 2006

Maynard A. Can Competition Enhance Efficiency in Health Care? Lessons from the Reform of the U.K. National Health Service, Soc. Sci. Med. Vol 39 , No. 10, pp 1433-1445, 1994.

McKee M & Healy J. Investing in Hospitals in McKee M, Healy J (eds). Hospitals in a Changing Europe, Open University Press, Buckingham, Philadelphia, 2002.

McPake B & Kumaranayake L & Normand C. Health Economics – An Internacional Perspective, Routledge, London and New York, 2002.

McPake B & Mills A. What can we learn from international comparisons of health systems and health system reform, Bulletin of the World Health Organization, 2000

Melo MA. Governace e reforma do Estado: o paradigma agente X principal, Revista do Serviço Público, ano 47, volume 120, número 1, 1996.

Mendes EV. Os Grandes Dilemas do SUS, Salvador, BA: Casa da Qualidade Editora, 2001.

Mendes EV. Os Sistemas de Serviços de Saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

Mills A & Broomberg J. Experiences of Contracting: an overview of the literature. Technical Paper, Macroeconomics, Health and Development Series, number 33, WHO, 1998.

Mills A. To contract or not contract? Issues for low and middle income countries, Health Policy and Planning, vol 13, 32-40, 1998.

Mills A, Hongoro C & Broomberg J. Improving the efficiency of district hospitals: contracting an option? *Tropical Medicine and International Health*, vol 2 n° 1 pp 116-126, 1997.

Mintzberg H. *Ascensão e Queda do Planejamento Estratégico*. Tradução Maria Adelaide Carpijani, Ed Bookman, Porto Alegre, 2004.

Mintzberg H & Quinn B. *O Processo de Estratégia*. Tradução James Sunderland Cook, Ed Bookman, 3ª Ed, Porto Alegre, 2001.

Mintzberg H. *Criando Organizações Eficazes*, tradução Cyro Bernardes, editora Atlas, SP, 1995.

Organization for Economic Co-operation and Development (OECD). *Ministerial Symposium on the Future of Public Services*, Paris, march, 1996.

Oxley H & MacFarlan M. *Health Care Reforms: Controlling Spending And Increasing Efficiency*, OECD Studies Economics, n. 24, 1995.

Pereira C. Em Busca de um Novo Perfil Institucional de Estado: uma Revisão Crítica da Literatura Recente, *Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, n° 44, 2º semestre de 1997.

Perrot J. Contracting and Health Services. Different approaches to contracting in health systems, *Bulletin of World Health Organization*, 84(11), november 2006.

Perrot J. Éléments théorique et conceptuels de contractualisation in Perrot J et Roodenbeke E (éds) *La Contractualisation dans les Systèmes de Santé. Pour une utilisation efficace et appropriée*, Éditions KARTHALA, Paris, França, 2005a.

Perrot J. Éléments pour la conduite d'une relation contractuelle in Perrot J et Roodenbeke E (éds) *La Contractualisation dans les Systèmes de Santé. Pour une utilisation efficace et appropriée*, Éditions KARTHALA, Paris, França, 2005b.

Perrot J et Roodenbeke E. Introduction générale in Perrot J et Roodenbeke E (éds) *La Contractualisation dans les Systèmes de Santé. Pour une utilisation efficace et appropriée*, Éditions KARTHALA, Paris, França, 2005.

Perrot J, Carrin G & Evans DB. Application of Contracting in Health Systems: Key Messages, Technical Briefs for Policy-Makers, number 4, Department of Health Systems Financing Health Financing Policy, WHO, Geneva, 2005

Perrot J. The Role of Contracting in Improving Health Systems Performance, World Health Organization(WHO), Discussion Paper, number 1, 2004.

Pestana M & Mendes EV. Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa, Secretaria de Estado e Saúde, Belo Horizonte, 2004.

Przeworski A. Sobre o desenho do Estado: uma perspectiva *agent x principal* in Bresser Pereira LC e Spink PK (orgs). Reforma do Estado e administração pública gerencial. Editora FGV, RJ, 1998.

Reis AAC, Cecílio LCO. A Política de reestruturação dos hospitais de ensino: notas preliminares sobre os seus impactos na micropolítica da organização hospitalar, Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v.33, n. 81, jan/abr.2009.

Rivera FJU. Agir Comunicativo e Planejamento Social – Uma critica ao enfoque estratégico, Editora FIOCRUZ, RJ, 1995.

Rivera FJU. A gestão situacional (em saúde) e a organização comunicante. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 12(3):357-372, jul-set,1996.

Robinson R, Jakubowski E & Figueras J. Introduction, chapter one, in Figueras J & Robinson R & Jakubowski (eds). Purchasing to improve health systems performance. European Observatory on Health Systems and Policies Series, Open University Press, England, 2005.

Roger PM, Farhad R, Leroux S, Rancurel S, Licari M, Bellissimo R, Cua E. Gestion de services, tarification à l'activité, recherche clinique et évaluation des pratiques professionnelles: um même outil informatique. Médecine et maladies infectieuses. Volume 38, numéro 9, pages 457-464, september 2008.

Roodenbeke E et Perrot J. Les Hôpitaux et la contractualisation in Perrot J et Roodenbeke E (éds) La Contractualisation dans les Systèmes de Santé. Pour une utilisation efficace et appropriée, Éditions KARTHALA, Paris, França, 2005.

Sano H & Abrucio FL. Promessas e Resultados da Nova Gestão Pública no Brasil: o caso das Organizações Sociais de Saúde em São Paulo. ERA, FGV SP, vol 48, nº 3 jul/set 2008.

Savas BS. MACH.A Methodology for Analysing Contracting in Health Care. World Health Organization/WHO, 2000.

Scott R. Organizations: Rational, Natural and Open Systems, Englewood Cliffs Prentice Hall, N J , 1981.

Serdar S & Sheiman I & Tragakes E & Maarse H. Contracting Models and Provider Competition in Saltman RB, Figueras J, Sakellarides C (eds), Critical Challenges for Health Care Reform in Europe, Open University Press, Buckingham, Philadelphia, 1998.

Shortell SM & Kaluzny AD and Associates. Health Care Management – Organization Design and Behavior. Fifth Edition. Thompson Delmar Learning, USA, 2006.

Siddiqi S & Masud TI & Sabri B. Contracting but not without caution: experience with outsourcing of health services in countries of the Eastern Mediterranean Region. Bulletin of WHO , Special Theme- Contracting and Health Services , 84(11), november 2006.

Simon H. Comportamento Administrativo – Estudo dos processos decisórios nas organizações administrativas, tradução Aluizio Loureiro Pinto, 3ª edição, Ed FGV, RJ , 1979.

Soeters R, Habineza & Peerenboom PB. Performance-based financing and changing the district health system: experience from Rwanda. Bulletin the World Health Organization, November 2006, 84(11).

Soeters R & Griffiths F. Improving government health services through contract management: a case from Camboja, Health Policy and Planning: 18(1):74-83, 2003.

Thompson JD. Organizations in Action, New York, McGraw-Hill, 1967.

Tizio S. L'approche contractuelle. D'une perspective interindividuelle à une perspective systémique in Perrot J et Roodenbeke (éds). La Contractualisation dans les Systèmes de Santé. Pour une utilisation efficace et appropriée, Éditions KARTHALA , Paris, França, 2005

Trosa S. Gestão Pública por Resultados - Quando o Estado se Compromete; tradução: Maria Luíza Carvalho, Rio de Janeiro, Revan, Brasília DF: ENAP, 2001.

Vézina M, Denis JL & Turgen J. Contracting: an appropriate strategic management tool at the local level? Infolleter- The Evolution of Health-Systems Management and Evaluation Practices; Thema, Vol 3, Number 2, October 2006.

Viacava F, Almeida C, Caetano R, Fausto M, Macinko J, Martins M, Noronha JC, Novaes HMD, Oliveira ES, Porto SM, Silva LMV, Szwarcwald CL. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro, *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 9 n° 3, RJ, 2004.

Waters HR, Morlock LL & Hatt L. Quality- based purchasing in health care, *Int J Health Plann Mgmt* 2004;19: 365-381.

Williamson, O. The new institutional economics: taking stock, looking ahead, *Journal of Economic Literature*.vol XXXVIII (September 2000), pp.595-613

World Bank. Governance in Brazil's Unificied Health Systems(SUS). Raising the Quality of Public Spending and Resource Management. , report n° 36601-BR, fev 2007.

World Bank. Enhancing Performance in Brazil's Health Sector. Lessons from Innovations in the Sate of Sao Paulo and the city of Curitiba. report n° 35691-BR, oct 2006.

World Health Organization (WHO), Consultation on Strategic Contracting in Health Systems. Synthesis of the meeting. Geneva, 9-11 January 2008.

World Health Organization (WHO), Bulletin of the World Health Organization The International Journal of Public Health, Special theme:contracting and health services, nov 2006, vol 84, número 11.

World Health Organization (WHO), Department of Health Systems Financing, Health Financing Policy. Application of Contracting in Health Systems: Key Messages, Technical Briefs for Policy-Makers, N.4 , 2005.

World Health Organization (WHO). Contracting for Health Services - Lessons from New Zealand, 2004

Yin RK. Estudo de Caso: Planejamento e Métodos. 2ª ed. Porto Alegre: Brookman, 2001.

Anexos

Anexo 1

Questionário do Hospital de Ensino

Possibilidades e limites da contratualização para o aprimoramento da gestão e da assistência em hospitais: o caso dos Hospitais de Ensino no Sistema Único de Saúde brasileiro

Entrevistador	
Entrevistado	
Cargo/Função do entrevistado	Data da entrevista
Há quanto tempo ocupa este cargo?	

I. IDENTIFICAÇÃO DO HOSPITAL				
1 – Nome do hospital				
2 – CNPJ				
3 - CNES				
4. Natureza				
5 – Endereço				
6 – Município			7 – UF	8 – CEP
9 – DDD	10 – Telefone 1	11 – Telefone 2	12 – Telefone 3	13 – Fax
14 – E-mail				

II. CARACTERIZAÇÃO DO PORTE, PERFIL E COMPLEXIDADE E DA ATENÇÃO

1. Número de leitos no período de 2004 a 2007

Especialidade/Serviço	2004	2005	2006	2007
Clínicas Cirúrgicas				
Ginecologia/Obstetrícia				
Clínicas Médicas				
Pediatria				
Neonatologia				
Oncologia				

Cuidado intensivo				
TOTAL				

- 1.1. Caso tenha havido alteração no número de leitos esta foi**
por iniciativa da direção independente da certificação e contrato de gestão ()
por iniciativa da direção em função do contrato de gestão ()
por iniciativa da direção em função da certificação ()

2. Produção assistencial no período de 2004 a 2007

Atividade	2004	2005	2006	2007
Saídas em leitos não intensivos				
Saídas em leitos intensivos				
Total de Consultas ambulatoriais Médicas Demais profissionais				
Atendimentos/pacientes no Hospital dia				
Atendimentos domiciliares				
Cirurgias				
Cirurgias ambulatoriais				
Total de exames de imagem Ultrassonografia Tomografia Ressonância				
Exs laboratoriais				
Hemodiálise				
Radioterapia				
Quimioterapia				
Hemoterapia				
Outras (especificar)				

- 2.1. Caso tenha havido alteração na produção esta foi**
por iniciativa da direção independente da certificação e contrato de gestão ()
por iniciativa da direção em função do contrato de gestão ()
por iniciativa da direção em função da certificação ()

- 2.2. As atividades de hospital- dia foram implantadas**
por iniciativa da direção independente da certificação e contrato de gestão ()
por iniciativa da direção em função do contrato de gestão ()
por iniciativa da direção em função da certificação ()

2.3. As atividades de atendimento domiciliar foram implantadas
 por iniciativa da direção independente da certificação e contrato de gestão ()
 por iniciativa da direção em função do contrato de gestão ()
 por iniciativa da direção em função da certificação ()

2.4. As atividades de cirurgias ambulatoriais foram implantadas
 por iniciativa da direção independente da certificação e contrato de gestão ()
 por iniciativa da direção em função do contrato de gestão ()
 por iniciativa da direção em função da certificação ()

3. Indicadores hospitalares das unidades de internação no período de 2004 – 2007

Indicadores	2004	2005	2006	2007
TMP				
Tx de ocupação				
Tx de mortalidade				
Tx de infecção				

3.1. Caso tenha havido alteração nos indicadores esta foi
 devida a iniciativa da direção independente da certificação e contrato de gestão ()
 devida a iniciativa da direção em função do contrato de gestão ()
 devida a iniciativa da direção em função da certificação ()

4. Indicadores hospitalares das unidades de cuidados intensivos no período de 2004 - 2007

Indicadores	2004	2005	2006	2007
TMP				
Tx de ocupação				
Tx de mortalidade				
Tx de infecção				

4.1. Caso tenha havido alteração nos indicadores esta foi
 devida a iniciativa da direção independente da certificação e contrato de gestão ()
 devida a iniciativa da direção em função do contrato de gestão ()
 devida a iniciativa da direção em função da certificação ()

5. Número de atendimentos realizados na urgência e emergência no período de 2004-2007

Atendimentos	2004	2005	2006	2007
Urgência /pronto atendimento				
Emergência				
Total				

Caso tenha havido alteração na produção esta foi
 por iniciativa da direção independente da certificação e contrato de gestão ()
 por iniciativa da direção em função do contrato de gestão ()

por iniciativa da direção em função da certificação ()

5.1. A urgência/emergência é caracterizada como de “porta aberta” ?

Sim () Não ()

No caso de SIM:

5.2. Esta porta aberta foi instituída:

por iniciativa da direção independente da certificação e contrato de gestão ()

por iniciativa da direção em função do contrato de gestão ()

por iniciativa da direção em função da certificação ()

6. O Laboratório de Patologia Clínica (Análises Clínicas) funciona 24 horas por dia e durante os 7 dias da semana (ao menos mantendo plantões para exames específicos de urgência/emergência)

Sim () Não ()

No caso de SIM:

6.1. Este funcionamento 24 h foi instituído :

por iniciativa da direção independente da certificação e contrato de gestão ()

por iniciativa da direção em função do contrato de gestão ()

por iniciativa da direção em função da certificação ()

6.2. Possui licença concedida pela Vigilância Sanitária?

() Sim () Não ()

6.3. Integra algum Programa Interlaboratorial (Associação Brasileira de Análise Clínica, Sociedade Brasileira de Patologia Clínica, Instituto Nacional de Metrologia, ISSO)

Sim () Não ()

7. O Serviço de Radiologia ou Imagem funciona 24 horas por dia durante 7 dias da semana?

Sim () Não ()

No caso de SIM:

7.1. Este funcionamento 24 h foi instituído :

por iniciativa da direção independente da certificação e contrato de gestão ()

por iniciativa da direção em função do contrato de gestão ()

por iniciativa da direção em função da certificação ()

7.2. Possui licença na Vigilância Sanitária?

Sim () Não ()

8. O Serviço de Farmácia funciona

24hs/dia durante 7dias ()

entre 8hs/dia até 23hs/dia ()

menos de 8hs/dia ()

8.1. Este horário de funcionamento foi instituído

por iniciativa da direção independente da certificação e contrato de gestão ()

por iniciativa da direção em função do contrato de gestão ()

por iniciativa da direção em função da certificação ()

8.2. A presença de farmacêutico na farmácia é de:

24hs/7dias ()

entre 8hs/dia até 23hs/dia ()

menos de 8hs/dia ()

8.3. Esta presença foi instituída

por iniciativa da direção independente da certificação e contrato de gestão ()

por iniciativa da direção em função do contrato de gestão ()

por iniciativa da direção em função da certificação ()

8.4 Possui comissão de farmácia e terapêutica (antiga comissão de padronização de medicamentos)?

Sim () Não ()

No caso de SIM:

8.5 . Esta comissão foi instituída por

por iniciativa da direção independente da certificação e contrato de gestão ()

por iniciativa da direção em função do contrato de gestão ()

por iniciativa da direção em função da certificação ()

8.6. Possui medicamentos padronizados?

Sim () Não ()

No caso de SIM:

Número de medicamentos padronizados _____

Número total de medicamentos _____

8.7. A dispensação de medicamentos é realizada através do(s) seguinte(s) método(s):

Dose unitária por paciente (as doses são organizadas pela Farmácia por paciente e por horário de administração) ()

Dose individualizada por paciente-dia (as doses são organizadas pela Farmácia por paciente para o dia – 24 horas, sem separação das doses por horário de administração) ()

Sistema coletivo (a medicação é dispensada pela Farmácia na forma original de apresentação por paciente ou conjunto de pacientes não importando a organização das doses que fica inteiramente sob responsabilidade da enfermagem) ()

8.8. A utilização da dispensação por dose unitária ou individualizada foi instituída

por iniciativa da direção independente da certificação e contrato de gestão ()

por iniciativa da direção em função do contrato de gestão ()

por iniciativa da direção em função da certificação ()

9. A Forma de organização dos prontuários de pacientes:

prontuário único para os pacientes - externos e internos ()

prontuários separados para pacientes externos e internos()

prontuários somente para pacientes internos()

prontuários somente para paciente externos ()

Cada serviço tem seu próprio prontuário ()

Somente alguns serviços possuem prontuários ()

Não possui prontuário de pacientes()

9.1. No caso de ter prontuário único, este foi instituído:

por iniciativa da direção independente da certificação e contrato de gestão ()

por iniciativa da direção em função do contrato de gestão ()

por iniciativa da direção em função da certificação ()

10. O Hospital possui serviço de nutrição com nutricionista do quadro?

Sim () Não ()

11. Indicadores monitorados regularmente:

Taxa de mortalidade pós-48 horas de internação ()

Taxa de complicações/intercorrências nas internações ()

Taxa de eventos adversos decorrentes do uso de medicamentos, equipamentos, instrumentos e correlatos ()

Taxa de readmissões hospitalares em até menos de 30 dias ()

Taxa de cesareana ()

Taxa de suspensão de cirurgias ()

Taxa de escaras em pacientes crônicos ()

Taxa de quedas (maca, cama, mesa) ()

Taxa de ocupação de salas cirúrgicas/parto ()

Rendimento de consultas por médico no ambulatório ()

Tempo de médio de marcação de consultas – entre marcação e o atendimento ()

Taxa de exames por consulta ambulatorial ()

Tempo de marcação/realização de exames para consultas ambulatoriais ()

Tempo de marcação/realização de exames na internação ()

Taxa de repetição de exames ()

Taxa de perdas (inutilização) de filmes ()

Taxa de repetição de coleta sanguínea para exame ()

Taxa de reclamação em relação a alimentação ()

Tempo médio entre solicitação de exames e entrega de resultados ()

Tempo médio de limpeza de sala cirúrgica ()

Tempo médio para liberação do leito pós-alta ()

Medicamentos sentinelas que estouram estoque mínimo ()

11.1 Caso monitore regularmente algum desses indicadores este monitoramento foi instituído

por iniciativa da direção independente da certificação e contrato de gestão ()

por iniciativa da direção em função do contrato de gestão ()

por iniciativa da direção em função da certificação ()

11.2. Realiza comparações entre os seus indicadores assistenciais apurados e os parâmetros preconizados pela literatura ou resultados de hospitais de excelência?

Sim () Não ()

12. Possui Comissão de infecção hospitalar atuante?

Sim() Não()

12.1. No caso de SIM, a Comissão:

Realiza busca ativa regular em todo o hospital ()

Não realiza busca ativa de casos ()

12.2. A comissão foi instituída:

por iniciativa da direção independente da certificação e contrato de gestão ()

por iniciativa da direção em função do contrato de gestão ()

por iniciativa da direção em função da certificação ()

13 .Registrar os indicadores regularmente utilizados para o CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

() **Taxa de infecção hospitalar** – (número de episódios de Infecção Hospitalar / total de saídas ou entradas ou total de pacientes-dia) X 100%

Caso SIM , dispõe da série histórica deste indicador para os últimos 6 (seis) meses

Sim () Não ()

() **Percentual das infecções hospitalares por localização topográfica no paciente** - (nº de episódios de Infecção Hospitalar em cada topografia/ no total de episódios de Infecção Hospitalar) X 100%

Caso SIM, dispõe da série histórica deste indicador para os últimos 6 (seis) meses

Sim () Não ()

() **Taxa de infecção hospitalar por procedimento** - (número de pacientes submetidos a um certo procedimento de risco que desenvolveram Infecção Hospitalar / total de pacientes submetidos a este procedimento ou total de procedimentos-dia) X 100%

Caso SIM, dispõe da série histórica deste indicador para os últimos 6 (seis) meses

Sim () Não ()

14. Implantou ações sob a orientação técnica da comissão de infecção hospitalar – no último ano?

() padronização de produtos saneantes

() treinamento de pessoal de limpeza

() treinamento de pessoal de enfermagem

() padronização de antibióticos para profilaxia

() outras iniciativas

15. Registre a presença de outras comissões atuantes voltadas para o monitoramento da qualidade da assistência:

() **Comissão de documentação médica e estatística**

Esta comissão foi instituída:

por iniciativa da direção independente da certificação e contrato de gestão ()

por iniciativa da direção em função do contrato de gestão ()

por iniciativa da direção em função da certificação ()

() **Comissão de avaliação/revisão de prontuário**

Esta comissão foi instituída:

por iniciativa da direção independente da certificação e contrato de gestão ()

por iniciativa da direção em função do contrato de gestão ()

por iniciativa da direção em função da certificação ()

() **Comissão de revisão de óbitos**

Esta comissão foi instituída :

por iniciativa da direção independente da certificação e contrato de gestão ()

por iniciativa da direção em função do contrato de gestão ()

por iniciativa da direção em função da certificação ()

() Comissão de ética médica

Esta comissão foi instituída :

por iniciativa da direção independente da certificação e contrato de gestão ()

por iniciativa da direção em função do contrato de gestão ()

por iniciativa da direção em função da certificação ()

() Comissão de ética em pesquisa

Esta comissão foi instituída :

por iniciativa da direção independente da certificação e contrato de gestão ()

por iniciativa da direção em função do contrato de gestão ()

por iniciativa da direção em função da certificação ()

() Comissão de mortalidade materna () Não se aplica

Esta comissão foi instituída :

por iniciativa da direção independente da certificação e contrato de gestão ()

por iniciativa da direção em função do contrato de gestão ()

por iniciativa da direção em função da certificação ()

() Comissão de mortalidade neonatal () Não se aplica

Esta comissão foi instituída :

por iniciativa da direção independente da certificação e contrato de gestão ()

por iniciativa da direção em função do contrato de gestão ()

por iniciativa da direção em função da certificação ()

() Comissão de transplantes e captação de órgãos

Esta comissão foi instituída :

por iniciativa da direção independente da certificação e contrato de gestão ()

por iniciativa da direção em função do contrato de gestão ()

por iniciativa da direção em função da certificação ()

() Comitê transfusional

Este comitê foi instituído :

por iniciativa da direção independente da certificação e contrato de gestão ()

por iniciativa da direção em função do contrato de gestão ()

por iniciativa da direção em função da certificação ()

() Equipe multiprofissional de terapia nutricional

Esta equipe foi instituída:

por iniciativa da direção independente da certificação e contrato de gestão ()

por iniciativa da direção em função do contrato de gestão ()

por iniciativa da direção em função da certificação ()

16. Realiza sessões de discussão clínica – análise de casos médicos regularmente?

Sim() Não()

16.1. Caso SIM, registrar a periodicidade

Ao menos uma sessão clínica a cada 15 dias ()

Ao menos uma sessão clínica a cada 2 meses ()

16.2. A realização de sessões clínicas foi instituída :

por iniciativa da direção independente da certificação e contrato de gestão ()

por iniciativa da direção em função do contrato de gestão ()

por iniciativa da direção em função da certificação ()

17. Utiliza diretrizes clínicas (protocolos médicos) ?

Sim () Não()

Caso SIM

17.1. A utilização de protocolos foi instituída :

por iniciativa da direção independente da certificação e contrato de gestão ()

por iniciativa da direção em função do contrato de gestão ()

por iniciativa da direção em função da certificação ()

17.2. Utiliza DC para que condições?

17.3. Faz acompanhamento de alguns grupos de patologia (gestão da patologia) como medida de regulação interna?

Sim () Não()

17.4. Faz acompanhamento de alguns de seus pacientes de forma diferenciada (gestão do caso) como medida de regulação interna?

Sim () Não()

17.5. Faz algum estudo sobre a variação da prática médica?

Sim () Não()

17.6. Utiliza sistema ou metodologia de classificação das internações por gravidade e utilização de recursos (case mix)?

Sim () Não()

17.7. Alguma destas ferramentas da gestão da clinica, exceto as DC, foi instituída:

por iniciativa da direção independente da certificação e contrato de gestão ()

por iniciativa da direção em função do contrato de gestão ()

por iniciativa da direção em função da certificação ()

18. Utiliza protocolos de enfermagem?

Sim () Não()

Caso SIM

18.1. A utilização de protocolos foi instituída :

por iniciativa da direção independente da certificação e contrato de gestão ()

por iniciativa da direção em função do contrato de gestão ()

por iniciativa da direção em função da certificação ()

19. Há visitas médicas diárias (inclusive sábados, domingos e feriados) para todos os pacientes internados, atualizando as prescrições e evoluções médicas?

Sim() Não()

19.1. Tais visitas foram instituídas :

por iniciativa da direção independente da certificação e contrato de gestão ()

por iniciativa da direção em função do contrato de gestão ()

por iniciativa da direção em função da certificação ()

20. Há visitas de enfermeiros ou auxiliares de enfermagem diárias (inclusive sábados, domingos e feriados) para todos os pacientes internados, atualizando as prescrições e evoluções de enfermagem?

Sim () Não ()

20.1. Tais visitas foram instituídas :

por iniciativa da direção independente da certificação e contrato de gestão ()

por iniciativa da direção em função do contrato de gestão ()

por iniciativa da direção em função da certificação ()

21. Realiza regularmente avaliação da satisfação dos usuários – ao menos 1 vez por ano (considerar os últimos 12 meses)?

Sim () Não ()

21.1. No caso de SIM:

paciente interno ()

paciente externo ()

21.2. Esta avaliação foi instituída

por iniciativa da direção independente da certificação e contrato de gestão ()

por iniciativa da direção em função do contrato de gestão ()

por iniciativa da direção em função da certificação ()

21.3. O hospital promoveu inovações nos seus serviços/produtos com base nas pesquisas de satisfação dos pacientes?

Sim () Não ()

22. Possui rotinas para agilizar a desospitalização quando há limitações de qualquer ordem do paciente e seus familiares (transporte, transferências, instalação de cuidados domiciliares, outros)

Sim () Não ()

23. As visitas dos familiares aos pacientes podem ser realizadas

Diariamente ()

Em dias pré-determinados – não diárias ()

23.1. No caso de visita diária esta foi instituída:

por iniciativa da direção independente da certificação e contrato de gestão ()

por iniciativa da direção em função do contrato de gestão ()

por iniciativa da direção em função da certificação ()

24. Possui horários estabelecidos para prestar informações sobre os pacientes a seus familiares, com equipe multiprofissional disponível (médico e enfermeira no mínimo)

Sim () Não ()

24.1. No caso de SIM esta prestação de informações foi instituída:

por iniciativa da direção independente da certificação e contrato de gestão ()

por iniciativa da direção em função do contrato de gestão ()

por iniciativa da direção em função da certificação ()

25. Possui Ouvidoria em funcionamento?

Sim () Não ()

25.1. No caso de SIM a ouvidoria foi instituída:

por iniciativa da direção independente da certificação e contrato de gestão ()

por iniciativa da direção em função do contrato de gestão ()

por iniciativa da direção em função da certificação ()

25.2. O hospital promoveu inovações nos seus serviços/produtos com base na ouvidoria?

Sim () Não ()

26. Possui Plano de Humanização formalmente implantado?

Sim () Não ()

26.1. No caso de SIM esta prestação de informações foi instituída:

por iniciativa da direção independente da certificação e contrato de gestão ()

por iniciativa da direção em função do contrato de gestão ()

por iniciativa da direção em função da certificação ()

27. O hospital possui sistema(s) de informações na área assistencial?

Sim () Não ()

27.1. No caso de SIM, assinale o tipo

() Prontuário eletrônico

() Cadastro da clientela

() Produção assistencial

() Registro de morbidade

() Outros registros clínico-epidemiológicos

() Classificação do *case-mix* ou gravidade

27.2. O hospital mantém atualizado o CNES (Cadastro nacional de estabelecimentos de saúde)

Sim () Não ()

No caso de SIM esta manutenção ocorre:

por iniciativa da direção independente da certificação e contrato de gestão ()

por iniciativa da direção em função do contrato de gestão ()

por iniciativa da direção em função da certificação ()

27.3. O hospital mantém atualizado o SIA (Sistema de informações ambulatoriais)

Sim () Não ()

No caso de SIM esta manutenção ocorre:

por iniciativa da direção independente da certificação e contrato de gestão ()

por iniciativa da direção em função do contrato de gestão ()

por iniciativa da direção em função da certificação ()

27.4. O hospital mantém atualizado o SIH (Sistema de informações hospitalares)

Sim () Não ()

No caso de SIM esta manutenção ocorre:

por iniciativa da direção independente da certificação e contrato de gestão ()

por iniciativa da direção em função do contrato de gestão ()

por iniciativa da direção em função da certificação ()

28. O hospital faz vigilância epidemiológica?

Sim () Não ()

No caso de SIM esta vigilância foi instituída:

por iniciativa da direção independente da certificação e contrato de gestão ()

por iniciativa da direção em função do contrato de gestão ()

por iniciativa da direção em função da certificação ()

29. O hospital desenvolve hemovigilância?

Sim () Não ()

No caso de SIM esta vigilância foi instituída:

por iniciativa da direção independente da certificação e contrato de gestão ()

por iniciativa da direção em função do contrato de gestão ()

por iniciativa da direção em função da certificação ()

30. O hospital faz farmacovigilância?

Sim () Não ()

No caso de SIM esta vigilância foi instituída:

por iniciativa da direção independente da certificação e contrato de gestão ()

por iniciativa da direção em função do contrato de gestão ()

por iniciativa da direção em função da certificação ()

31. O hospital faz tecnovigilância em saúde?

Sim () Não ()

No caso de SIM esta vigilância foi instituída:

por iniciativa da direção independente da certificação e contrato de gestão ()

por iniciativa da direção em função do contrato de gestão ()

por iniciativa da direção em função da certificação ()

32. O hospital faz vigilância em saúde do trabalhador?

Sim () Não ()

No caso de SIM esta vigilância foi instituída:

por iniciativa da direção independente da certificação e contrato de gestão ()

por iniciativa da direção em função do contrato de gestão ()

por iniciativa da direção em função da certificação ()

III. INSERÇÃO NO SUS

1 – Atende a clientela de operadoras de planos de saúde?

() Sim () Não

No caso de SIM

Histórico da produção para planos de saúde de 2004 a 2007

Produção	2004	2005	2006	2007
Saídas em leitos não intensivos				
Saidas em leitos intensivos				
Total de Consultas ambulatoriais Médicas Demais profissionais				
Exs laboratoriais				
Exs imagem (total) Ultrassonografia Tomografia Ressonância			L	
Hemodiálise				
Radioterapia				
Quimioterapia				
Hemoterapia				
Outras (especificar)				

1.1. Caso tenha havido alteração intencional na produção esta foi
por iniciativa da direção independente da certificação e contrato de gestão ()
por iniciativa da direção em função do contrato de gestão ()
por iniciativa da direção em função da certificação ()

2 – Realiza atividades de atenção básica?

() Sim () Não

No caso de SIM, especificar:

- () consulta médica nas áreas básicas
- () consulta de enfermagem nas áreas básicas
- () imunização
- () curativos
- () outra, Especificar _____

2.1. Histórico da produção das atividades básicas de 2004 a 2007

Atividade Básica	2004	2005	2006	2007
Consulta				

medica				
Consulta de enfermagem				
Imunização				
Curativo				
Outra				

2.2. Caso tenha havido alteração intencional na produção esta foi

por iniciativa da direção independente da certificação e contrato de gestão ()

por iniciativa da direção em função do contrato de gestão ()

por iniciativa da direção em função da certificação ()

2.3. O hospital realiza junto a seus pacientes ou junto à comunidade em que se insere, campanhas de promoção/prevenção/educação?

() Sim () Não

Caso SIM, assinale em que área

() Tabagismo

() Diabetes

() Hipertensão

() Obesidade

() Doenças sexualmente transmissíveis

() Alcoolismo

() Uso de drogas

() Câncer de mama

() Câncer de colo uterino

() Câncer de próstata

() Geriatria

() Reconhecimento precoce do Infarto Agudo do Miocárdio

() Reconhecimento precoce dos Acidentes Vasculares Encefálicos

() Primeiros Cuidados na Parada Cardíaca

() Primeiros Cuidados nos Acidentes com Agentes do Meio Ambiente

() Outras

2.4. Estas campanhas são desenvolvidas:

por iniciativa da direção independente da certificação e contrato de gestão ()

por iniciativa da direção em função do contrato de gestão ()

por iniciativa da direção em função da certificação ()

3 – Disponibiliza atualmente para a SMS alguma atividade através de mecanismo formal (central de regulação etc):

() Sim () Não

Caso SIM, especificar:

Leitos na internação

não () sim () percentual _____

Leitos de cuidados intensivos

não () sim () percentual _____

Consultas médicas especializadas

não () sim () percentual _____

Exames laboratoriais

não () sim () percentual _____
Exames de imagem
não () sim () percentual _____

4. Esta disponibilização formal de atividades já ocorria anteriormente ao processo de contratualização?

() Sim () Não

Se SIM,

4.1. Histórico da disponibilização para o SUS por atividade de 2004 a 2007

Atividades (número)	2004	2005	2006	2007
Leitos internação				
Leitos intensivos				
Consultas médicas especializadas				
Exames laboratoriais				
Exames imagem (total) Ultrassonografia Tomografia Ressonância				
Hemodiálise				
Radioterapia				
Quimioterapia				
Hemoterapia				
Outras (especificar)				

4.2. Caso tenha havido alteração intencional na disponibilização esta foi

por iniciativa da direção independente da certificação e contrato de gestão ()

por iniciativa da direção em função do contrato de gestão ()

por iniciativa da direção em função da certificação ()

5. Houve alteração de perfil assistencial – tipo de serviço e ou complexidade do serviço – entre o período de 2004 e 2007

() Sim () Não

5.1. Qual (is) ?

5.2. Caso tenha havido alteração de perfil esta foi

por iniciativa da direção independente da certificação e contrato de gestão ()

por iniciativa da direção em função do contrato de gestão ()
por iniciativa da direção em função da certificação ()

Solicitar do período 2004 a 2007:

Contratos, POAs, aditivos, relatórios de avaliação, relatórios de produção

IV. CARACTERIZAÇÃO DA GESTÃO

1. Caracterização do Diretor Geral

Formação _____

Pós-graduação em gestão _____

Número de horas dedicadas à função gerencial _____

2. O Hospital possui Conselho externo?

Sim () Não ()

Caso SIM:

2.1. O Conselho externo foi instituído

por iniciativa da direção independente da certificação e contrato de gestão ()

por iniciativa da direção em função do contrato de gestão ()

por iniciativa da direção em função da certificação ()

3. O Hospital possui Conselho Diretor (interno)?

Sim () Não ()

Caso SIM:

3.1. O Conselho Diretor foi instituído

por iniciativa da direção independente da certificação e contrato de gestão ()

por iniciativa da direção em função do contrato de gestão ()

por iniciativa da direção em função da certificação ()

4. Há outros órgãos colegiados no hospital, como por exemplo colegiados nos serviços?

Sim () Não ()

Caso sim

Estes órgãos colegiados foram instituídos :

por iniciativa da **direção** independente da certificação e contrato de gestão ()

por iniciativa da direção em função do contrato de gestão ()

por iniciativa da direção em função da certificação ()

5. O hospital fazia planejamento de atividades anteriormente ao estabelecimento do contrato com a Secretaria

Sim () Não ()

No caso de SIM:

5.1. Com que periodicidade:

() a cada ano

() outra periodicidade; especificar _____

5.2. Com documento elaborado?

Sim () Não ()

5. O hospital elaborava orçamento anteriormente ao estabelecimento do contrato com a Secretaria

Sim () Não ()

6. 5.1. Orçamento segundo fonte no período 2004 - 2007: (R\$1,00)

Fonte	2004	2005	2006	2007
SUS – média complexidade/ contrato de gestão				
SUS – alta complexidade				
Incentivo à contratualização				
Operadoras de planos de saúde				
Particulares				
Doações (privado)				
Subvenções (governo)				
Outros				
TOTAL				

7. 5.2. Despesas no período 2004 - 2007: (R\$1,00)

Fonte	2004	2005	2006	2007
Pessoal				
Encargos sociais				
Outras despesas de pessoal				
Serviços prestados – pessoa física				
Serviços prestados – pessoa jurídica				
Outras despesas (telefone, luz, água e esgoto, etc)				
Material de consumo				
Material permanente				
Equipamentos				
Obras e reformas				
Impostos e taxas				
Despesas financeiras (despesas com os				

bancos)				
Outra				
Total				

5.3. Tem sistema de apuração de custos implantado?

Sim () Não ()

Caso sim

5.4 Esta implantação foi :

por iniciativa da **direção** independente da certificação e contrato de gestão ()

por iniciativa da direção em função do contrato de gestão ()

por iniciativa da direção em função da certificação ()

5.5. O hospital mantém atualizado o SIAFI (Sistema integrado de administração financeira)

Sim () Não ()

No caso de SIM esta manutenção ocorre:

por iniciativa da direção independente da certificação e contrato de gestão ()

por iniciativa da direção em função do contrato de gestão ()

por iniciativa da direção em função da certificação ()

6.Aspectos contemplados e práticas relacionadas ao plano/planejamento:

Práticas	Sim	Não
Programação de atividades assistenciais com metas (quantitativas) estabelecidas para um determinado período (semestre, ano, etc) - consultas e/ou atendimentos emergência e/ou internações/cirurgias		
Monitoramento periódico de metas e prazos para os serviços assistenciais com ações gerenciais para ajustes, quando necessários (através de relatórios ou sistemas regulares – mensais ou trimestrais ou semestrais)		
Análise e Proposições visando Associação / parcerias com outras organizações de saúde		
Planejamento para Investimento tecnológico – aquisição / reposição de equipamentos		
Planejamento para Obras e/ou reformas		
Planejamento para Desenvolvimento de RH – formação e/ou treinamento		
Planejamento para Incorporação de tecnologias de informação – sistemas, softwares		
Orçamento elaborado anualmente		
Monitoramento orçamentário regular de receitas e despesas		

7.Assinale os Sistemas de Informação existentes e se estão ou não informatizados

Serviços/áreas administrativas	Sim, informatizado	Sim, não informatizado	Não existente
Gerenciamento do orçamento			
Gerenciamento do faturamento			

Gerenciamento de compras			
Gerenciamento de materiais			
Controle de medicamentos/farmácia			
Gerenciamento de Recursos Humanos			
Gerenciamento do patrimônio			
Gerenciamento de custos gerais			
Gerenciamento da manutenção de equipamentos			

Serviços/áreas assistencial	Sim, informatizado	Sim, não informatizado	Não existente
Agendamento de consultas			
Agendamento de exames			
Controle de leitos			
Controle de registro de pacientes			
Relatórios estatísticos de produção			
Controle de Infecção Hospitalar			
Controle do Registro de Morbidade			
Controle de Procedimentos Médicos			
Exames Patologia Clínica – Solicitação			
Exames Patologia Clínica – Resultados			
Exames Imagem – Solicitação			
Exames Imagem – Laudos			
Prescrição de Medicamentos			

7.1.Caso o hospital tenha processos informatizados e ou esteja informatizando seus processos, foi

por iniciativa da **direção** independente da certificação e contrato de gestão ()

por iniciativa da direção em função do contrato de gestão ()

por iniciativa da direção em função da certificação ()

8. Assinale as PRÁTICAS DE INCENTIVOS a Recursos Humanos existentes

Incentivos	Sim	Não
Ganhos adicionais associados ao alcance de metas de desempenho dos serviços ou do hospital		
Prêmios por antiguidade (tempo de serviço)		
Prêmios por assiduidade		
Prêmios por inovação		
Apoio à Participação em congressos		
Apoio à pesquisa		
Apoio para desenvolvimento profissional – graduação, pós-graduação, estágios (incluindo liberação do trabalho e/ou auxílios financeiros)		
Aquisição de publicações científicas		

Planos de saúde e/ou cobertura assistencial médica para funcionários (incluindo no próprio hospital)		
Planos de previdência privada		
Cesta Básica de alimentos		
Creche ou Auxílio creche		
Outro ; especificar _____		

8.1. Caso o hospital utilize tais práticas ou esteja em processo de implantação foi
por iniciativa da **direção** independente da certificação e contrato de gestão ()
por iniciativa da direção em função do contrato de gestão ()
por iniciativa da direção em função da certificação ()

9. Identifique o % de profissionais treinados no último ano

Segmento	% de profissionais treinados
Chefes de serviços	
Enfermagem	
Outros da assistência	
Administrativo e serviços gerais	

9.1. Caso o hospital capacite seus profissionais de forma regular anualmente isto se deve

por iniciativa da **direção** independente da certificação e contrato de gestão ()
por iniciativa da direção em função do contrato de gestão ()
por iniciativa da direção em função da certificação ()

10. O hospital realiza AVALIAÇÃO PERIÓDICA DE PESSOAL

Sim () Não ()

No caso de Sim:

Ao menos uma vez ao ano ()
Ao menos uma vez a cada 2 anos ()

10.1 Realiza Treinamento após admissão ?

Sim () Não ()

11. Possui Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA?

Sim () Não ()

11.1. A CIPA foi constituída

por iniciativa da **direção** independente da certificação e contrato de gestão ()
por iniciativa da direção em função do contrato de gestão ()
por iniciativa da direção em função da certificação ()

12. Utiliza a CURVA ABC ou instrumento similar para controle de estoque de materiais

Sim () Não ()

13. Identifique o percentual estimado de MATERIAL MÉDICO- CIRÚRGICO padronizado

Não há padronização desses materiais ()

Menos de 20% ()
Entre 20 e 80%()
Mais de 80% ()
)

13.1.Caso o hospital utilize tais práticas de controle de material de consumo ou esteja em processo de implantação foi

por iniciativa da **direção** independente da certificação e contrato de gestão ()
por iniciativa da direção em função do contrato de gestão ()
por iniciativa da direção em função da certificação ()

14.Identifique o percentual estimado de EQUIPAMENTOS BIOMÉDICOS PATRIMONIADOS

Nenhum equipamento patrimoniado ()
Menos de 20% ()
Entre 20 e 80% ()
Mais de 80% ()

14.1.Caso o hospital tenha seus equipamentos patrimonizados ou esteja em processo de foi

por iniciativa da **direção** independente da certificação e contrato de gestão ()
por iniciativa da direção em função do contrato de gestão ()
por iniciativa da direção em função da certificação ()

15 . Existência de serviço/área de MANUTENÇÃO HOSPITALAR

Sim () Não ()

15.1.Caso SIM, registre as ÁREAS OU SERVIÇOS COBERTOS:

Sistemas prediais incluindo hidráulica e elétrica ()
Equipamentos biomédicos ()
Outros equipamentos ()
Outras instalações – telefonia, rede de gases, etc ()

15.2. Existe PLANTÃO DE MANUTENÇÃO no Hospital? (considerar apenas quando 24hs por dia/7dias – pode ser considerada alternativa de plantão com sobre-aviso de técnicos)

Sim () Não ()

15.3. Percentual de EQUIPAMENTOS BIOMÉDICOS cobertos pela MANUTENÇÃO PREVENTIVA

Não possui equipamentos biomédicos sob manutenção preventiva ()
Menos de 20 % ()
Entre 20 e 60% ()
Mais de 60% ()
Não Sabe Informar ()

15.4. Caso o hospital faça manutenção preventiva ou esteja em processo de implantação foi

por iniciativa da **direção** independente da certificação e contrato de gestão ()
por iniciativa da direção em função do contrato de gestão ()

por iniciativa da direção em função da certificação ()

16. Formação do responsável pela área de LIMPEZA

Sem graduação universitária completa ()

Com graduação universitária completa ou mais ()

Não possui serviço de limpeza ()

16.1. Número de PROFISSIONAIS da área de LIMPEZA TREINADOS nos últimos 12 meses na segundo as normas preconizadas pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar _____

17. Número de PROFISSIONAIS da área de LAVANDERIA TREINADOS nos últimos 12 meses segundo as normas preconizadas pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar _____

17.1.Caso o hospital utilize tais práticas ou esteja em processo de implantação foi

por iniciativa da **direção** independente da certificação e contrato de gestão ()

por iniciativa da direção em função do contrato de gestão ()

por iniciativa da direção em função da certificação ()

18. Data da ÚLTIMA ANÁLISE (físico-química e bacteriológica) DE ÁGUA:

Não faz análise da água ()

19. Data da ÚLTIMA LIMPEZA DO RESERVATÓRIO DE ÁGUA:

Não faz limpeza do reservatório de água ()

20. Possui Plano (formal) de Gerenciamento de Resíduos Hospitalares?

Sim () Não ()

21.Forma de acondicionamento do LIXO HOSPITALAR

Resíduos perfuro-cortantes são acondicionados separadamente ()

Resíduos perfuro-cortantes são acondicionados juntamente com os demais resíduos ()

22.Existência de GRUPO GERADOR EM CONDIÇÕES APROPRIADAS DE USO

Sim, cobrindo as áreas críticas do hospital – UTI e emergência e centros cirúrgicos (ao menos as três áreas) ()

Sim, mas não cobre todas as áreas críticas citadas acima do hospital (ao menos uma área crítica não está coberta) ()

Não possui gerador em uso ()

23.Tipo de SISTEMA DE ESGOTAMENTO SANITÁRIO existente no Hospital

Estação de tratamento específica e própria para o hospital ()

Lançamento direto na rede de concessionária local que tem tratamento específico ()

Fossa séptica do hospital ()

Lançamento direto na rede de concessionária local que não tem tratamento específico ()

Lançamento in natura ()

24 . Identifique os indicadores monitorados regularmente

Tempo médio de giro do estoque ()

Tempo médio de conserto de equipamentos biomédicos ()

Absenteísmo ()

Rotatividade de pessoal ()

Taxa de acidentes do trabalho ()

Horas em média de treinamento por funcionário ()

Taxa de materiais sentinelas que estouram estoque mínimo ()

V. PROCESSO DE CONTRATUALIZAÇÃO
1. O hospital foi certificado em
<input type="checkbox"/> 2004 <input type="checkbox"/> 2005 1.1. Já foi “recertificado”: <input type="checkbox"/> sim : data _____ <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> em processo
2. O Hospital assinou o primeiro contrato em:
<input type="checkbox"/> 2004 <input type="checkbox"/> 2005 <input type="checkbox"/> 2006 2.1. Período do contrato: <input type="checkbox"/> 1 ano <input type="checkbox"/> 2 anos <input type="checkbox"/> 3 anos <input type="checkbox"/> 4 anos <input type="checkbox"/> 5 anos 2.2. Quem participou do processo de negociação do 1º Contrato? Hospital _____ SMS _____ MS/MEC _____ Outra (s) parte (s) _____
3 – Compõe o contrato um Plano Operativo de Atividades (POA) e um orçamento para execução do POA
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 3.1. Que dimensões estão contempladas no POA, com metas e indicadores? <input type="checkbox"/> assistência <input type="checkbox"/> ensino <input type="checkbox"/> pesquisa <input type="checkbox"/> inserção na rede <input type="checkbox"/> gestão 3.2. Houve renovação ? <input type="checkbox"/> do POA <input type="checkbox"/> do orçamento No caso de SIM: 3.3. Com qual periodicidade POA? <input type="checkbox"/> sempre que necessário <input type="checkbox"/> a cada ano <input type="checkbox"/> outra 3.4. Com qual periodicidade orçamento? <input type="checkbox"/> sempre que necessário <input type="checkbox"/> a cada ano <input type="checkbox"/> outra

3.5. Estas modificações são formalizadas em Termo Aditivo?

() Sim () Não

3.6. Que aspectos foram modificados? Seria possível fornecer uma copia do contrato (POA e orçamento) e Termos Aditivos caso existam?

3.7.2. Quem participou da elaboração do POA?

Hospital _____

SMS _____

MS/MEC _____

outra parte _____

3.7.3. Houve internamente um processo de discussão do POA, com os serviços que produzem os serviços?

Sim () Não ()

3.7.4 As metas e indicadores do POA foram negociados internamente?

Sim () Não ()

4. Há monitoramento interno (no hospital) do :

4.1. do POA ?

() Sim () Não

4.2.do orçamento?

() Sim () Não

No caso de SIM:

4.3.Qual a regularidade do monitoramento?

POA _____

Orçamento _____

4.4. Quem monitora o POA e orçamento internamente? Há uma comissão formalmente constituída? _____

4.5. O hospital elabora relatório periódico de avaliação do POA e orçamento?

() Sim () Não

No caso de sim:

4.6. qual periodicidade?

() mensal

() bimensal

() trimestral

() semestral

() anual

() outra ; especificar _____

4.7. Há comissão externa de avaliação com representantes do hospital, da SMS e do MS?

() Sim () Não

No caso de sim:

4.8.. Qual composição?

5. O hospital já deixou de atender as metas contratadas?

() Sim () Não

5.1. Houve alguma consequência?

() Sim () Não

5.2. No caso de SIM, qual?

- () não recebeu a parte variável do orçamento condicionada ao desempenho
- () não recebeu a parte fixa do orçamento
- () foi advertido pela SMS
- () foi advertido pelo MS/ MEC
- () outra – especifique _____

6. Os recursos previstos no contrato em relação a parte fixa

- () são repassados em parcelas de 1/12 a cada mês meta **sem atraso**
- () são repassados em parcelas de 1/12 a cada mês **com atraso**

6.1. os recursos da parte fixa são repassados:

- () integralmente independente de qualquer avaliação
- () podem sofrer cortes em função da avaliação

6.2. No caso de cortes, qual o critério para aplicação?

6.3. A parte fixa corresponde a que percentual do orçamento total do contrato?

7. Os recursos previstos no contrato em relação a parte variável

- () são repassados somente se as metas são cumpridas
- () são repassados independente do cumprimento das metas

7.1. Correspondem a que percentual do orçamento total? _____

7.2. São repassados com que regularidade:

() mensal () bimensal () trimestral () outra ; especifique _____

8. Há contratos internos, estabelecidos entre a direção do hospital e os serviços?

() Sim () Não

No caso de SIM:

8.1. Há documento formal assinado entre as partes internas?(direção e serviços)

sim não

8.2. Para a celebração destes contratos há exigência de projetos de serviços?

sim não

8.3. Os contratos internos são estabelecidos:

com os serviços assistenciais

com os serviços de apoio ao diagnóstico e tratamento

com os serviços administrativos

com os serviços de apoio logístico

8.4. Há indicadores e metas estabelecidas para os serviços assistenciais

sim não

8.5. Há indicadores e metas estabelecidas para os serviços apoio ao diagnóstico e tratamento

sim não

8.6.. Há indicadores e metas estabelecidas para os serviços administrativos

sim não

8.7. Há indicadores e metas estabelecidas para os serviços logísticos

sim não

8.9. Estas metas e indicadores estão associadas e ou são decorrentes das do POA?

sim não

8.10. Estas metas são monitoradas?

sim não

8.11. Há prêmios e punições no contrato interno em função do alcance das metas?

sim não

No caso de SIM:

8.12. Que tipos de prêmios?

financeiro – gratificação individual mensal

financeiro - gratificação individual trimestral

financeiro - gratificação individual anual

aquisição de equipamento para o serviço

aquisição de livros para o serviço

melhorias no serviço

participação em congressos

outro; especifique _____

VI. DIFICULDADES E BENEFÍCIOS IDENTIFICADOS E ESTRATÉGIAS SUGERIDAS

1. Quais as principais dificuldades identificadas na implementação do processo de contratualização?

2. Quais as principais fatores facilitadores na implementação do processo de contratualização?

3. Quais os benefícios para o Hospital advindos com a introdução dos contratos ?

4. Quais os benefícios para a SMS advindos com a introdução dos contratos ?

5. Quais os benefícios para a SAS/MS advindos com a introdução dos contratos ?

6 . Houve alguma iniciativa do MS para capacitar o hospital na elaboração dos contratos, planos operacionais e monitoramento dos mesmos?

7. Houve alguma iniciativa da SMS para capacitar o hospital na elaboração dos contratos, planos operacionais e monitoramento dos mesmos?

8. Houve impacto da contratualização na inserção dos HE na rede SUS? Se sim, como é possível evidenciar? Houve aumento de oferta e produção de procedimentos de média complexidade?

9. Houve impacto da contratualização na qualificação da assistência? Se sim com é possível evidenciar?

10. Houve impacto da contratualização na qualificação da gestão? Se sim com é possível evidenciar?

11. Que medidas sugere para o aperfeiçoamento do processo de contratualização entre hospitais de ensino e secretarias

Anexo 2

Questionário da Secretaria Estadual de Saúde ou da Secretaria Municipal de Saúde

Possibilidades e limites da contratualização para o aprimoramento da gestão e da assistência em hospitais: o caso dos Hospitais de Ensino no Sistema Único de Saúde brasileiro

Entrevistador

Entrevistado

Cargo/Função do entrevistado

Data da entrevista

Tempo no cargo :

1 – Quais as principais dificuldades identificadas na implementação do processo de contratualização para o contratante/SMS/SES?

1.1. Quais as principais dificuldades identificadas na implementação do processo de contratualização para o contratado/hospital?

1.2 Que aspectos da SMS/SES foram facilitadores do processo de contratualização?

1.3 Que aspectos dos HEs foram facilitadores do processo de contratualização?

2. Quais os benefícios identificados pela SMS/SES advindos com a contratualização com os HEs?

3 – Houve alguma iniciativa da Secretaria para capacitar o contratado na elaboração dos contratos, planos operacionais e monitoramento dos mesmos?

3.1. Houve alguma iniciativa da Secretaria para capacitação interna na elaboração de contratos, planos operacionais e monitoramento dos mesmos?

3.2.. Houve outros investimentos na Secretaria (inclusive contratação) para as áreas de planejamento, programação, avaliação, etc ?

4. A Secretaria elabora planos de saúde – regionais , etc - anual ou com outra periodicidade – das ações da área hospitalar?

4.1 Se SIM, os contratos estabelecidos com os HEs tiveram como referência estes planos?

4.2 O que a Secretaria colocou como exigência para os HE ao firmar o contrato?
5 – Há uma comissão / grupo na Secretaria que monitora a execução dos contratos acompanhando os Hospitais?
5.1. Se SIM, qual a composição do grupo?
5.2 Que aspectos são monitorados?
5.2 Qual a regularidade da avaliação ?
5.3 Quais as conseqüências da avaliação?
5.4. No caso dos HEs qual é a lógica do repasse de recursos? Critérios para a parte fixa? Critérios para a parte variável?
5.5. Há algum controle social sobre os contratos?
5.6. Há algum acompanhamento dos contratos por parte do MS e do MEC?
5.7. Há algum relatório de avaliação elaborado pela SMS/SES?
5.7.1. Se Sim para quem é encaminhado?
6. Houve impacto da contratualização na inserção dos HE na rede SUS? Se sim, como é possível evidenciar?
6.1. Houve aumento de oferta e produção de procedimentos de média complexidade?
6.2. Há leitos, consultas especializadas e exames de SADT dos HEs disponibilizados para regulação da Secretaria?
7. Houve impacto da contratualização na qualificação da assistência? Se sim com é possível evidenciar?
8. Houve impacto da contratualização na qualificação da gestão? Se sim com é possível evidenciar?
9. Nos contratos estabelecidos quais foram as metas e indicadores pactuados com os HEs? A Secretaria tem os contratos?

10. Nos contratos há incentivos previstos para o alcance das metas e indicadores pactuados? Quais?

11. Já foi aplicada alguma punição?

12. A SMS/SES está renegociando novos contratos?

13. Os HEs estão sendo recertificados ?

14. Quais são os pontos de estrangulamentos da rede de atenção sob sua responsabilidade? Há vazios assistenciais ou procedimentos para os quais há fila de espera?

15. Que medidas sugere para o aperfeiçoamento do processo de contratualização entre hospitais de ensino e secretarias ?

Anexo 3

Questionário da Coordenação Geral da Atenção Hospitalar do Departamento de Atenção Especializada da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (CGAH/DAE/SAS/MS)

Possibilidades e limites da contratualização para o aprimoramento da gestão e da assistência em hospitais: o caso dos Hospitais de Ensino no Sistema Único de Saúde brasileiro

Entrevistador	
Entrevistado	
Cargo/Função do entrevistado	Data da entrevista

1 – Quais as principais dificuldades que você identifica na implementação do processo de contratualização para o CONTRATANTE?
1.1. Quais as principais dificuldades que você identifica na implementação do processo para o CONTRATADO?
1.2. Que aspectos facilitadores para implementação deste processo que você identifica para o CONTRATANTE?
1.3. Que aspectos facilitadores para implementação deste processo que você identifica para o CONTRATADO?
2 – Quais os benefícios para SAS/MS advindos com a introdução dos contratos entre hospital e SMS/SES?
2.1. Quais os benefícios para as Secretarias municipais e ou estaduais advindos com a introdução dos contratos?
2.3. Quais os benefícios para os Hospitais advindos com a introdução dos contratos ?
3 – Houve alguma iniciativa do MS para capacitar contratante e contratado na elaboração dos contratos, planos operacionais e monitoramento dos mesmos? Qual?
4 – Há uma comissão / grupo no MS que monitora a execução dos contratos acompanhando Secretarias e Hospitais?

4.1 Se SIM, qual a composição do grupo?
4.2. Que aspectos são monitorados?
4.3. Qual a regularidade da avaliação?
4.4 Quais as conseqüências da avaliação?
5 – Houve impacto da contratualização na inserção dos HE na rede SUS? Se sim, como é possível evidenciar?
5.1. Houve aumento de oferta e produção de procedimentos de média complexidade? Se Sim, como é evidenciado?
6 – Houve impacto da contratualização na qualificação da assistência? Se sim, como é possível evidenciar?
7 – Houve impacto da contratualização na qualificação da gestão? Se sim, como é possível evidenciar?
8. Que medidas sugere para o aperfeiçoamento do processo de contratualização entre hospitais de ensino e secretarias

Anexo 4

Relato e transcrição das questões abertas das entrevistas com dirigentes do Ministério da Saúde, das Secretarias de Saúde e dos Hospitais de Ensino

Os questionários utilizados nas entrevistas continham questões abertas com vistas a captar a avaliação dos dirigentes em relação à contratualização. Alguns dirigentes, além de responder às perguntas contidas nos seus respectivos questionários, fizeram comentários adicionais relacionados à contratualização.

As respostas relativas aos aspectos facilitadores existentes, às dificuldades encontradas, aos benefícios advindos, ao impacto nas diretrizes do Programa relacionadas à inserção, assistência e gestão e às proposições de ajuste, estão transcritas dos questionários com as palavras do respondente, de forma destacada em letra no formato itálico. Para as demais questões abertas contidas nos questionário, não há uma transcrição das respostas e sim uma síntese delas realizada pelo pesquisador/entrevistador.

Coordenação Geral da Atenção Hospitalar da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde /CGAH/SAS/MS

O profissional entrevistado é há dois anos o coordenador da Coordenação Geral da Atenção Hospitalar do Departamento de Atenção Especializada da Secretaria de Assistência do Ministério da Saúde (CGAH/SAS/MS), mas integra a equipe da CGHA há oito anos. Presenciou e participou dos primórdios da formulação da política de reestruturação dos hospitais de ensino e tem acompanhado e participado dos processos de contratualização. A Coordenação Geral de Atenção Hospitalar tem promovido, embora de forma não sistemática e regular, avaliações mais ou menos estruturadas do processo como um todo, a partir dos sistemas de informações existentes no MS (SIH e SIA) e de reuniões com dirigentes de Secretarias e Hospitais.

Comentários livres sobre a contratualização

Em 2003, com a crise financeira que mobilizou especialmente os hospitais vinculados ao Ministério da Educação, foi realizado um diagnóstico, com base em três hospitais universitários, dois na região nordeste e um na região sul. Dois grandes

problemas com suas respectivas soluções foram identificados - a inexistência de critérios claros para definição do que seria um hospital de ensino cuja solução proposta foi a instituição do processo de certificação; e o insuficiente financiamento o que redundou na alocação de um aporte adicional de recursos financeiros para sua recuperação porém condicionado ao estabelecimento da contratualização entre Secretarias e hospitais.

A certificação implica no encaminhamento por parte do hospital de um conjunto de documentos para a Comissão de Certificação e na visita, de dois a três dias, de pelo menos um técnico do MEC e outro do MS, integrantes da referida Comissão. A programação da visita é comunicada por ofício do MS ao gestor municipal ou estadual o qual se quiser participa também da visita que é composta das seguintes atividades: entrevista com o diretor do hospital, verificação por amostragem da documentação exigida, visita aos setores assistenciais e administrativos, reuniões com as comissões obrigatórias previstas por normas do MS e reuniões com os alunos, os residentes, os docentes e os preceptores. Além disso, há também uma reunião dos certificadores com o gestor estadual ou municipal.

Os certificadores elaboram um relatório da visita que é encaminhado à Comissão de Certificação. Como resultado da visita, o hospital pode ser certificado, não certificado ou ainda entrar em termo de ajuste. Na renovação da certificação, os certificadores com base no relatório da certificação anterior fazem uma visita mais dirigida com cobrança mais específica. Para a primeira renovação, que teve início somente em 2008, os certificadores foram capacitados com um roteiro específico.

As informações sobre os documentos solicitados e sobre o relatório de visita são armazenadas em banco de dados da Coordenação Geral da Atenção Hospitalar que possui também informações sobre a produção assistencial dos hospitais. Entretanto até o momento a Coordenação não possui informações sobre as atividades de ensino e de pesquisa desenvolvidas pelos hospitais as quais estão distribuídas em outros ministérios. Para solucionar este problema está sendo construído pelo MS um sistema automatizado de informações que pretende reunir informações de bancos de dados primários já existentes do MS e do MEC e do banco de dados da certificação, organizando-as em quatro blocos: gestão, atenção, ensino e pesquisa de forma a propiciar ao MS, ao MEC, às secretarias e aos hospitais um monitoramento mais

preciso e em tempo real com relatórios mais analíticos e articulados sobre a execução dos convênios/contratos e POAS.

A Coordenação Geral de Hospitais tem como atribuição formal coordenar a certificação incluindo suas renovações. Em relação aos Convênios/contratos e POAs não há uma designação formal de comissão ou grupo de técnicos do MS para monitorar sua execução. As metas do POA são acompanhadas mensalmente pelas Comissões de Acompanhamento de convênio/contratos constituídas pelas secretarias e a cada trimestre é elaborado um relatório de avaliação os quais não são necessariamente encaminhados à Coordenação.

A fase inicial de negociação e pactuação das metas e indicadores dos convênios/contratos estabelecidos entre Secretaria e hospital necessariamente contou com a presença, intermediação e suporte técnico da Coordenação. As minutas de convênio/contrato e de POA elaboradas pelo MS serviram de referência para todos os convênios/contratos assinados. Além disso, a Coordenação realizou sempre que solicitada, oficinas de trabalho com as secretarias acerca da contratualização. Até hoje, a Coordenação é continuamente consultada pelas Secretarias e hospitais para elucidação de dúvidas e resolução de problemas que surgem no processo; além disso, tem estimulado, cobrado, acompanhado e intermediado algumas revisões do POA.

Por fim, o entrevistado destaca duas importantes mudanças a partir da contratualização. A primeira refere-se à forma de financiamento dos hospitais que os assegura conhecer antecipadamente parte dos seus recursos de custeio anual. A segunda está relacionada à exigência colocada para as partes contratantes de conhecer o que produzem e o que é necessário produzir não apenas da ótica da produção quantitativa necessária, mas não suficiente. Passam a ter que definir metas de qualidade e de integralidade da atenção prestada pelo hospital.

Citou ainda dois problemas observados a partir das experiências em curso. Um deles refere-se à elaboração do POA. O hospital coloca como meta X internações sem especificar se é de média ou alta complexidade. O POA às vezes não tem compatibilização interna adequada, pois são especificadas X consultas cardiológicas e não são previstos exames de eletrocardiograma. O outro problema refere-se ao uso de recursos de custeio para a contratação de pessoal.

Referiu estar em discussão a discriminação da produção histórica no POA por grupo ou sub-grupo de procedimentos a fim de possibilitar ao gestor identificar um procedimento específico em relação ao qual deseja metas diferenciadas por ser ponto de estrangulamento na sua rede.

Aspectos facilitadores identificados no processo de implantação da contratualização

Nas secretarias:

Quando o gestor sabe o que quer; quando há uma gestão bem estruturada e bem organizada; quando há uma central de regulação funcionando; a existência de incentivos financeiros; a aproximação efetiva do gestor com o HE e o conhecimento de sua capacidade de produção

Nos hospitais:

Quando o diretor do hospital conhece a rede de serviços em que está inserido e sabe o que ela precisa; a existência de incentivos financeiros.

Dificuldades identificadas no processo de implantação da contratualização

Nas secretarias:

O gestor em geral sabe o que precisa, mas tem dificuldade em traduzir o que precisa em metas físicas no POA e no contrato e em identificar metas físicas e de qualidade e os indicadores de avaliação ; ausência de um acompanhamento efetivo das metas.

Nos hospitais:

O hospital também tem dificuldade em traduzir o que faz nas metas físicas e de qualidade do POA. Aliás, esta também é uma dificuldade para a equipe da Coordenação Hospitalar do MS; ter respaldo das equipes principalmente quando o hospital é vinculado a uma universidade.

Como exemplo da primeira dificuldade foi citado um hospital que coloca como meta realizar um dado número de internações sem especificar se de alta ou média complexidade. Ou ainda, quando um hospital prevê metas de consultas ambulatoriais de cardiologia, mas não identifica a quantidade de exames de

eletrocardiograma (ECG) que estima fazer associados às consultas realizadas. Está em discussão uma proposta de discriminação da produção histórica dos hospitais por grupo ou subgrupo de procedimentos a fim de possibilitar ao gestor identificar um procedimento específico em relação ao qual deseja estabelecer metas diferenciadas em função dos pontos de estrangulamento de sua rede (relato livre).

Mais um problema relaciona-se à utilização não adequada dos recursos financeiros do convênio/contrato pelo hospital. Os recursos destinados ao custeio do hospital vêm sendo utilizados, em alguns casos de hospitais vinculados ao MEC, para pagamento de pessoal, o que não era previsto, comprometendo assim as demais despesas de custeio (relato livre).

Benefícios advindos e ou associados à contratualização

Para a SAS/MS:

O funcionamento da comissão interministerial foi um importante ganho no processo; o processo de certificação foi importante ganho com o estabelecimento de critérios precisos para que um hospital seja de ensino, com a visita e recertificação regular a cada dois anos; maior responsabilização das secretarias e dos hospitais com a assistência prestada; cumprimento dos preceitos legais; maior conhecimento dos hospitais e secretaria sobre suas necessidades; o MS pode responder melhor às demandas por eles colocadas; impacto em outros programas e políticas do MS, como por exemplo a formação de especialistas, o desenvolvimento de pesquisa – qualificando os editais.

Para as secretarias:

Maior responsabilização das secretarias e dos hospitais com a assistência prestada; cumprimento dos preceitos legais; maior conhecimento dos hospitais e secretaria sobre suas necessidades; maior possibilidade do hospital se inserir na rede de serviços; conhecer melhor os hospitais que integram a rede; ganhar conhecimento e habilidade para negociar.

Para os hospitais:

Maior aporte de recursos; orçamento pré conhecido dando maior estabilidade para planejar; repasse regular dos recursos orçados (1/12); incentivo à contratualização; a maior parte dos hospitais não tinha planejamento, plano diretor e agora tem; alguns hospitais já estão introduzindo o contrato interno.

Impacto sobre as diretrizes do programa de reestruturação – inserção na rede, qualificação da assistência e qualificação da gestão

Inserção na rede:

Iniciou-se uma maior participação dos HE na rede SUS, de acordo com o perfil assistencial de cada um, expresso na sua produção de serviços; para alguns hospitais conseguiu-se abrir as urgências/emergências; houve um aumento da oferta e produção de procedimentos de média complexidade, evidenciado nos sistemas de informação oficiais do MS.

Qualificação da assistência:

Não consegue evidenciar ainda por falta de dados. A partir da implantação do sistema de informações referido poderá ter; no processo de pactuação do POA, a Coordenação Geral Hospitalar insistiu na inclusão de alguns indicadores: tempo de permanência na internação, taxa de ocupação, taxa de utilização de leitos de UTI, taxa de utilização de sala cirúrgica, indicadores de humanização como tempo de visita, ouvidoria entre outros.

Qualificação da gestão:

Não sabe ainda; poderão ter após a certificação; identifica-se que a maior parte dos hospitais não tinha planejamento e um efetivo plano diretor e agora têm; alguns hospitais já estão introduzindo os contratos internos.

Ajustes sugeridos

Maior qualificação do sistema de monitoramento.

As demais sugestões de ajuste foram retiradas, por orientação da entrevistada, de uma apresentação da Coordenação Hospitalar do MS realizada em seminário internacional, as quais constam como desafios/problemas a serem enfrentados. Para a

consolidação da contratualização é necessário investir: no desenvolvimento gerencial e da gestão, no aprimoramento do acompanhamento e avaliação, na formação dos integrantes da Comissão de Acompanhamento dos Convênios/Contratos, na implantação de um sistema de informação e na mobilização dos gestores e dirigentes hospitalares para a contratualização.

Iniciativa para Investimentos e capacitação ocorridos

A Coordenação elaborou uma minuta de contrato/convênio e plano operativo anual (POA) que serviu de referência para todos os convênios/ contratos assinados. Sempre que solicitada, realizou oficinas de trabalho com as secretarias sobre o processo contratual.

Em médio prazo, com a implantação do sistema de informações que está sendo construído e já referido, esta ferramenta será utilizada pela CGAH, Secretarias, Comissões de Acompanhamento e Hospitais fornecendo elementos para uma avaliação.

Elaboração, monitoramento e avaliação

A Coordenação participou da pactuação de todos os primeiros convênios/contratos estabelecidos, e seus respectivos POAs subsidiando a identificação das metas e indicadores de acompanhamento.

Embora sem estar formalmente estabelecido, a Coordenação coordena a certificação e sua renovação, além de induzir as secretarias e os hospitais a revisarem seus POAs.

Até hoje a CGAH é regularmente consultada pelas secretarias e hospitais para esclarecimento de dúvidas assim se constituindo em referência para a contratualização. Algumas secretarias encaminham os relatórios de avaliação elaborados pelas comissões de acompanhamento de convenio/contrato.

Secretaria Municipal de Saúde/SMS 1

Foram entrevistados dois dirigentes da Secretaria, o diretor geral do Centro de Controle, Avaliação e Auditoria (CCAA), e o responsável pela Coordenação de Acompanhamento dos Hospitais de Ensino (CAHE), estrutura integrante do CCAA, que acumula a função de coordenador da Comissão Interinstitucional de Acompanhamento de Convênios dos Hospitais Certificados como de Ensino (CIAHE). Ambos dirigentes ocupando o cargo desde final de 2005.

Comentários livres sobre a contratualização

Os sete (7) hospitais de ensino contratualizados são acompanhados pela Coordenação de Acompanhamento dos Hospitais de Ensino da Secretaria que se detêm exclusivamente sobre as suas atividades finalísticas por isso é composta por cinco auditores sendo um deles o coordenador. Quando necessário produz solicitações e promove integração com as demais Coordenações do Centro de Controle Avaliação e Auditoria (CCAA) e com outros Centros da Secretaria. Por exemplo, atua conjuntamente com o Centro de Informações em Saúde (CIS) se no contrato há metas de programas assistenciais que nele estão inseridos como o programa de atenção ao parto; com o Centro de Epidemiologia (CE), no caso da infecção hospitalar; se precisa atualizar cadastro ou se quer informação sobre a fila de espera, coloca a demanda para outra Coordenação do CCAA.

Todos os integrantes da Comissão Interinstitucional de Acompanhamento de Convênios dos Hospitais Certificado como de Ensino (CIAHE) são nomeados por Portaria pelo Secretário de Saúde exceto, os representantes do hospital que são indicados pelo diretor do hospital, através de ofício, à Secretaria.

Fluxo do processo de contratualização

A Secretaria acompanhou a certificação dos hospitais realizada pelo MS/MEC e acompanhará o processo de recertificação que terá início no segundo semestre de 2008. Todos os hospitais foram visitados antes da assinatura do primeiro contrato. A Secretaria já realizava visita aos hospitais antes da contratualização em função das auditorias realizadas.

Na negociação do contrato e POA entre Secretaria e hospital, a Secretaria tendo como referência o Plano Municipal de Saúde Bianual, inclui os programas de seu interesse e o hospital apresenta suas propostas. Uma das metas da Secretaria é assegurar que o paciente ao ingressar no hospital tenha todo o processo de atenção realizado dentro do hospital. O Plano Municipal materializa as deliberações da Conferência Municipal de Saúde realizada a cada dois anos e é elaborado conjuntamente por todos os Centros que integram a secretaria.

No 1ª contrato e POA, a negociação é iniciada a partir das metas físicas de produção assistencial que são estimadas considerando a média da produção realizada pelo hospital no ano anterior acrescida de um adicional. Tendo como referência esta estimativa de produção, os recursos financeiros são calculados a partir dos valores definidos na tabela de procedimentos do SUS. Após o pacto estabelecido é elaborada uma minuta do contrato, do POA e dos recursos relativos a sua operacionalização, pelo representante da Secretaria na CIAHE a qual é negociada com o hospital até sua versão final .

Concluída a negociação, o contrato e o POA são encaminhados pelo dirigente do CCAA à Superintendência Executiva e ao Núcleo Jurídico da Secretaria para posterior publicação no Diário Oficial do município. O contrato e POA são encaminhados para a SAS/MS, para o Centro de Assistência à Saúde (CAS) da Secretaria, para o Hospital e para o representante do CMS na CIAHE, não sendo disponibilizado na INTERNET.

Pelo lado contratante assinam o contrato, o prefeito e secretário de saúde e pelo lado contratado, o diretor do hospital e o responsável pela mantenedora, se for um do HE do MEC, o reitor da universidade, se for um HE de entidade filantrópica, o responsável pela mantenedora.

O contrato e POA são acompanhados mensalmente pelo auditor da Secretaria integrante da CIAHE através dos sistemas informatizados do MS (CNES, SIH, SIA, PNASS) e de informações encaminhadas pelo hospital sobre outras dimensões que não a atenção – gestão, humanização, ensino e pesquisa. Com base nestas informações é elaborado um relatório de avaliação mensal, o qual é encaminhado ao Hospital que pode ratificar, complementar e justificar a avaliação. Caso sejam identificados problemas, o hospital em geral procura corrigi-los de forma imediata.

Nos intervalos das reuniões da CIAHE, o auditor da Secretaria responsável pelo hospital realiza uma visita ao hospital acompanhado por representantes dos usuários e do hospital, orientada por um instrumento de verificação elaborado pela Secretaria. A visita tem duração de um (1) turno e contempla a porta de entrada – emergência e ambulatório - e algumas clínicas de internação. Cada visita gera também um relatório com recomendações que é entregue ao Hospital para as devidas providências e que também pontua para a avaliação bimensal de desempenho que define o repasse da parte variável do contrato.

Embora os recursos de custeio relativos à parte fixa sejam repassados a cada mês independente da avaliação bimensal da CIAHE está previsto no convênio/contrato, que a avaliação mensal realizada pelo auditor da Secretaria possa recomendar a aplicação de multa ou desconto em caso de não cumprimento, sem justificativas, das metas pactuadas. Por exemplo, negar internação quando há leito vago; ou encaminhar paciente do hospital para outra unidade para realizar um exame que o próprio hospital pode e se compromete nas metas do POA a realizar.

Também está previsto no convênio/contrato que se o hospital produzir muito menos que a meta pactuada de forma sistemática, voltará a receber por produção, o que nunca aconteceu. No caso da produção ser abaixo da meta pactuada, de forma eventual, o hospital pode justificar (por ex. nos meses de férias janeiro e fevereiro a produção diminui), e propor compensação nos meses subsequentes.

O que de fato ocorre é que mediante o contato contínuo e intenso estabelecido a Secretaria e o hospital, quando um dos dois percebe no monitoramento mensal que a produção realizada está ficando muito aquém da pactuada, antes da reunião da CIAHE se realizar, negociações e ações já são instituídas entre as partes tendo em vista compensar o problema identificado, como por exemplo, produzir mais consultas no trimestre seguinte para compensar a produção daquele trimestre que por qualquer razão não alcançou a meta prevista.

O hospital adicionalmente encaminha, todos os meses para o auditor da Secretaria, um relatório com as despesas com pessoal, material de consumo, obras, equipamentos, outras, por área de atuação – internação, ambulatório, etc, que objetiva permitir a CIAHE acompanhar as despesas do hospital. Não há um modelo único de relatório, cada hospital encaminha o seu. Embora esta informação sobre as despesas

não seja pontuada para o recebimento da parte variável do convênio/contrato, ela ajuda na renovação do contrato para a estimativa dos valores financeiros.

A CIAHE se reúne a cada dois meses para avaliação e aprovação formais de dois relatórios mensais já referidos elaborados pelo integrante da Secretaria na Comissão. Desta reunião resulta um documento final – relatório e ata com a avaliação, recomendações e valor do percentual da parte variável de recursos a ser repassado para o hospital em função de sua pontuação, também elaborado pelo auditor responsável pelo hospital os quais são assinados por todos os integrantes da CIAHE. Em seguida, o documento e ata são encaminhados para o Núcleo Financeiro da Secretaria para liberar o pagamento da parte variável, para o MS, para o Centro de Assistência à Saúde da Secretaria, para o representante do Conselho Municipal de Saúde no CIAHE e para o Hospital.

Nas reuniões bimensais de avaliação da CIAHE, caso necessário, é emitido um Termo Aditivo (TA), para correção das metas de produção e valores pactuados ou introdução e exclusão de atividades. O TA só pode ser emitido após 90 dias de vigência do contrato. O contrato, POA e orçamento têm vigência de um (1) ano. Todo contrato tem termo aditivo.

No início, o percentual do orçamento correspondendo à parte fixa era de 90% e de 10% para a parte variável. Os hospitais sentiam pouco quando não alcançavam a pontuação máxima, pois 10% pouco representa frente ao total de recursos do convênio/contrato. Atualmente (junho de 2008), a parte fixa corresponde a 75% e a variável a 25% e a proposta é chegar a 50% e 50%. A partir de então, os hospitais movimentam-se muito mais no sentido de alcançar suas metas e indicadores que pontuam, seja tomando medidas internas seja negociando com a Secretaria.

Ao final de cada semestre, a CIAHE em reunião com o Conselho Municipal de Saúde, faz uma apresentação formal, compreendida como uma prestação de contas, do POA, orçamento, metas contratadas e realizadas. A cada ano é encaminhado o convênio/contrato e relatório de avaliação anual à Controladoria do Governo Municipal e ao Tribunal de Contas do Estado.

Em síntese, os relatórios mensais de avaliação elaborados pelo auditor e os relatórios bimensais aprovados pela CIAHE seguem para o MS, para o representante

do CMS na CIAHE, para o setor financeiro e para o Centro de Assistência a Saúde da Secretaria e para o hospital. Os relatórios semestrais são encaminhados e apresentados ao CMS e os anuais ao TCE e Controladoria do Governo Municipal.

Outros mecanismos possibilitam à Secretaria acompanhar o cumprimento das metas do hospital. O POA tem com uma de suas metas, assegurar o cuidado integral ao paciente que entra no hospital. Se o hospital não assegura a integralidade, o paciente e seus familiares registram queixa através de ligação gratuita ou de contato direto na ouvidoria da Secretaria. Outra unidade da rede também pode encaminhar à Secretaria queixas em relação ao hospital, como a unidade de atendimento de urgências 24 horas quando recebe de volta o paciente que encaminhou para o hospital sem ter tido seu problema resolvido. Hospital com queixas na ouvidoria perde pontos na avaliação de desempenho o que diminui o percentual dos recursos a serem repassados da parte variável do custeio.

Há em todas as unidades de saúde da Secretaria, material explicativo (banners e folhetos) sobre o funcionamento da rede, os direitos dos pacientes e os procedimentos para encaminhar reclamações. Os conselheiros municipais são regularmente capacitados pela Secretaria sobre como a rede funciona e sobre o modelo de atenção.

Na central de regulação da Secretaria estão atualmente, 100% dos leitos e das 1^{as} consultas ambulatoriais especializadas o que corresponde a 40% do total de consultas. A consulta subsequente não está na central de regulação e somente parte dos exames está.

A rede possui unidades de atendimento de urgências 24 horas com leitos de observação/estabilização vinculadas aos hospitais de ensino. Cada hospital possui e é referência para duas (2) destas unidades. Sua equipe médica é composta por médicos contratados por CLT, pagos e gerenciados pelo hospital. A equipe de enfermagem é composta por profissionais da Secretaria. Os exames solicitados e coletados nas unidades de urgência são processados no hospital de ensino de referência. Assim o hospital de ensino funciona como retaguarda e isto está explicitamente colocado como uma das metas do POA do hospital.

Aspectos facilitadores identificados no processo de implantação da contratualização

Na secretaria:

O clima organizacional da SMS é propício a introdução de novas formas de trabalho apesar de a estrutura organizacional ser antiga; a lógica que prevalece é a da abertura ao novo; a nova prática é introduzida e se der bons resultados, as formalidades são revistas.

A continuidade da equipe de gestão da SMS, já é a 4ª gestão com a mesma equipe. Todo o quadro técnico da SMS ser efetivo.

A realização de investimento em infra-estrutura pela SMS – equipamentos e sistemas automatizados de informação na rede.

A central de regulação na verdade faz uma “reserva” de consulta; cinco dias antes da consulta, o agente de saúde comunitário confirma com o paciente a consulta e aí sim faz o agendamento (há 30% de absenteísmo do paciente para as consultas). Este processo é anterior à contratualização.

Nos hospitais:

Nos hospitais com uma estrutura de gestão mais profissionalizada, o processo foi fácil. Dirigentes hospitalares, com bom sistema de informação (informatizado) têm maior conhecimento sobre sua realidade e pactuam metas mais realistas. Assim para os hospitais que já estavam mais estruturados a contratualização funcionou como uma pressão externa para a melhoria da gestão e da assistência e para quem não estava adequadamente estruturado, o contrato foi um indutor para a melhoria.

Dificuldades identificadas no processo de implantação da contratualização

Para a Secretaria:

Uma grande dificuldade foi a introdução de um novo processo de trabalho dentro da secretaria convivendo com processos de trabalho antigos. Os antigos processos tinham e têm como foco os procedimentos. O processo de contratualização focaliza os resultados o que exige novos parâmetros para a avaliação. Este novo processo de trabalho – contratualização – também introduziu uma nova lógica de

repassa de recursos (pagamento a cada mês de 1/12 da parte fixa do orçamento de 1/12 da parte variável segundo pontuação obtida) que também convive com a lógica antiga de pagamento, pois a alta complexidade hospitalar e ambulatorial continua sendo paga por procedimento.

Outra dificuldade refere-se à pactuação das metas, em especial de internação; é pactuado que o hospital deve atingir 90% das internações programadas e não 100%; isto faz com que o hospital se organize para alcançar somente os 90% das internações pactuadas.

Quando o recurso repassado por desempenho correspondia a somente 10% do orçamento, ao hospital não importava tanto cumprir ou não as metas pactuadas.

Outra dificuldade reside no não reajuste da parcela de incentivo à contratualização; ela permanece sendo repassada para o hospital, mas o valor dela é o mesmo do início.

Mais uma dificuldade reside na dificuldade de controle do tempo médio para realização de cirurgia eletiva e para realização de exames e consultas porque não tem sistema de informação e porque estas atividades ainda não estão na central de regulação.

Para o hospital:

A contratualização expõe o hospital ao controle da secretaria e da sociedade através do Conselho Municipal de Saúde. O que se passa no hospital torna-se de conhecimento mais público a partir da contratualização e isso pode ter sido uma dificuldade para o hospital.

Outra dificuldade refere-se à relação do hospital com seu corpo médico, ainda não resolvida. O hospital (filantrópicos) continua pagando seus médicos pela Tabela como antes da contratualização. Uma parte dos médicos não é contratada por CLT. O hospital não mais recebe por procedimento, mas paga seus médicos com esta velha lógica.

Mais uma dificuldade reside no fato desta nova lógica de gestão não ter sido capilarizada para dentro do hospital.

Benefícios advindos e ou associados à contratualização para a secretaria

Amplificou sua capacidade de funcionar como radar; a ouvidoria e a própria rede (as unidades componentes) encaminham queixas.

Ampliou sua capacidade de integrar as unidades componentes da rede entre si; estas com os Centros componentes do nível central da secretaria e estes, entre si. Estimulou o estabelecimento de uma rede de contatos entre a Coordenação de Acompanhamento de Contratos da secretaria e as unidades da rede. As Centrais de regulação estão formalmente vinculadas ao Centro de Assistência à Saúde e isso gera maior integração entre os diferentes Centros da secretaria.

Impacto sobre as diretrizes do Programa de Reestruturação – inserção na rede, qualificação da assistência e qualificação da gestão

Inserção na rede:

Houve um acréscimo efetivo no número de consultas especializadas e de exames; considerando 2004, houve um aumento de cerca de 50%; melhorou a regulação; a ouvidoria, unidades e distritos passaram a demandar menos.

Qualificação da assistência

Passou a fazer parte do cotidiano dos hospitais a discussão sobre o uso de protocolos clínicos, sobre a referência e contra-referência e sobre a resolutividade da atenção. Houve uma diminuição do tempo médio de internação

Qualificação da gestão:

. Os hospitais passaram a ter que encaminhar para a Secretaria um conjunto de informações que impõe a eles uma maior estruturação de sua gestão. Isso é um indutor de organização da gestão.

Ajustes sugeridos

A parte variável do repasse de recursos com base no desempenho não deve ser somente de 10%; atualmente ela é de 25% e a proposta é chegar a 50%. Quando

era somente 10%, a avaliação negativa do desempenho do hospital pouco impactava e ele fazia muito pouco para alterar esta situação. Hoje é completamente diferente.

Aperfeiçoar os indicadores utilizados de avaliação de desempenho (para pagamento da parte variável). Introduzir novos indicadores para acompanhamento dos hospitais que mensurem a reinternação e o tempo de espera para realização de cirurgias e exames. Já estão em processo de discussão.

Contratualizar toda a produção, inclusive a alta complexidade.

Poder, de forma sistemática, discutir com outros gestores os processos de contratualização em curso para identificar problemas e soluções que possam melhorar a contratualização como um todo; hoje não há comparabilidade entre as suas próprias unidades e com outras de outras SMS.

Reajustar a parcela de incentivo à contratualização (fixa desde sua implantação).

Investimentos e capacitação ocorridos

Não houve nenhuma capacitação formal do hospital, mas a Secretaria com base na minuta do MS elaborou uma primeira versão do plano operativo anual que serviu de base para a construção da versão final, em interação com o hospital.

Inicialmente também não houve nenhuma capacitação interna na Secretaria. A contratualização forçou a Secretaria a identificar em seus quadros, para compor a equipe da Coordenação de Acompanhamento dos Hospitais de Ensino da CCAA, profissionais que, além de motivados para trabalhar com a nova lógica contratual, tivessem experiência em auditoria e com a atenção básica para assegurar a manutenção da idéia do cuidado integral.

Posteriormente, a responsável por esta Coordenação concluiu um curso de especialização em auditoria e todos os outros auditores desta Coordenação, responsáveis diretos pelo acompanhamento dos hospitais de ensino, concluíram um curso básico sobre controle, avaliação e auditoria. Não houve capacitação ou contratação de pessoal para as áreas de planejamento, programação e avaliação.

Elaboração, monitoramento e avaliação

A Secretaria já elaborava antes da contratualização um plano municipal de saúde o qual serviu de referência para a elaboração do POA dos hospitais contratualizados.

A **Secretaria instituiu uma Coordenação de Acompanhamento dos Hospitais de Ensino** vinculada ao Centro de Controle, Auditoria e Avaliação (CCAA), onde está inserida a Comissão Interinstitucional de Acompanhamento dos Convênios/contratos dos Hospitais de Ensino (CIAHE) que é coordenada pela dirigente da referida Coordenação. A CIAHE é constituída por onze (11) integrantes: cinco (5) da Secretaria, cinco (5) do Hospital e um (1) representante dos usuários indicado pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS). Pela Secretaria participam, além do coordenador, mais quatro auditores da Coordenação de Acompanhamento dos Hospitais de Ensino da CCAA. Pelo hospital, participam um (1) representante discente, um (1) docente e três (3) representantes da direção do hospital. Os representantes da Secretaria e dos usuários são fixos e os dos hospitais mudam na dependência do hospital em avaliação. Os membros da comissão da SMS e usuário são nomeados por Portaria pelo Secretário de Saúde e os do hospital são indicados pelo diretor do hospital através de ofício dirigido a Secretaria.

Os POAs são avaliados mensalmente pelo auditor da Secretaria responsável pelo hospital, a cada dois meses pela CIAHE, a cada seis meses pelo Conselho Municipal de Saúde e cada ano pelo Tribunal de Contas do Estado e pela Comissão de Orçamento da Prefeitura. As avaliações mensais, bimensais, semestrais e anuais são documentadas por relatório elaborado pelo auditor da secretaria responsável pelo hospital de ensino.

A cada dois meses, no mês de intervalo das reuniões do CIAHE são realizadas visitas ao hospital pelo auditor responsável da Secretaria.

O controle social dos contratos se realiza através da participação na CIAHE de um representante indicado pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS) e através de prestação de contas semestrais que a Secretaria faz ao CMS quando

apresenta em reunião regular do Conselho um relatório de avaliação semestral sobre os hospitais contratualizados.

Estes relatórios são encaminhados ao MS, mas não há nenhuma solicitação formal neste sentido.

Lógica e critérios de repasse dos recursos financeiros para a execução do POA

No início, o percentual do orçamento **correspondendo à parte fixa era de 90%** e de **10% para a parte variável**. Os hospitais não valorizavam não alcançar a pontuação máxima, pois 10% representavam pouco frente ao total de recursos do convênio/contrato. **Atualmente (junho de 2008), a parte fixa corresponde a 75% e a variável a 25% e a proposta é chegar a 50% e 50%**. A partir de então, os hospitais movimentam-se muito mais no sentido de alcançar suas metas e indicadores que pontuam, seja tomando medidas internas seja negociando com a Secretaria.

O repasse da parte fixa é dependente do relatório mensal de avaliação elaborado pelo auditor responsável pelo hospital a qual pode sofrer descontos pela não realização sem justificativas das metas pactuadas.

Como consequência da **avaliação bimensal da CIAHE**, o hospital pode ter parte dos recursos relativos ao montante fixo do custeio não repassado caso não atinja as metas físicas de produção sem justificativa e pode ter parte dos recursos do montante variável do custeio deduzido, caso não atinja as metas de qualidade da atenção e de desenvolvimento gerencial e assistencial. **A Secretaria já aplicou desconto da parte variável pelo não cumprimento de metas. Os recursos relativos à parte variável são compreendidos pela Secretaria como um incentivo para o alcance das metas e indicadores pactuados.**

Como penalidade possível, ainda não aplicável, o hospital se produzir muito abaixo da meta física negociada no POA, de forma sistemática e sem justificativa, pode voltar a receber o pagamento da média complexidade segundo a lógica anterior por procedimento realizado.

Problemas da rede ainda não resolvidos

Ainda há **pontos de estrangulamento na rede em relação ao acesso às cirurgias eletivas principalmente as ortopédicas, aos exames e às consultas especializadas.** Uma dificuldade associada é a inexistência de **controle pela Secretaria sobre o tempo médio de espera do paciente para realização destes procedimentos** porque não há um sistema de informações que possibilite este monitoramento. Está previsto no POA como meta de gestão que o hospital regularmente informe à Secretaria sua fila de espera para tais procedimentos.

Secretaria Estadual de Saúde /SES 2

Foi entrevistado um dirigente do nível central da Secretaria, responsável pela Assessoria dos Hospitais de Ensino no cargo há um ano, desde 2007, e que acompanha a contratualização dos hospitais de ensino desde 2004. A Assessoria constitui-se em uma estrutura do nível central da Secretaria que dá suporte técnico às Comissões de Acompanhamento dos Convênios/contratos, às Regionais de Saúde da Secretaria, onde se localizam as referidas Comissões, e aos hospitais de ensino.

Atualmente são vinte sete (27) hospitais de ensino contratualizados pela Secretaria. A Assessoria conta com uma equipe de cinco profissionais, o coordenador e uma arquiteta com formação em administração de serviços de saúde em tempo integral, e em tempo parcial, um médico auditor, um administrador em faturamento e um profissional da área de informática.

Aspectos facilitadores identificados no processo de implantação da contratualização

Na secretaria:

A autonomia que a equipe teve para decidir e utilizar os recursos que foram necessários. A equipe constituída também foi outro fator facilitador. A composição de profissionais de diferentes áreas com conhecimentos distintos foi fundamental. Ter um profissional do faturamento e da informática foi fundamental. Além disso, a equipe era muito motivada, interessada em pesquisar informações na INTERNET, em tabular dados, etc. A publicação também foi motivadora. Seria com ter também um epidemiologista

No hospital:

Quando tinham sistema de informação era um grande facilitador. Hospitais com desenvolvimento gerencial diferenciado também tiveram mais facilidade especialmente na elaboração do POA

Dificuldades identificadas no processo de implantação da contratualização

Na secretaria:

Por parte da SES, não identifica nenhuma dificuldade. Foi trabalhoso montar a equipe de acompanhamento da SES. São cinco (5) pessoas, a coordenação e uma (1) arquiteta com formação em administração de serviços de saúde em tempo integral e mais três (3) profissionais em tempo parcial: um (1) médico auditor, um (1) administradora do faturamento e um (1) profissional da área de informática. Esta equipe acompanha vinte e cinco (25) hospitais de ensino que estão na gestão estadual dos trinta e cinco (35) existentes no estado.

No hospital:

Para os hospitais foi mais difícil pois não tinham sistema de informação ; preenchiam apenas o DATASUS e algumas vezes de forma insuficiente. Além disso, não faturavam de forma adequada perdendo assim recursos. Por fim foi difícil entrar em uma nova lógica de prestar contas e avaliar de forma regular.

Os HE não têm sistemas de custos e a SES tem estimulado-os a implantá-los. Os orçamentos dos contratos são baseados no histórico do faturamento e em geral são subestimados. O MS manteve a parcela de incentivo à contratualização, mas não promoveu nenhum reajuste nela. Se a princípio ela representou de fato um aporte mais diferenciado de recursos, atualmente não impacta tanto.

Benefícios advindos e ou associados à contratualização

Para a secretaria:

Ter maior conhecimento sobre os HE.

Para o hospital:

Compreender a importância das informações, do acompanhamento/evolução de seu próprio desempenho e da comparação com outros HE tendo em vista melhorar seu desempenho.

Além disso, perceberam a necessidade de se profissionalizar para lidar com a informação.

Impacto sobre as diretrizes do Programa de Reestruturação – inserção na rede, qualificação da assistência e qualificação da gestão

Inserção na rede:

Maior integração e maior troca de informações entre os HE, a regional e a secretaria. Quanto ao aumento de oferta e produção de procedimentos de média complexidade não soube informar, mas acha que sim.

Qualificação da assistência:

Não soube informar com precisão. Considera que a partir de agora com a implantação do sistema de indicadores a secretaria poderá ter uma idéia mais precisa sobre a qualidade.

Qualificação da gestão:

Os hospitais passaram a se preocupar mais com a gestão.

Ajustes sugeridos

A consolidação deste processo deve levar cerca de dez (10) anos; a implantação de contabilidade de custos; a profissionalização da gestão dos HE; a implementação de sistema de avaliação de desempenho ; maior racionalização no processo de compra de serviços por parte da secretaria.

Investimentos e capacitação ocorridos

A Secretaria capacitou os hospitais através do acompanhamento na elaboração do POA - orientando e promovendo ajuste. Tendo como referência a minuta elaborada pelo MS, os hospitais de ensino elaboraram uma primeira versão, a Secretaria reviu e apresentou demandas que em geral foram incorporadas. Considerando a equipe da assessoria, o próprio coordenador promoveu capacitação no que foi necessário. **Não houve capacitação e ou contratação de pessoal para as áreas de planejamento, programação e avaliação.**

Elaboração, monitoramento e avaliação

Não **há ainda documento formalizado com um plano de saúde para cada região de saúde**. As Regionais apresentam demandas para seus hospitais de ensino baseadas na demanda reprimida.

Está previsto que cada Regional de Saúde elabore um plano de saúde que servirá de base para a construção dos POAs dos hospitais contratualizados situados na Regional.

As Comissões de Acompanhamento de Convênios/Contratos estão localizadas nas Regionais de Saúde e são compostas por cerca de dez (10) pessoas. Não há necessariamente uma representação paritária considerando Secretaria e Hospital. Em geral há um profissional de planejamento da Regional de Saúde, que coordena a Comissão, representantes do hospital e um representante do Conselho Estadual de Saúde. A Assessoria dos Hospitais de Ensino, quando convidada ou quando deseja fazer alguma apresentação específica, participa das reuniões da Comissão que **acontecem de três em três meses. É então elaborado um relatório com a ata da avaliação realizada** pela Comissão que é encaminhado para a Assessoria de Hospitais de Ensino, para o hospital e para a Coordenação da Regional de Saúde. A assessoria com suas análises dá suporte à avaliação da Comissão e ao hospital.

Ainda não foi aplicada nenhuma punição decorrente da avaliação. Os hospitais tendem a acatar as solicitações e recomendações da Secretaria.

A Assessoria de Hospitais de ensino monitora os hospitais através dos sistemas de informações oficiais do MS e **por um sistema construído pela própria Secretaria**. Realizam **visitas ao hospital sempre quando a contratualização se inicia**, quando muda a direção do hospital ou quando há necessidade.

Promoveram encontros anuais de 2005 a 2007 com os hospitais para discussão dos seus desempenhos e para dar um retorno das informações por eles encaminhadas. Foram também constituídos grupos de trabalho com os hospitais sobre Epidemiologia e Qualidade, Informações Básicas, Ensino e Pesquisa e Tecnologia e Inovação. Os dois últimos não funcionaram adequadamente dado o insuficiente conhecimento da Secretaria nestas áreas. O grupo de Epidemiologia e Qualidade adaptou um sistema de indicadores para avaliação de mortalidade hospitalar.

Lógica e critérios de repasse dos recursos financeiros para a execução do POA

O orçamento do Convênio/Contrato é subdividido em duas partes. A **parte fixa que corresponde a 85% do total** é repassada em parcelas mensais **independente de qualquer condição ou avaliação**. Os restantes **15%, relativos à parte variável**, são repassados mensalmente de acordo com o **alcance dos indicadores de produtividade e isto é compreendido pela Secretaria como um incentivo para o alcance das metas e indicadores pactuados**. Embora previsto, o desconto da parte variável nunca foi aplicado.

Problemas da rede ainda não resolvidos

Ainda permanecem existindo **pontos de estrangulamento na rede em relação à oferta de procedimentos de média complexidade**, onde se localiza especialmente a demanda reprimida, e de **alguns de alta complexidade** como ortopedia, radioterapia, vascular e cirurgia cardíaca.

Secretaria Municipal de Saúde/SMS 3

Foi entrevistado um dirigente do nível central da Secretaria, responsável pela Assessoria de Planejamento em Saúde (ASPLAN) no cargo há um ano, desde 2007, mas que trabalha nesta assessoria há doze anos acompanhando assim o processo de contratualização desde seu início.

Aspectos facilitadores identificados no processo de implantação da contratualização

Na secretaria:

A secretaria já estabelecia uma lógica contratual anteriormente ao 1º contrato assinado em 2005 com a interveniência do MS a partir da Portaria de Reestruturação do MS.

A secretaria transgrediu para adequar o POA às possibilidades de produção do hospital sem que houvesse alteração nos valores pré-fixados.

No hospital:

Não identificou; o entendimento do HE de que haveria um maior aporte de recursos.

Dificuldades identificadas no processo de implantação da contratualização

Para a secretaria:

Conseguir fazer com que o HE ajuste seu perfil assistencial de acordo com o proposto pela secretaria. Em parte, esta dificuldade se explica pelo fato do HE ser o único prestador hospitalar de maior complexidade para a secretaria o que lhe atribui poder, pois sabe que a secretaria não pode prescindir das ações desenvolvidas pelo HE. A rede de serviços do município possui um hospital municipalizado e outro estadual, ambos de menor complexidade assistencial. Outra explicação reside no paternalismo com que a secretaria trata o hospital, pois grande parte dos dirigentes da secretaria são ex-alunos da universidade a qual o hospital pertence.

Mais uma dificuldade reside nos acordos que o HE faz com as secretarias de municípios vizinhos independentemente da secretaria que o contratualiza.

O hospital possui uma espécie de “plano de saúde” para seus funcionários e o controle de quantos pacientes são externos e quantos são funcionários e familiares não é satisfatório; a secretaria fica sem saber o percentual de atendimentos para pacientes da rede frente a essa clientela específica do “plano de saúde interno”.

O HE, juntamente com a secretaria, elabora um POA com as metas consideradas factíveis. No entanto, não há esforços perceptíveis para o seu cumprimento. A produção apresentada aparenta ser inercial, oscilando com as pressões sofridas pelo hospital, quer financeiras, quer corporativistas. Ao final, se alguma meta é ultrapassada a direção do hospital a apresenta, inclusive para a mídia local, como se fosse a única coisa que importasse.

Na atual renovação do contrato/convênio, está havendo dificuldade de negociação com o Hospital a ponto de a secretaria municipal de saúde solicitar a participação do MS/SAS e da secretaria estadual de saúde no processo de negociação de renovação do contrato, o que já está acontecendo. O hospital exige aumento de teto. Porém não há convencimento de que um de que um aporte financeiro maior garantirá o comprometimento e enquadramento do HE ao POA.

Para o hospital:

A principal dificuldade reside na resistência das equipes assistenciais para assumir /aceitar a nova lógica de relação com a secretaria - onde deve haver prestação de contas e onde os recursos são finitos. O hospital é permeável à ingerência dos serviços que por vezes constituem-se em “feudos” dos professores/doutores. Apesar de a direção do hospital entender a nova lógica e estabelecer uma boa articulação com a secretaria, sua disseminação/capilarização para dentro do hospital não é fácil. Junte-se a isso o fato de os profissionais não ganharem qualquer bônus pela produção

Benefícios advindos e ou associados à contratualização

Para a secretaria:

Ganhou mais conhecimento sobre o hospital o que ajuda no planejamento e controle do gerenciamento dos exames e consultas ambulatoriais através de sua disponibilização na central de regulação (leitos não estão na regulação, mas as consultas de 1ª vez estão).

Houve um estreitamento intermitente no relacionamento entre a secretaria e o HE. Porém, os empecilhos anteriores continuaram a existir na prática.

Para o hospital:

Houve uma maior profissionalização. Com o POA, o hospital ganhou mais conhecimento sobre si mesmo e sobre a rede de atenção; com isso melhorou a relação que tinha com a rede e com a secretaria. O hospital sabe que há um contrato que é pago pela secretaria.

Impacto sobre as diretrizes do Programa de Reestruturação – inserção na rede, qualificação da assistência e qualificação da gestão

Inserção na rede:

O hospital se inseriu mais na rede. Isso é constatado através do aumento das vagas disponibilizadas na central de regulação e do aumento das contra-referências. Houve acréscimo de número de consultas, exames, cirurgias e internações

Qualificação da assistência:

Houve aumento da produção com aumento da taxa de ocupação e melhoria das taxas de infecção hospitalar.

Qualificação da gestão:

Houve maior profissionalização da gestão do hospital e houve uma melhoria na interlocução com a secretaria.

Ajustes sugeridos

Mais participação do MEC no processo, especialmente aportando recursos para pagamento de recursos humanos. O Hospital paga recursos humanos com recursos do contrato/convênio o que não deveria fazer.

Ampliação da comissão de acompanhamento incluindo representação de municípios nos casos em que o HE tem atuação regional.

O Ministério necessita atualizar a remuneração de procedimentos de média complexidade ambulatorial e hospitalar e retirá-los do pagamento pré-fixado (otorrinolaringologia, ultrassonografia, etc.).

Investimentos e capacitação ocorridos

Não houve nenhuma capacitação do hospital por parte da Secretaria, porém o contrato e POA foram elaborados conjuntamente pelo hospital e Secretaria.

Na Secretaria houve um **treinamento para os profissionais do Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria (DECAU) e para os supervisores da área de nível central responsáveis pelos ambulatórios e hospitais.** Além disso, investimentos foram realizados através da implantação de **sistemas automatizados de informação** para controle de consultas e de exames, no DECAU e na ASPLAN.

Elaboração, monitoramento e avaliação

A Secretaria elabora um plano municipal anual e participa da elaboração de um plano regional trienal que contempla vários municípios e ambos apresentam metas para o hospital. Estes planos são utilizados na elaboração do POA do hospital. No primeiro POA foi utilizado o plano municipal e na revisão atual está sendo utilizado o regional, **pois esta revisão está sendo realizada com a presença de vários municípios.**

O primeiro convênio/contrato firmado com o hospital, ainda em vigência, foi em 2005 (período previsto de cinco anos). **O POA teria validade de um (1) ano quando então deveria ter ocorrido uma renovação que até o momento não ocorreu por dificuldade de relacionamento da Secretaria com o hospital.** Em

2006, foi assinado um termo aditivo ao contrato de 2005 e em 2007, o hospital se recusou a assinar novo POA e TA.

A Comissão de Acompanhamento dos Contratos, responsável pela elaboração e monitoramento do convênio/contrato e POA, foi formalmente constituída através de Resolução do Secretário de Saúde e é integrada por cinco(5) profissionais da Secretaria do nível central - ASPLAN, Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria, Assessoria Técnica e Direção da Rede Ambulatorial e cinco(5) profissionais do hospital. Não integra a Comissão, o dirigente de nível central responsável pelos hospitais. Os representantes do hospital são nominalmente designados pelo diretor através de ofício à Secretaria.

Atualmente a **Comissão foi ampliada informalmente** incorporando **dois (2) representantes dos seis (6) municípios** que compõem uma das Regiões Metropolitanas e que se utilizam do hospital de ensino. Futuramente incorporará um (1) representante do Conselho Municipal de Saúde, um (1) representante do Ministério Público, um (1) representante da Secretaria Estadual de Saúde e um (1) representante do Conselho Regional de Medicina.

Embora ainda não haja um controle social sobre o contrato e POA, deverá ter tendo em vista a proposição de inclusão de um representante do Conselho Municipal de Saúde na Comissão de Acompanhamento de Contratos.

A Comissão monitora as metas de produção e o faturamento da média e alta complexidade. Não há uma periodicidade pré-determinada para ocorrer reuniões da Comissão. Em período de elaboração do POA, as reuniões da Comissão são semanais. A ASPLAN, o Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria, a Direção da Rede Ambulatorial e a Direção da Rede Hospitalar realizam cada um deles separadamente, uma avaliação mensal sem elaboração de relatório, sendo que a cada dois (2) meses promovem reunião conjunta de avaliação. Há elaboração de relatórios mensais pelos supervisores de cada hospital vinculados às Direções de Rede Ambulatorial e Hospitalar. A ASPLAN elabora um relatório anual do contrato e do POA que é encaminhado para o Secretário de Saúde e para o MS, mas não é encaminhado para o hospital.

Na verdade a avaliação serve para subsidiar a elaboração de um novo contrato e POA e evidencia as não conformidades. Quando o hospital produz fora da conformidade dos tetos e procedimentos habilitados, a Secretaria glosa e avisa ao hospital.

Lógica e critérios de repasse dos recursos financeiros para a execução do POA

Os recursos relativos à parte fixa do custeio do contrato correspondem a 90% do total e são repassados sem avaliação de metas ou condição pré-estabelecida. Os restantes 10% relativos à parte variável deveriam ser repassados mediante o cumprimento das metas de produção assistencial, **o que não tem ocorrido, seu repasse tem sido independente do alcance das metas.** A parte variável dos recursos de custeio não é **percebida pela Secretaria como um incentivo para o alcance das metas e indicadores pactuados.**

Entretanto, considera que **poderia funcionar como incentivo o pagamento acima da tabela nos casos em que o hospital produzisse determinado procedimento de interesse para a Secretaria e a garantia de pagamento integral de toda a produção de alta complexidade desde que regulada pela Secretaria.**

O hospital nunca ultrapassou o teto na alta complexidade e na média complexidade. Sendo a média complexidade pré-fixada, percebe-se que o hospital tem diminuído sua produção inclusive com o não cumprimento de metas estratégicas como cirurgias de otorrinolaringologia, deixando a Secretaria à mercê de demandas judiciais.

A avaliação não traz conseqüências imediatas para o repasse de recursos do convênio/contrato. A Secretaria não deixa de repassar a parte variável e fixa mesmo quando o hospital não cumpre as metas acordadas. O hospital já deixou de cumprir metas e a Secretaria repassou o recurso porque considerou que o impacto financeiro seria desastroso para o hospital.

Problemas da rede ainda não resolvidos

Permanecem existindo pontos de estrangulamentos na rede especificamente na alta complexidade ambulatorial e de internação. Há filas de espera para internações de média complexidade principalmente em urologia, otorrinolaringologia e ortopedia.

Secretaria Municipal de Saúde /SMS 4

Foi entrevistado um dirigente do nível central da Secretaria, responsável substituto da Superintendência de Regulação do SUS, estrutura constituída, em março de 2007, especificamente para cuidar da contratualização dos hospitais filantrópicos e de ensino. Embora a 1ª contratualização com os hospitais de ensino tenha ocorrido com a Secretaria Municipal em 2004, em julho de 2005 todos os convênios/contratos foram repassados para a Secretaria Estadual que se constituiu como gestora da rede hospitalar. Em fevereiro de 2007, a Secretaria retoma a condição de gestora, contratante e reguladora dos hospitais. Em função disso, algumas repostas do dirigente têm como referência a experiência de contratualização com os hospitais filantrópicos que foi retomada ou iniciada antes da com os hospitais de ensino.

Neste momento, a Secretaria e hospitais de ensino estão em processo de negociação de novos convênios/contratos e POAs.

Aspectos facilitadores identificados no processo de implantação da contratualização

Na secretaria:

Não sabe informar. O município recentemente retornou à condição de gestão plena

No hospital:

Hospitais com maior estruturação gerencial e assistencial é mais fácil o processo de implementar a contratualização.

Dificuldades identificadas no processo de implantação da contratualização

Para a secretaria:

A inexperiência, pois é um novo modelo; o relacionamento com a Procuradoria Geral do Município porque valorizam exclusivamente a Constituição e Lei de Licitações não considerando as especificidades do setor saúde; os HE trabalham com emergências fechadas; os HE trabalham com protocolos fechados para recebimento de pacientes para as consultas especializadas o que dificulta o

encaminhamento de pacientes da rede para serem atendidos nos HE tanto na média quanto na alta complexidade; os HE tendem a atender suas próprias demandas internas.

Para o hospital:

Para o hospital é um modelo novo, não estão acostumados à regulação; dificuldade de compreender a hierarquização da atenção na rede; falta de profissionalização; a programação orçamentária e financeira pode não refletir os gastos dos HE tendo em vista que a informação da produção das unidades é bastante defasada; sub-registro da informação da produção dos HE no SIA e SIH; os dirigentes dos HE não têm noção das suas atribuições no SUS e muito menos entendem o sistema como uma rede.

Benefícios advindos e ou associados à contratualização

Para a secretaria:

Possibilidade de maior controle; pela primeira vez o gestor “dá as cartas” e possui mecanismos de controle (comissões de acompanhamento); o gestor identifica suas necessidades e pactua no POA.

Para o hospital:

Ajuda-o a ajustar seu perfil assistencial e fortalece seu papel na rede de atenção. O hospital é forçado a melhorar seu sistema de informação.

Impacto sobre as diretrizes do Programa de Reestruturação – inserção na rede, qualificação da assistência e qualificação da gestão

Inserção da rede:

Não sabe informar. Considera que houve aumento de oferta e de produção de procedimentos de média complexidade.

Qualificação da assistência:

Não temos como avaliar.

Qualificação da gestão:

O gestor passa a ter mais controle sobre a oferta de serviços e pagamento dos mesmos; para o hospital deve acontecer o mesmo.

Ajustes sugeridos

Abertura dos hospitais de ensino para as necessidades da rede do SUS, com melhoria do acesso, com protocolos menos rígidos de recebimento de pacientes; inserção do HE na rede de urgência/emergência; oferta de educação continuada para a rede SUS.

Investimentos e capacitação ocorridos

Não houve capacitação do hospital pela Secretaria e nem investimentos, tendo em vista que os contratos foram repassados para a Secretaria Estadual de Saúde em 2005. Com a retomada da contratualização pela Secretaria Municipal **houve um remanejamento de profissionais para constituição de uma estrutura específica de acompanhamento dos hospitais contratualizados**. Além disso, foi realizada uma **oficina interna de trabalho com assessores jurídicos** do COSEMS para tratar das implicações jurídicas da contratualização. **Não houve capacitação e ou contratação de pessoal para as áreas de planejamento, programação e avaliação.**

Elaboração, monitoramento e avaliação

A Secretaria elabora regularmente um plano municipal anual, mas não há um plano específico para a área hospitalar. A experiência da Secretaria Municipal com a contratualização dos hospitais filantrópicos em curso será utilizada para os hospitais de ensino. No caso dos filantrópicos, há uma comissão de acompanhamento de contratos para cada um dos hospitais contratualizados a qual se reúne a cada três (3) meses para avaliar o alcance das metas apresentadas nos Planos Operativos e elaborar relatório de avaliação. Integram a Comissão três (3) representantes da Secretaria, dois (2) do hospital e um (1) do Conselho Municipal de Saúde. Os hospitais filantrópicos

deveriam encaminhar mensalmente à Comissão um relatório de avaliação, o que não tem ocorrido.

A Secretaria e os hospitais de ensino iniciaram o processo de negociação para elaboração de um novo contrato e POA em outubro de 2007, no qual também tem participado o MS e a Secretaria de Estado da Saúde. Serão também constituídas Comissões de Acompanhamento de Convênios/Contratos a semelhança das dos hospitais filantrópicos, incluindo de forma diferenciada na sua composição um (1) representante da Secretaria Estadual de Saúde. A periodicidade da avaliação da Comissão deverá ser trimestral com encaminhamento de relatório de atividades pelo hospital de ensino.

O controle social ocorrerá através da representação do CMS na Comissão de Acompanhamento, como ocorre com a contratualização dos hospitais filantrópicos.

Lógica e critérios de repasse dos recursos financeiros para a execução do POA

No caso dos hospitais filantrópicos o valor dos recursos relativos ao componente fixo do contrato é repassado integralmente pelo Fundo Municipal de Saúde. A parte variável é dependente do cumprimento de metas de produção; caso não sejam alcançadas há diminuição do valor dos recursos repassados. **No caso dos hospitais de ensino ainda não está em operação o processo de monitoramento e avaliação, mas a Secretaria poderá encaminhar relatório de avaliação do POA para o Fundo Nacional de Saúde sugerindo o não repasse total no caso de não cumprimento de metas.**

Problemas da rede ainda não resolvidos

Continuam sendo pontos de estrangulamento da rede, a oferta de procedimentos média e alta complexidade ambulatorial e de internação. Há filas de espera para os transplantes, para as cirurgias vasculares, oftalmológicas e urológicas, para as consultas especializadas, para os exames de ressonância magnética, de tomografia computadorizada, hemodinâmica, etc.

Hospital de Ensino 1

Foi entrevistado o dirigente geral do hospital ocupando esta função desde o segundo semestre de 2001, há seis anos e meio e representante do hospital na Comissão Interinstitucional de Acompanhamento de Convênios dos Hospitais Certificados como de Ensino (CIAHE).

Aspectos facilitadores identificados no processo de implantação da contratualização

O processo de revisão do modelo gerencial em curso no hospital. Vários serviços já estavam agrupados em unidades funcionais e já havia sido implantado um conjunto de práticas e de ferramentas que estruturaram a gestão e qualificaram a assistência.

O hospital também já tinha uma boa integração e inserção na rede, pois já era referência para duas unidades de urgência 24 horas da Secretaria, gerenciando inclusive a equipes médicas destas unidades.

Dificuldades identificadas no processo de implantação da contratualização

Não pagamento de todos os serviços prestados (há serviços que são prestados e não são pagos seja porque excedem a meta pactuada , seja porque não foram pactuados, mas cabe ao hospital ofertá-lo por sua condição de instituição de ensino).

Não atualização dos valores inclusive do incentivo à contratualização o que não possibilitou o hospital alcançar equilíbrio econômico-financeiro.

A secretaria só contrata os procedimentos que são de interesse para a rede de serviços; não contrata os que são do interesse do hospital de Ensino; em função disso houve conflito com os docentes.

Benefícios advindos e ou associados à contratualização

Para o hospital:

A certeza do recebimento de 1/12 da parcela fixa de seu custeio independente da produção.

Maior preocupação da direção e equipes com o registro de sua produção.

Mais foco e controle interno nas metas e indicadores tanto por parte da direção e das equipes.

Para a secretaria:

Ter maior controle sobre o potencial de oferta de serviços dos hospitais, tendo em vista o contrato de gestão e a central de regulação.

Para a SAS/ MS:

Redução das reclamações dos hospitais de ensino.

Experimentação de um novo modelo de financiamento /pagamento em contraposição ao pagamento por produção.

Impacto sobre as diretrizes do Programa de Reestruturação – inserção na rede, qualificação da assistência e qualificação da gestão

Houve pouco impacto porque várias iniciativas já vinham sendo implementadas.

Inserção na rede:

Um exemplo de maior integração decorrente do contrato foi a oferta por parte do hospital de capacitação para os médicos da atenção básica tendo em vista aumentar a capacidade técnica resolutive dos mesmos; assim diminuiria o número de pacientes encaminhados para o hospital que poderiam ter seus problemas resolvidos no âmbito da atenção básica.

Entretanto a contratualização trouxe maior integração das unidades, maior controle e uma cobrança mais rigorosa.

Qualificação da assistência:

Para o paciente mais complexo melhorou porque ele passou a ter mais acesso. Entretanto essa consequência foi ruim para o ensino porque aluno deixa de ver casos mais simples.

Qualificação da gestão:

O hospital precisou ter mais foco nas suas metas e indicadores; ter metas mais claras e precisas; precisou também a ter mais capacidade de monitoramento de seus registros, metas e indicadores.

Ajustes sugeridos

Dez (10) a quinze por cento (15%) da capacidade instalada dos HE deveriam ser destinadas às atividades de ensino e pesquisa as quais deveriam ser financiadas pelo SUS, sendo ou não do interesse imediato do gestor municipal e ou estadual. Por exemplo, como formar o aluno em cirurgia plástica sem campo de prática para a cirurgia estética?

Introduzir ajustes que de fato assegurem o equilíbrio econômico-financeiro dos HE.

Investimentos e capacitação ocorridos

Não houve iniciativa do MS e da Secretaria para capacitação do hospital na elaboração do convênio/contrato, POA e monitoramento do mesmo.

Hospital de Ensino 2

Foi entrevistado o chefe de gabinete da Superintendência do Hospital de Ensino e por sua indicação, para complementação da entrevista, o responsável pelo Acompanhamento de Convênios do Núcleo Econômico Financeiro do Hospital, o primeiro ocupando o cargo desde 2003, há cinco (5) anos e o segundo desde 2000, há nove (9) anos. O primeiro é um dos representantes do hospital formalmente designado na Comissão de Acompanhamento dos Convênios/Contratos constituída pela Secretaria e o segundo participa como convidado regular das reuniões da referida Comissão; ambos acompanham a contratualização do hospital de 2004.

Aspectos facilitadores identificados no processo de implantação da contratualização

O Hospital das Clínicas como conglomerado, antes do estabelecimento da contratualização com a secretaria já estabelecia, juntamente com os diretores executivos das unidades componentes, metas e indicadores os quais eram avaliados em reuniões periódicas com seus diretores executivos.

Dificuldades identificadas no processo de implantação da contratualização

Não identifica dificuldades (entrevistado 1)

Aumentou o trabalho do hospital para produzir as informações exigidas sem acrescentar necessariamente informações relevantes para o processo de avaliação(entrevistado 2).

Benefícios advindos e ou associados à contratualização

Para o hospital:

Reforçou e validou através de órgão externo, a secretaria, a lógica de prestação de contas já instituída entre a superintendência geral do conglomerado e diretores de suas unidades componentes.

Para a secretaria:

Propiciou uma maior aproximação com a secretaria. Já havia uma integração grande entre hospital e secretaria, onde a superintendência geral e o secretário se

reuniam quase que semanalmente. Com o advento da contratualização, a interação se intensificou especialmente entre hospital e Regional de Saúde (entrevistado 1).

Possibilitou à Secretaria mais informação sobre o hospital e melhorou a qualidade da triagem realizada pela central de regulação da secretaria (entrevistado 2).

Para a SAS/MS:

A visita de certificação é muito rica para todos os participantes – para quem visita e para quem é visitado. Há uma intensa troca de informações e de experiências entre os certificadores (alguns são técnicos do nível central do MS e outros que são de outros hospitais e secretarias) e equipe do hospital(entrevistado 1)

Impacto sobre as diretrizes do Programa de Reestruturação – inserção na rede, qualificação da assistência e qualificação da gestão

Inserção na rede:

O hospital está em crescente processo de inserção na rede de atenção. O contrato reforça este processo. Houve um incremento da produção de procedimentos de média complexidade (entrevistado 1)

Qualificação da assistência:

Não soube identificar (entrevistado 2)

Qualificação da gestão:

Ainda não. O hospital já pensava em utilizar contratos internos entre o nível central e as unidades componentes. A contratualização com a secretaria reforça esta iniciativa e enriquece a lógica já antes praticada de estabelecimento de metas e indicadores. Antes da contratualização, e ainda é assim, estas metas e indicadores são no campo econômico-financeiro visando acompanhar a sustentabilidade das unidades componentes (entrevistado 1).

Ajustes sugeridos

Aperfeiçoamento dos mecanismos de integração com a rede especialmente os de referência e contra-referência de forma a que as vagas disponibilizadas sejam de fato utilizadas (entrevistados 1 e 2)

Aperfeiçoamento dos instrumentos de informação, com maior velocidade na troca de informação entre SES e o Hospital (entrevistados 1 e 2)

Investimentos e capacitação ocorridos

Não houve iniciativa do MS e da Secretaria para capacitação do hospital na elaboração do convênio/contrato, POA e monitoramento do mesmo

Hospital de Ensino 3

Foi entrevistado um assessor de planejamento ocupando o cargo desde 2006. Foi Diretor da Divisão Médica no período de 2003 a 2006 e acompanhou a 1ª contratualização do hospital em 2004.

Aspectos facilitadores identificados no processo de implantação da contratualização

Não identifica.

Dificuldades identificadas no processo de implantação da contratualização

Não conhecimento das partes sobre o processo de contratualização

Conciliar interesses diversos como os da academia e o do hospital, do ensino e da produção ao mesmo tempo; interesse da SMS por mais procedimentos de média complexidade. Fazer média complexidade não é missão do hospital.

Controlar os pacientes de outros municípios; isso exige negociação, às vezes tensa, no interior da secretaria contratante e entre esta e os municípios vizinhos de origem dos pacientes e isso não aconteceu de forma satisfatória.

A parcela fixa foi subestimada tendo em vista que a produção foi também subestimada.

O orçamento foi calculado considerando a produção dos primeiros seis (6) meses do ano anterior (janeiro e fevereiro são de baixa produção). A estimativa de produção encontrada foi orçada considerando os valores da tabela SUS. Não houve nenhum acréscimo à produção e ao valor da tabela SUS. Não foram considerados investimentos que se traduziram em aumento da oferta de serviços (ultra-sonografia, por exemplo).

Não prever recursos para investimento; se o hospital precisa fazer alguma obra precisa correr atrás do recurso (fora do contrato). Não há também recursos para investimento previstos pelo orçamento do MEC.

Não ter dinheiro novo no processo. Mesmo que se aumente a produção não é possível ter mais recursos. Isto inviabiliza que o hospital implemente uma melhoria mais significativa .

Não houve de fato uma parceria e negociação adequadas.

O hospital usar o recurso do contrato para contratação temporária de pessoal (não prevista no contrato) diminuindo ainda mais o recurso de custeio.

O hospital não ter promovido uma discussão interna para negociar e conciliar interesses.

Não cumprimento das metas qualitativas.

Benefícios advindos e ou associados à contratualização

Para o hospital:

A grande vantagem seria introduzir uma prática regular de planejamento e programar as despesas tendo em vista o conhecimento prévio do recurso a ser recebido no ano e no mês. Na pratica acabou não acontecendo apesar do conhecimento prévio do recurso.

Os funcionários passaram a entender melhor que o hospital faz parte de uma rede de serviços

Apesar das dificuldades, uma melhor compreensão por parte da comunidade universitária do papel da unidade no SUS, com diminuição da atenção básica e priorização, na medida do possível, do atendimento de alta complexidade.

Para a secretaria:

A grande vantagem foi passar a ter possibilidade de interferir nos hospitais. O contrato aprimorou e formalizou a regulação que a SMS já fazia antes informalmente.

Para a SAS/MS:

Melhor planejamento dos gastos com os HE.

Impacto sobre as diretrizes do Programa de Reestruturação – inserção na rede, qualificação da assistência e qualificação da gestão

Inserção na rede:

Colaborou para a integração, formalizou a regulação e aumentou a produção para a rede da média complexidade - alguns procedimentos por ex mamografias

Qualificação da assistência:

É difícil avaliar. É possível que sim, mas é difícil dizer se decorrente do contrato e ou de uma gestão mais profissional. Dirigentes do hospital e da secretaria que davam mais prioridade ao planejamento também imprimiram uma maior estruturação ao hospital.

Qualificação da gestão:

Idem.

Ajustes sugeridos

O hospital deveria discutir internamente e compromissar com as equipes sua capacidade de produção, de ampliação e inovação e metas de qualidade para depois negociar com a secretaria. Os serviços deveriam estar agrupados em “unidades de produção” que seriam acompanhadas quanto às metas pactuadas. O sistema deveria prever uma “premiação” no caso de superação das metas estabelecidas.

É necessária a participação de um controle externo isento no acompanhamento do POA, como um “poder moderador”, de modo a serem administradas as tensões entre a secretaria e a comunidade universitária durante o processo.

Incluir recursos para investimentos: o hospital teria um projeto de desenvolvimento institucional que seria discutido com o gestor, respeitando sua vocação e perfil de atendimento na rede. O contrato deveria prever também aumento de recursos para custeio, uma vez contemplado o aumento da oferta de serviços por conta do investimento realizado.

Investimentos e capacitação ocorridos

Não houve nenhuma iniciativa do MS e da Secretaria para capacitar o hospital na elaboração dos convênios/contratos e POA. Para o primeiro convênio/contrato, o hospital elaborou uma proposta que foi encaminhada à Secretaria que fez uma

contraproposta; em seguida em reunião com a presença do MS o convênio/contrato foi concluído.

Hospital de Ensino 4

Foi entrevistado o dirigente da Divisão de Saúde da Comunidade que ocupa esta função desde 1998 e é um dos representantes do hospital na Comissão de Acompanhamento de convênios/contratos da Secretaria que está em processo de constituição.

Aspectos facilitadores identificados no processo de implantação da contratualização

Atualmente em relação ao novo contrato, o envolvimento efetivo das chefias de serviços do hospital e dos coordenadores de área da secretaria (ortopedia, oftalmologia, etc) na elaboração do POA .

Dificuldades identificadas no processo de implantação da contratualização

Do ponto de vista interno, a principal dificuldade reside na resistência oferecida pelas chefias de serviços (que em geral são os professores titulares da especialidade; somente no caso do professor recusar, a chefia é assumida por outro profissional não docente) a implantação de uma nova lógica de compromisso e foco nos resultados e de responsabilização e prestação de contas em relação aos mesmos. Em geral os serviços são muito autônomos.

Considerando a secretaria, a principal dificuldade reside na inexperiência da secretaria com esta nova lógica que exige planejamento – ter um plano de saúde para o município como um todo e saber claramente o que deseja que o hospital faça tendo em vista o plano. Implica em conhecer as necessidades da população e a capacidade de oferta e de produção de sua rede. Exige também capacidade de negociação e de acompanhamento.

Benefícios advindos e ou associados à contratualização

Para o hospital:

Pode contribuir para uma maior organização interna do hospital. Vai exigir do hospital maior capacidade de planejamento, de definição de prioridades e de ter foco nelas.

Para a secretaria:

Obter mais conhecimento sobre o que acontece nas unidades sob contrato.

Para SAS/MS:

Otimização dos recursos.

Impacto sobre as diretrizes do Programa de Reestruturação – inserção na rede, qualificação da assistência e qualificação da gestão

Inserção na rede:

Não. É difícil avaliar uma vez que o convênio/contrato até então vigente não foi monitorado.

Qualificação da assistência:

Não.

Qualificação da gestão:

Não.

Ajustes sugeridos

As iniciativas que foram implementadas no processo de renovação do convênio/contrato praticamente finalizado e aquelas previstas (como construção da matriz de acompanhamento, as reuniões com as chefias, as reuniões de avaliação bimestrais com a Secretaria).

Investimentos e capacitação ocorridos

Não houve iniciativa do MS e da Secretaria para capacitação do hospital na elaboração do convênio/contrato, POA e monitoramento do mesmo