

ÉVILA INSE CRISTOFOLI

Processo de implantação do instrumento de gestão
“Contrato Programa”, no Hospital Infantil Cândido
Fontoura, da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo,
no período de 2008 a 2011.

Dissertação apresentada ao Curso de
Pós-Graduação da Faculdade de
Ciências Médicas da Santa Casa de
São Paulo, para obtenção do título de
Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Programas e serviços no âmbito da política de saúde

Orientador: Prof^o. Dr. CÁSSIO SILVEIRA

São Paulo
2013

FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pela Biblioteca Central da
Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

Cristofoli, Évila Inse

Processo de implantação do Instrumento de gestão “Contrato Programa”, no Hospital Infantil Cândido Fontoura, da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, no período de 2008 a 2011./
Évila Inse Cristofoli. São Paulo, 2013.

Dissertação de Mestrado. Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Programas e Serviços no Âmbito da Política de Saúde.

Orientador: Cássio Silveira

1. Contratos 2. Gestão em saúde 3. Setor público 4, Recursos humanos em saúde 5. Administração em saúde pública 6. Modelos organizacionais

BC-FCMSCSP/56-13

"Aprendi que vai demorar muito para me transformar
na pessoa que quero ser, e devo ter paciência.
Mas, aprendi também, que posso ir além dos limites
que eu próprio coloquei."

[Charles Chaplin](#)

À Dra. Ana Maria Abrahão Thomaz Chaddad

"Na política,
se você quer que algo seja falado,
peça a um homem.
Se quer que algo seja feito,
peça a uma mulher"

Margareth Thatcher, 1982

Agradecimentos

Agradeço a Deus, por todas as horas, pela saúde, pela família, amigos, professores, que Ele continue iluminando meu caminho.

Aos meus avós que me ensinaram sobre o amor e a gratidão e de quem herdei valores e virtudes dos quais jamais me perderei. A minha mãe, pelas críticas e firmeza assertiva de quem educa, pois assim pude me tornar uma pessoa mais persistente, ética, de fibra e coragem.

À Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo por oportunizar o avanço acadêmico com a realização do mestrado, por apostar em seus servidores como possibilidade de um futuro mais promissor à Saúde por meio da aplicação de nossos conhecimentos, agora aprimorados.

À Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, ao grupo de apoio administrativo: Daniel, Marcia, Sara e às bibliotecárias sempre dispostas a nos ajudar. À Santa Casa de Misericórdia, que me fez ter um sentimento de pertencimento aos que fazem das práticas de saúde uma possibilidade de melhoria de vida.

A todos os amigos do Hospital Infantil Cândido Fontoura, que direta e indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho, em especial a Francisco Elcio da Silva pelas pontuais anotações, observações e demonstração de parceria na condução dos grupos focais como observador.

A todos os meus amigos de turma que dividiram alegrias, decepções, esperanças e muitas ideias. Aos mais maduros meu respeito no compartilhamento das experiências vividas, aos mais jovens a admiração e o agradecimento por nos emprestar o frescor da juventude que nos faz acreditar

que amanhã será ainda melhor. Em especial a Cassia Marinho Tubone, minha “irmã” de coração, a Sonomi, Maria Emilia, Rodrigo, Iris, Alice, Cassia Liberato, Paula, Nelson Yatsuda, Belfari, Marcelo, Eder, Sabrina e Cilene.

Especial agradecimento pelos préstimos de correção e sugestões feitas pelo Profº Dr. Alipio Correia de Franca Neto, que em sua atribuição diária dedicou a esta dissertação parte de seu precioso tempo de trabalho me fazendo crer mais uma vez que nada em nossas vidas é por acaso, Deus sabe o que faz!

“ A gente corre o risco de chorar um pouco quando se deixou cativar...”

Antoine de Saint-Exupéry.

Aos Mestres

O tempo pode ser aquele que se arrasta ou que plana suave, para além do tic tac dos relógios e das angústias e ansiedades que transpassam entre o início e o fim.

O tempo de hoje difere do tempo que se situava na graduação, no lato sensu, até meados do mestrado. Naquele momento o tempo se arrastava diante de meras vinte páginas de leitura, que se mostravam longas e intermináveis da primeira a última linha, na última página. Pensávamos: qual o mistério para leituras infindáveis pelos mestres relatadas; a eles a imortalidade diante de nossos olhos ingênuos.

Mas, como tudo na natureza o tempo transcorreu, e com mais facilidade catalisamos as energias e as últimas linhas logo passaram a se transformar em primeiras de novos temas e assuntos. Experimentamos o devaneio intelectual de conhecer, de ir e vir, construir e desconstruir.

Então, nos percebemos infiltrados como um fio d'água em meio às rochas endurecidas. Transpusemos um portal que nos conduziu a maturidade, ao campo da criação, da crítica embasada, da prática argumentativa.

Aos mestres os méritos pelo alcance do objetivo primordial, da transformação, da transmutação. Pelo respeito ao nosso tempo como alunos, pela espera de quem vê a semente germinar, pelo respeito a decisões inesperadas dos que vieram em tempos que, pelas tramas da vida, se revelaram inoportunos, mas que ainda assim, levaram consigo sementes a plantar. Uma vez aberta a caixa de ferramentas esta jamais permanecerá intocada.

Aos mestres, minha admiração, profundo respeito e gratidão por terem contribuído de maneira ímpar com minha instrumentalização acadêmica e profissional.

Peço licença aos demais professores para agradecer em especial a meu orientador Prof^o Dr. Cássio Silveira, paciente, atento e assertivo sempre com palavras de compreensão e estímulo; ao Prof^o Dr. Nivaldo Carneiro Junior meu “co-orientador” de coração, que mesmo por descuido desta, ainda manteve-se fiel em suas contribuições. Ao Prof^o Dr. Paulo Carrara de Castro, que incansavelmente nos ilustra com suas experiências e principalmente com o sentido de obrigação ética na dedicação ao bem comum. A Prof^a Dra. Maria Amelia de Sousa Macena Veras, Prof. Dr. Nelson Ibañez e Prof^o Dr. José Cássio de Moraes por viabilizarem, na avaliação da entrevista, a realização de um sonho reconhecido por eles naquele momento por meio de meu entusiasmo; à Prof^a Dra Rita de Cássia Barradas Barata, por toda genialidade, pelo carisma, pela orientação precisa e lúcida. Principalmente por ter me incentivado a um estudo de caso, quando me pareceu simples demais, lembrando-me da Revolução Francesa. Espero tê-la conseguido!

A todos os professores, obrigada!

Resumo

O objeto de pesquisa foi descrever o processo de implantação do instrumento de gestão Contrato Programa, no Hospital Infantil Cândido Fontoura, da Coordenadoria de Serviços de Saúde, da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Para o desenvolvimento desta pesquisa realizamos entrevistas semi estruturada e análise documental. Nas entrevistas o objeto foi conhecer os propósitos da Secretaria de Saúde, por meio da Coordenadoria de Recursos Humanos e de Serviços de Saúde na implantação, bem como analisar o papel do gerente. A análise do material coletado objetivou caracterizar o teor do contrato, suas formas de acompanhamento e avaliação, baseados em conceitos e experiências e suas aplicações no exterior e no Brasil. Os resultados mostraram que esta modalidade pode representar o futuro para os hospitais da administração direta. As metas e os objetivos contratualizados nortearam as ações levando a melhoria na eficiência dos serviços prestados. No entanto, deve se aprimorar a pactuação entre rede de serviços que referencia a população ao hospital, correndo o risco de inviabilizar metas estabelecidas. Concluímos que é imprescindível uma política de recursos humanos onde o servidor público se aproprie de seu papel institucional, que haja valorização dos saberes e das práticas de saúde, utilizando a participação, gestão compartilhada e cogestão.

Palavras Chave: Contratos; Gestão em saúde; Setor público; Recursos humanos em saúde; Administração em saúde pública; Modelos organizacionais.

Abstract

The object of research was to describe the process of implementing a management tool Agreement Program, Children's Hospital Candido Fontoura, the Coordinator of Health Services, the Ministry of Health of São Paulo. To develop this research we conducted semi-structured interviews and documentary analysis. In the interviews the object was to know the purpose of the Department of Health, through the Coordinator of Human Resources and Health Services deployment, and analyze the role of manager. The analysis of the collected material aimed to characterize the content of the contract, their ways of monitoring and evaluation, based on experiences and concepts and their applications in Brazil and abroad. The results showed that this method may represent the future for the direct administration of hospitals. The goals and objectives contracted guided the actions leading to improvement in the efficiency of services provided. However, should improve the agreement between network service that references the hospital population, the risk of derail goals. We conclude that it is essential to have a human resources policy where the public servant to take ownership of their institutional role, there is enhancement of knowledge and health practices, use participation, management and shared management comanagement.

Keywords: Contracts, Health management; Sector Public health human resources, public health administration, organizational models.

ÍNDICE

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 CONCEITO DE CONTRATO PROGRAMA	21
1.2 EXPERIÊNCIAS INTERNACIONAIS E NO BRASIL.....	29
2 RECURSOS HUMANOS	40
3 HOSPITAL INFANTIL CÂNDIDO FONTOURA	45
4 OBJETIVOS	50
4.1 OBJETIVO GERAL.....	50
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	50
5 PRESSUPOSTOS DE PESQUISA	51
6 METODOLOGIA	54
7 RESULTADOS	57
7.1 CONTEXTO DE TRANSFORMAÇÕES NO HICF	57
7.2 O CONTRATO PROGRAMA NO HICF	63
7.3 OS ATORES ENVOLVIDOS NO PROCESSO	66
7.3.1 A Coordenação de Serviços de Saúde	66
7.3.2 A Coordenação de Recursos Humanos.....	71
7.3.3 A Gerência do HICF na atualidade	74
7.3.4 Trabalhadores administrativos e da assistência à saúde	79
8 DISCUSSÃO	84
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS	90
ANEXO I PARECER DA COMISSÃO CIENTÍFICA	92
ANEXO II PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	93
ANEXO III TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLERECIDO	96
ANEXO IV ROTEIRO DE ENTREVISTAS E GRUPO FOCAL	98
10 REFERENCIAIS BIBLIOGRÁFICAS	100

LISTA DE SIGLAS

CEBRAP	Centro Brasileiro de Análise e Planejamento
CRH	Coordenadoria de Recursos Humanos
CSS	Coordenadoria de Serviços de Saúde
DRS	Diretoria Regional de Saúde
ENAP	Escola Nacional de Administração Pública
HICF	Hospital Infantil Cândido Fontoura
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
MS	Ministério da Saúde
NIH	Núcleo de Informações Hospitalares
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
OSS	Organizações Sociais de Saúde
SES-SP	Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde

1 INTRODUÇÃO

A reforma do Estado, no final dos anos 70 era a palavra de ordem em quase todo o mundo. Quatro fatores sócio-econômicos contribuíram para tanto, o primeiro sendo a crise econômica mundial, iniciada em 1973 e retomada ainda com mais força em 1979, com as crises do petróleo. Nos anos 80, a economia mundial passou por um processo recessivo, o que resultou em níveis de crescimento inferiores aos alcançados nos anos 50 e 60. O Estado foi o principal afetado, entrando numa grave crise fiscal, o segundo fator a enfraquecer seus alicerces. Os governos não tinham mais como financiar seus déficits. O terceiro fator, portanto, era a situação de ingovernabilidade em que o governo não conseguia resolver seus problemas. Finalmente, a globalização e as transformações tecnológicas que modificaram a lógica do setor produtivo também afetaram profundamente o Estado (ABRUCIO, 1996).

Segundo o mesmo autor, para a Administração Pública isso teve dois efeitos a redução de gastos com pessoal, o que era mais notório nas administrações Thatcher e Reagan, e a necessidade de aumentar a eficiência governamental, esta última consequência implicando uma modificação profunda do modelo weberiano, classificado como lento e excessivamente voltado a normas, ou seja, um modelo ineficiente.

A essa altura, é necessário abrir um parêntese sobre as teorias de Weber, que teve como objeto de estudo a burocracia como forma superior de organização social e de dominação. Ele afirmou que a burocracia pode ser capaz de levar as organizações a atingirem maior grau de eficiência.

Abrucio (1997) se refere ao modelo weberiano como o que descreve a burocracia, mas Weber notadamente trabalhou com a sociologia política e suas categorias e não com a teoria das organizações.

Weber enfatizou no tipo ideal estruturas, regras, procedimentos, papéis sendo pioneiro ao apontar o afastamento entre políticos e burocratas no Estado moderno (tipos ideais polares).

Os políticos representam à inovação, a ética e a responsabilidade; a burocracia, o “desencantamento do mundo” e a “rotinização do carisma” (DOWNS, *apud* ARAGÃO, 1997).

Os burocratas para Weber estavam envolvidos com a execução de suas atribuições e com cumprir as metas do aparelho como um todo. Weber deu origem à tradição de pensar a burocracia, muito criticada por várias escolas de pensamento em diversos campos de estudo. Como exemplo clássico, no âmbito da Teoria das Organizações, é a crítica da Escola das Relações Humanas que considera a estrutura informal primordial ao alcance dos objetivos organizacionais (ARAGÃO, 1997).

Em face disso, o que se torna primordial é a inserção no debate da mudança de um modelo burocrático, que não responde mais as exigências e as demandas da sociedade, para o modelo gerencial.

É a partir desse processo, que o modelo gerencial começa a preencher um vazio teórico e prático, captando as principais tendências presentes na opinião pública, entre as quais se destacam o controle dos gastos públicos e a demanda pela melhor qualidade dos serviços públicos.

Algumas características básicas definem a administração pública gerencial. Ela é orientada para o cidadão e para a obtenção de resultados; pressupõe que os políticos e os funcionários públicos são merecedores de uma maneira legítima, ainda que limitada, de confiança; como estratégia, serve-se da descentralização e do incentivo à criatividade e à inovação; o instrumento mediante o qual se faz o controle sobre os órgãos descentralizados é o contrato de gestão (PEREIRA, 1996).

A *revolução gerencial* é um conjunto de respostas e questionamentos à crise do Estado conforme se afigurou na Grã-Bretanha e Estados Unidos nos anos 80 (MARTINS, 1997), com respostas administrativas diferentes.

Segundo o mesmo autor, no contexto inglês ocorreram três modelos como soluções administrativas: 1) o gerencialismo puro, que parte de uma estratégia de eficiência centrada em aumento de produtividade, redução de custos com pessoal, responsabilizando funcionários e organizações públicas, suas missões e objetivos; 2) o *consumerism*, em que o ponto central é a satisfação das necessidades dos cidadãos/consumidores de serviços públicos, tendo como estratégia de qualidade o controle por meio do programa *Citizen's Charter* – modelo que teve como conflito os interesses do consumidor e dos cidadãos; 3) e envolveu limites da questão da cobrança de resultados (*accountability*); tal conflito motivou o surgimento do terceiro modelo, não tipicamente gerencial, propondo uma revalorização da política na definição das finalidades estatais, aumento da *accountability*, participação, transparência, equidade e justiça.

Já no contexto americano houve uma tendência gerencialista e outra ortodoxa. A transferência de recursos federais para estados gerou uma resposta nas instâncias subnacionais bastante identificada com suas bases culturais gerencialistas, suscitando o movimento do *reinventing government* (MARTINS, 1997).

As diferenças entre os países nos evidenciam peculiaridades dos momentos históricos, de conformações político-administrativas e suas relações com o Estado. Não há necessariamente um tipo ideal na administração pública, e isso implica adequação de tecnologia gerencial às finalidades, valores e regras.

No caso brasileiro, a criação do DASP – Departamento Administrativo do Serviço Público, em 1936 representou a primeira reforma administrativa no país, tendo como base a administração burocrática clássica. A criação da primeira autarquia, em 1938, foi o primeiro sinal da administração pública gerencial. Surgia a ideia de que os serviços públicos que tinham funções executivas e não formuladoras de políticas (administração indireta) deveriam ser descentralizados e não obedecer a todos os requisitos burocráticos da “administração direta” ou central (PEREIRA, 1996).

Segundo esse autor, ao final dos anos 60 ocorre uma primeira tentativa de reforma gerencial por meio do Decreto-Lei 200, de 1967, promovendo a transferência das atividades de produção de bens e serviços para autarquias, fundações, empresas públicas e sociedades de economia mista, consagrando e racionalizando uma situação que já se delineava na prática. Instituíram-se como princípios de racionalidade administrativa o planejamento e o orçamento,

a descentralização e o controle de resultados. Buscava-se uma maior eficiência nos serviços e nas atividades econômicas do Estado.

A administração pública gerencial pensa na sociedade como um campo de conflito, cooperação e incerteza, no qual os cidadãos defendem seus interesses e afirmam suas posições ideológicas, que afinal se expressam na administração pública. O problema não é o de alcançar a racionalidade perfeita, mas definir instituições e práticas administrativas suficientemente abertas e transparentes de forma a garantir que o interesse coletivo na produção de bens e serviços públicos ou “*quasi-públicos*” pelo Estado seja razoavelmente atendido (PEREIRA, 1996).

Várias reações políticas à época e diferentes governos fizeram a história mudar seu curso por vários anos, o que não nos cabe abordar neste trabalho. O fato é que, em meados de 1995, surge uma nova oportunidade de reforma do Estado em geral, tendo como objetivo em curto prazo facilitar o ajuste fiscal, e em médio prazo, tornar mais eficiente e moderna a administração pública, voltando-a para o atendimento aos cidadãos.

A reforma deve ser entendida no contexto da redefinição do papel do Estado, que deixa de ser responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social pela via da produção de bens e serviços para se consolidar na função de promotor e regulador desse desenvolvimento. Tal reforma passa a ser orientada predominantemente pelos valores de eficiência e qualidade na prestação de serviços públicos e pelo desenvolvimento de uma cultura gerencial nas organizações (MARE, 1995).

Segundo o mesmo documento, no caso dos serviços não exclusivos de Estado, estes se transformaram em propriedade pública não estatal e se declararam como organização social. Isso se deu por meio de um programa de publicização, que não deve ser confundido com privatização. Ou seja, era assegurado seu caráter público, mas de direito privado, de modo que foi possível garantir autonomia administrativa e financeira maior, o Estado deixando de dirigir diretamente a instituição.

Após a consolidação do plano de reforma do Estado, outras medidas, já previstas para outras esferas de governo, foram-se transferindo para níveis estaduais e municipais, todos em consonância na busca de mais eficiência no serviço público.

Na área da saúde, a crise da gestão pública hospitalar, segundo estudo de Costa *et al* (2000), deveu-se à falta de alternativas que ampliassem a capacidade dessas organizações responderem às novas demandas por qualidade e presteza nos atendimentos. Como hipótese daquela pesquisa, esse cenário seria radicalmente alterado pela ampla difusão da agenda de flexibilização administrativa.

O Estado de São Paulo programou na gestão de hospitais novos o modelo das organizações sociais. Estas estabelecem com a Secretaria Estadual de Saúde um contrato de gestão com comprometimento de metas a serem atingidas, com padrão de qualidade da prestação de serviços e de produtividade.

No caso dos hospitais da administração direta, a possibilidade de flexibilização veio por meio da implantação do instrumento de gestão Contrato

Programa realizado pela Secretaria de Estado da Saúde (SES), por meio da Coordenadoria de Serviços de Saúde (CSS).

Na época de sua implantação, deu-se a possibilidade de colocar em operação hospitais semiconstruídos nos anos 80. Em face de uma série de obstáculos, como a dificuldade de contratação por causa dos limites de gastos públicos, entraves observados para manutenção de hospitais em regime de administração pública direta e indireta, bem como a disposição de algumas organizações privadas de se aproximarem do governo (MALIK e VECINA, 2007), esse contrato se mostrou como alternativa de atividade conjunta.

Para alguns autores como Campos (2000), essa linha de mudança indica uma desistência da administração direta, já que investe em modalidades de gestão com base entre o gestor – restrito ao papel de regulador – e entes privados sem fins lucrativos. Segundo o autor, há necessidade de se construir proposta de amplo consenso, forte o suficiente para romper com a inércia da última década. Ele defende que se deve compor um desenho organizacional a partir de um conjunto de características importantes para o bom desempenho de hospitais e centros especializados do SUS, composto com as diretrizes e leis fundamentais do sistema, respeitando o fato de que esses serviços fazem parte de um sistema público, hierarquizado e de que devem funcionar em rede com outros serviços.

Recentemente, pautando-se nos resultados favoráveis obtidos pelos hospitais que estão sob o contrato de gestão (OSS) ou convênio assemelhado, demonstrados por intermédio de estudos preliminares, a Secretaria de Estado

da Saúde decidiu aplicar a mesma lógica para os hospitais da administração direta.

Inicialmente em três hospitais da administração direta ocorreu a implantação do Contrato de Gestão sob a designação de contrato programa, no segundo semestre de 2008, sendo eles: Hospital Geral de Taipas, Hospital Regional Sul e Hospital Infantil Cândido Fontoura.

Nosso objetivo neste trabalho será a análise do processo de implantação em específico no Hospital Infantil Cândido Fontoura, levando em consideração que não houve mudanças nas áreas de recursos humanos e de licitações, pontos que se mostraram frágeis, até mesmo em outras tentativas de reforma.

1.1 CONCEITO DE CONTRATO PROGRAMA

Uma das tendências inovadoras da moderna administração pública tem sido a contratualização, isto é, a substituição das tradicionais relações hierárquicas verticais, consagradas em normas, pelos relacionamentos negociados entre os diversos atores do aparelho do Estado e, eventualmente, entre estes e a sociedade civil (SARAIVA 2005).

Entre essas novas formas, o contrato de gestão aparece com perfis definidos e conta já com ampla experiência internacional. Foi definido por vários autores de formas complementares como citamos a seguir.

Segundo Di Pietro (2011), no direito Francês esses contratos têm sido utilizados com denominações diversas: contratos de programa, contratos de empresa, contratos de plano, contratos de objetivos. Em um primeiro momento o contrato de gestão originou-se na França por meio do Relatório NORA¹, de abril de 1967. O mesmo foi produzido por intermédio de um grupo de trabalho do Comitê Interministerial de Empresas Estatais, organizado pelo governo francês com o objetivo de melhorar a situação das empresas, pois estas apresentavam deterioração devido ao excesso de formalidades por parte do poder central. Esses contratos deviam permitir o restabelecimento do equilíbrio fixando os objetivos relacionados ao plano nacional.

¹ Relatório NORA: Sugerido por Simon Nora, relator de um grupo de trabalho interministerial das empresas públicas, que sugeria, para as empresas nacionais prestadoras de serviço público, diante do agravamento de sua situação financeira, uma nova definição dos papéis do Estado e das Empresas.

A ideia é que, mediante contrato, a empresa alcance determinados objetivos fixados, coerentes com o Plano de Governo, assegure maior autonomia e conseqüentemente facilite e diminua o controle de suas atividades. No caso, as atividades de controle e direção, que com muita frequência se misturam às formas tradicionais de tutela, ficam mais nitidamente separadas, já que a empresa ganha autonomia na gestão e a Administração Direta se limita a verificar se os resultados foram alcançados. No Contrato Programa deverão constar hipóteses que sirvam de base como: objetivos a serem atingidos, métodos de avaliação, contribuições do Estado, meios para adaptar objetivos às mudanças do contexto econômico e controle da execução.

Para André (1995), contratos de gestão são compromissos gerenciais entre o governo e a diretoria de uma empresa estatal com objetivos e metas empresariais periódicas, cuja execução é supervisionada pelo Estado. Os compromissos devem refletir o planejamento governamental aplicado à área de atuação da empresa e têm potencial de elevar os padrões éticos da Administração Pública.

Para Oliveira (2007), Doutor em Direito do Estado, o contrato de gestão de base constitucional pode ser definido como um instrumento originário da administração por objetivos, por meio do qual são ampliadas as autonomias gerencial, orçamentária e financeira dos órgãos e entidades da Administração Pública, estipulando metas de desempenho e fixação negociada de resultados, que deverão ser atingidos a partir da execução de uma série programada de atos (programação derivada), cuja finalidade é conferir efetividade a planos, programas e políticas públicas (programação originária), promovendo assim a

eficiência na gestão pública. Podemos dizer, portanto, que o contrato de gestão, por meio de uma metodologia de administração por objetivos ou gestão por resultados, busca uma maior eficiência na prestação de serviços.

Ele é uma relação interna a um poder, na qual as partes, em última instância, estão contidas na outra, naquela representada pelo Poder Público, entendido na atividade inerente ao próprio Estado. Daí o conteúdo de negociação se caracterizar, antes de tudo, pelo estabelecimento de compromissos em determinadas condições, definidos a partir das estratégias e dos objetivos, inerentes a cada entidade (ENAP, 1993).

O contrato de gestão pode ser entendido constitucionalmente, segundo Oliveira (2006), apresentando-se como natureza jurídica de um acordo organizatório, pois tem por objeto a fixação de metas de desempenho para entidades ou órgãos administrativos. Os objetivos estratégicos são resultados de um plano maior pretendido pela instituição, as metas, ações concretas para que esses objetivos sejam atingidos e, em última análise, façam parte da avaliação de desempenho institucional.

Sendo assim, os indicadores de desempenho devem ser expressos em unidades de medida que sejam as mais significativas para aqueles que vão utilizá-los, seja para fins de avaliação seja para subsidiar a tomada de decisão com base na informação por eles gerada (PEREIRA, 1999).

Dessa forma, o poder público amplia as autonomias gerencial, orçamentária e financeira dos órgãos e entidades administrativas, e em contrapartida exige a melhoria de desempenho e dos resultados a serem alcançados.

Para Oliveira (2006), o contrato de gestão, na compleição constitucional confere uma diferenciação autorizada de regime jurídico, a que anteriormente, se encontrava submetida o órgão ou entidade administrativa. Para esse autor, o contrato de gestão visa disciplinar: 1) relações intra-administrativas (órgãos de uma mesma pessoa jurídica de direito público interno); 2) relações inter-administrativas (entre órgãos da Administração Pública direta e entidades da Administração pública indireta).

No caso das relações intra-administrativas incluem-se os contratos de que se ocupa o presente trabalho, pois se trata de acordos da administração direta com ela mesma, por meio de suas entidades. As relações inter-administrativas se referem às OSSs, ou seja, à administração direta com entidades privadas sem fins lucrativos, o que não foi nosso objeto de pesquisa.

Cabe ressaltar a amplitude dos contratos em face à organização da administração pública já que, na Constituição de 1988, no § 1º, do art. 165, se estipula que a lei que instituir o plano plurianual estabelecerá, de forma regionalizada, as diretrizes, objetivos e metas da administração pública federal para as despesas de capital e outras delas decorrentes e para as relativas aos programas de duração continuada.

A elaboração de uma política estatal de modernização é mais condizente com o que a sociedade espera do Estado: atualização constante diante das demandas sociais, promoção dos necessários ajustes e afastamento de indesejáveis distorções em uma estrutura de funcionamento, gerando, por meio de suas ações, intervenções e regulações, melhores e maiores benefícios à população (OLIVEIRA, 2005).

No contexto da reforma do Estado e da modernização da Administração Pública, Moreira Neto (1998) assinala que, entre inúmeras propostas engendradas, deve-se destacar a necessidade de adotar novas metodologias que possibilitem uma gestão mais rápida, econômica e transparente, como é o caso da administração por objetivos. Para esse autor, tornou-se necessário criar condições organizativas necessárias e funcionais para que o Estado recupere um mínimo aceitável de eficácia, notadamente no campo da administração pública, e principalmente nas atividades em que sua atuação, por lhe ser própria, é insubstituível e indelegável. A finalidade é conferir efetividade a planos, programas e políticas públicas, promovendo a eficiência na gestão pública.

Para Alecian e Foucher (2001) o contrato de gestão é um conjunto de meios executados por uma organização para ajudar os responsáveis operacionais a permitir que atinjam sempre seus objetivos, melhorando a utilização de seus recursos. Para esses autores, o controle de gestão consiste em dispor de informações contínuas sobre três séries de elementos fundamentais: os objetivos (o que se pretende fazer ou atingir), os meios (os recursos e os métodos utilizados para atingi-los), os resultados (o que se obtém depois).

No que diz respeito à avaliação de desempenho e de resultados, esta pode então ser analisada sob dois aspectos: o aspecto institucional e o aspecto funcional. No primeiro caso, a avaliação é realizada em torno das entidades administrativas por meio da implantação do contrato de gestão. No segundo caso, é realizada em torno do desempenho dos servidores públicos.

Medauar (1993) ressalta que, no contexto de busca da eficiência, em nosso sistema administrativo, esta não é e não pode se configurar como um fim em si mesmo, assim como a atividade da administração pública não pode ser avaliado tão somente em razão dos resultados alcançados. A autora refere como complementar a estes o princípio da legalidade e do controle hierárquico.

A descrição cuidadosa dos objetivos e metas, bem como as ações necessárias a sua concretização são estratégias para possibilitar avaliações. Segundo André (1993), a questão da avaliação da eficiência é das mais difíceis. Os contratos, em geral, não tratam da eficiência de forma clara, embora haja indicações de eficiência gerencial. Uma evolução parece passível de ser obtida nessa área, embora venha a exigir importantes mudanças de mentalidade, novos controles institucionais internos e o enfrentamento das resistências da administração das entidades. As metas de eficácia e os objetivos são bem formulados, assim como as metas quantitativas estão quase sempre presentes. Uma administração gerencial, da qual o Contrato Programa é instrumento, tem o propósito de ensejar mudanças culturais que façam com que o Estado e cada uma das entidades de interesse social dele dependentes ou a ele vinculadas construam e mantenham níveis elevados de efetividade, eficácia e eficiência.

No contexto organizacional, os conceitos de eficiência, eficácia e efetividade nem sempre têm sido usados uniformemente. Há diversas concepções sobre tais termos, embora não discordem totalmente, de modo que descreveremos alguns conceitos para dar continuidade ao debate acerca da busca pela efetividade. Nosso objetivo é que, procedendo dessa forma, os

conceitos se tornem mais claros, nos permitindo estabelecer relações com a mudança dos modelos burocrático e gerencial, dos quais no último se enquadra o contrato de gestão.

Além das vertentes econômica e administrativa da questão do desempenho organizacional, há também a vertente sociológica, em cujos valores sociais os sociólogos identificam a explicação da motivação pelo bom desempenho. Segundo Aragão (1997) tal preocupação seria na justificativa weberiana, por exemplo, fruto da ética protestante de busca da realização terrena, com vistas ao alcance da salvação divina. Nesse caso específico, é pertinente citar, por ter como prêmio um bônus, o benefício pago aos trabalhadores pelo atingimento de metas e objetivos propostos no contrato programa do hospital estudado.

Aragão (1997) define que a eficiência está ligada ao melhor uso dos recursos da organização, de forma a obter seu produto ou serviço; eficácia se refere a desempenho externo da organização, ao seu produto, ou seja, sua contribuição para o alcance dos objetivos organizacionais.

A mesma cita Katz e Kahn, que consideram a eficiência um dos componentes da eficácia. Entendem eficiência como a relação entre o produto e o custo, referindo-se aos aspectos internos da organização. Já a eficácia é definida como a maximização de rendimento para a organização, por meios técnicos e econômicos (eficiência) e por meios políticos.

Por outro lado, para Abrucio (1997) há uma diferença importante entre eficiência operacional e eficiência adaptativa. A primeira se refere aos custos em sentido estrito, a segunda, incorpora o importante aspecto da flexibilidade;

já a efetividade diz respeito à relação, ao longo do tempo, entre os resultados alcançados e os objetivos pretendidos como uma dimensão qualitativa do resultado, sua mensuração, por ser essencialmente valorativa, é complexa.

Segundo Motta (s.d.), há três dimensões básicas da efetividade. A primeira se liga à adequação, em que é verificado se os resultados apresentados correspondem às necessidades que deram origem à ação; a segunda dimensão é a da equidade, que implica verificar se ação implementada e os resultados obtidos permitiram uma distribuição mais justa dos recursos e dos benefícios; a terceira dimensão se relaciona com a propriedade política, ou seja, verificar se houve satisfação das exigências e das demandas da sociedade.

Finalmente, e com base no conceito de André (1999) como referência para este trabalho, entende-se por efetividade o atingimento dos resultados sociais aspirados pela sociedade, inclusive a oferta de serviços de interesse social compatíveis com suas necessidades em extensão, qualidade e preços; por eficácia, o comprometimento político e institucional com um competente planejamento e com o cumprimento responsável da sua execução; e por eficiência, o uso racional e econômico dos bens e recursos públicos, o zelo por eles e a dedicação que se lhes dispensa.

1.2 EXPERIÊNCIAS INTERNACIONAIS E NO BRASIL

As primeiras experiências, na implantação do contrato programa, se deram na França entre 1969 e 1972, onde foram formalizados contratos de gestão com a empresa ferroviária, a de eletricidade e com o setor de rádio e televisão. Após a crise daquele país em 1973, houve a suspensão dos contratos vigentes e a não realização de novos. Os relatórios Vedel (1976) e Renaud de la Gèniere aconselharam a retomada do sistema contratual, o que foi feito pelo Conselho de Ministros com a resolução que criou o Comitê Interministerial da Orientação das Empresas Públicas. A partir de 1982, os contratos tiveram uma formalização genérica, ao serem regulados pela Lei Nacional de Planificação (SARAIVA, 2005).

Na Espanha, a Lei Geral do Orçamento de 1979 possibilitou a realização dos contratos de gestão que previam cláusulas relacionadas aos objetivos a serem atingidos, métodos de avaliação, contribuições do Estado, meios de adaptar os objetivos às mudanças do contexto econômico e de controle, pelo Ministério da Fazenda, da sua execução. Já nos países africanos como Benin, Burundi, Congo, Gâmbia e Madagascar, destacando-se, por mais bem-sucedidos, os contratos ocorridos no Marrocos e no Senegal. Na Índia, os contratos de gestão são designados como “memorandum of understanding”. Na América Latina, citam-se Uruguai e Venezuela com experiências nesse sentido, e, pela abrangência e bons resultados, destacam-se a Bolívia, onde, mediante o Decreto Supremo nº 22.836 de 14 de junho de 1991, estabeleceu-se uma lista de empresas estatais que deveria celebrar os

contratos de gestão. Nesse país, no ano seguinte ao Decreto foram concluídos relatórios evidenciando notável melhoria do desempenho na maioria das empresas com esse modelo.

Cabe ainda destacar entre as experiências internacionais a reforma da administração pública em Portugal.

Oliveira (2005) relata que no ano de 2003, o Primeiro Ministro à época apresentou ao país as *Linhas de orientação para a reforma da Administração pública*, tendo sido aprovadas por meio da Resolução do Conselho de Ministros nº 95/2003. O documento deixa clara a preocupação com a reforma, mostrando-se como exigência indispensável ao desenvolvimento sócio-econômico, sendo orientadora de competitividade e dinamismo, tendo como objetivos gerais: 1) prestigiar a missão da Administração Pública; 2) delimitar as funções do Estado; 3) promover a modernização dos organismos, qualificando e estimulando os funcionários, inovando processos e introduzindo novas práticas de gestão; 4) introduzir uma nova ideia de avaliação para os serviços e funcionários; 5) apostar na formação e valorização dos funcionários públicos. Estes objetivos têm três eixos fundamentais: 1) organização do Estado e da Administração; 2) liderança, responsabilidade, mérito e qualificação. Tendo por premissa os eixos citados, várias ações contribuirão na sua consecução, todas tendo por base princípios da moderna gestão pública.

A origem do Contrato de Gestão no Brasil se relaciona, justamente, com a necessidade de modernização da administração pública, seja nas atividades típicas do Estado, seja naquelas em que o Estado atua de forma complementar a iniciativa privada, atribuindo ao gestor público responsabilidade efetiva sobre

seus atos e o tornando coparticipe real do sucesso ou do insucesso de sua gestão (ENAP: 1993).

Até 1998 não houve desenvolvimento adicional dos contratos de gestão, somente a partir da Emenda Constitucional nº 19 (BRASIL, 1998), quando a autonomia de órgãos e entidades da administração pública direta e indireta pôde ser ampliada, mediante contrato a ser firmado entre seus administradores e o poder público, buscando como objeto a fixação de metas de desempenho. São mudanças previstas nesse dispositivo:

- A possibilidade de transformação de autarquias e fundações em agências autônomas e a exigência da definição de indicadores de desempenho quantitativos para as atividades exclusivas de Estado.
- A transferência para o setor público não estatal os serviços não exclusivos de Estado.
- A implantação de contratos de gestão nas empresas que não puderem ser privatizadas.
- As Organizações Sociais surgem e por meio dos contratos de gestão passam a ter direito à dotação orçamentária.

Coube à legislação dispor sobre: 1) o prazo de duração do contrato; 2) – os controles e critérios de avaliação de desempenho, obrigações e responsabilidades dos dirigentes; e 3) a remuneração do pessoal.

Desse dispositivo se originaram os contratos de gestão firmados com a Companhia Vale do Rio Doce (1992 – 1996), a Petrobrás (1994 – 1997), mais 25 empresas estatais do governo paulista (19992 – 1995) e apenas com uma entidade não empresarial, a Fundação das Pioneiras Sociais (ANDRÉ, 1994).

O novo contexto jurídico da Fundação das Pioneiras Sociais e o modelo de contrato de gestão vinculado a ele serviram de inspiração inicial para a concepção de organizações sociais, proposta pelo Ministério de Administração e Reforma do Estado (MARE) para as áreas da saúde, educação, cultura, pesquisa científica e desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação do meio ambiente (ANDRÉ, 1999).

Posteriormente, houve a proliferação de contratos de gestão, destacando-se os das Agências Reguladoras como ANEEL em 1998, ANVISA em 1999 e a Rede Nacional de Ensino e Pesquisa em 2002, cujos contratos são assinados com os Ministérios a que estão ligados. O contrato firmado com o INMETRO, que passou a vigorar entre 1998 e 2003, caracterizou-se como exemplo de uma autarquia transformada em Agência Executiva.

Muitos governos estaduais, ainda que motivados essencialmente por restrições de cunho econômico, têm adotado a contratualização como instrumento amplo de planejamento e modernização da gestão, em que são estabelecidos pactos de resultado entre Governo e as diversas secretarias.

No ano de 2003, com a modernização do Estado de Pernambuco, os contratos de gestão integraram o Progestão – Programa Pernambucano de Modernização da Gestão Pública –, coordenado pela Secretaria de Administração e Reforma do Estado. Sua característica de destaque foi a obrigatoriedade de celebração por todo e qualquer órgão e entidade integrante da administração pública estadual (PERNAMBUCO, 2003).

Nesse Estado, as experiências foram consolidadas em lei, em 2003 (lei da reforma do Estado – lei complementar nº 49, de 31/1/2003), determinando a

realização do planejamento estratégico em todos os órgãos públicos. A elaboração dos planos estratégicos tem o auxílio de servidores estaduais, que voluntariamente se candidatam a receber capacitação na “tecnologia da gestão” provida pela Escola de Governo, em parceria com Universidade Estadual de Pernambuco. As entidades estão adotando o BSC – *Balanced Scorecard* -- para monitorar seus resultados.

A contratualização de resultados abrange oito metas comuns a todas as entidades -- dentre elas, realização da auto-avaliação da gestão, pesquisa de satisfação de clientes, implantação de ouvidoria, realização de pesquisa de clima organizacional, metas acrescidas de outras, específicas. Dentre as 27 entidades da administração indireta do Estado, 15 já firmaram um contrato de resultados, 10 estão em via de assiná-lo, duas entidades (Transportes, Universidade) aguardam definição sobre sua natureza jurídica. O Estado já firmou contratos de resultados também com cinco organizações sociais. Outro aspecto a ressaltar é o desdobramento dessa iniciativa até atingir entidades da ponta: dentre as 1.111 escolas da rede pública de Pernambuco, 940 já firmaram contratos de gestão. O ciclo de monitoramento e avaliação dos resultados é quadrimestral e envolve também as entidades que ainda não formalizaram contratos de gestão. Nos quatro ciclos já realizados, é possível perceber uma evolução positiva em termos da porcentagem de atingimento de metas das entidades (contratualizadas ou não) e das metas gerais do estado. Os relatórios de avaliação divulgam os resultados obtidos e fazem recomendações para a melhoria. O estado estima que a soma das economias obtidas alcance R\$ 22,9 milhões, e considera um desafio a adoção da

remuneração variável segundo resultados alcançados pela instituição, pelo indivíduo e por sua equipe de trabalho, bem como a concessão de flexibilidade orçamentária para órgãos que cumprirem 100% das metas estipuladas (PACHECO, 2006).

Em Minas Gerais, há o “Choque de Gestão” do Governo, com a adesão voluntária aos “Acordos de Resultados”, que previa incentivos àqueles que firmassem o contrato, como prêmios de produtividade atrelados aos resultados. Inicialmente o Governador, por intermediação da Secretaria de Planejamento e Gestão, firmou contrato com dez entes estatais, de secretarias a autarquias e fundações. A secretaria de planejamento e gestão dividiu o processo de contratualização em duas etapas: na primeira, foram firmados 24 acordos de resultados, 340 indicadores de desempenho foram pactuados e 112 milhões de reais, distribuídos em prêmios de produtividade por resultados obtidos. A segunda etapa, em 2007, caracterizou-se pelo desdobramento interno das metas, segundo o movimento que foi denominado “Estado para Resultados”. Nessa nova etapa, o desempenho foi acompanhado e analisado segundo metas para onze áreas estratégicas de resultado (MINAS GERAIS, 2003).

O “acordo de resultados” deste Estado representa um instrumento de negociação entre dirigentes, para fixar compromisso com resultados a serem alcançados em troca da ampliação de algum grau de autonomia para a entidade que assume o compromisso – começando pela definição clara de missão da entidade. Os resultados dos programas devem apontar para a visão de futuro – alteração positiva do IDH – Índice de Desenvolvimento Humano do estado. Cada Secretaria, voluntariamente, pode aderir à celebração de um

acordo de resultados, reunindo sua contribuição aos diferentes programas estaduais. Até março de 2006, haviam sido celebrados 17 acordos de resultados, estando outros nove em fase de concretização. Em alguns casos, há a possibilidade de pagamento de prêmio aos servidores, em função do atingimento de metas (PACHECO, 2006).

No ano de 2005, em Santa Catarina, a partir da Lei de Reforma Administrativa, que estabelece um modelo de gestão para a administração pública estadual, previu-se firmar contratos de gestão, utilizando-se como referência o modelo federal com autarquias e fundações qualificadas como agências executivas. O processo foi coordenado pela Secretaria de Estado do Planejamento, instituindo inclusive uma Gerência de Contratos de Gestão (SANTA CATARINA, 2005).

No Estado de Sergipe, o planejamento estratégico do governo determinou como meta mobilizadora a elevação do IDH de forma a atingir 0,815 em 2008. A adoção do IDH, indicador que se move com lentidão e dificilmente reflete o impacto das ações, é justificada por seu poder de conferir às ações a dimensão da visão de futuro. Assim, a partir do Plano Plurianual elaborado no governo anterior, foram selecionados 15 programas estruturantes – aqueles cujo conteúdo permite maior impacto positivo no IDH. Os 15 programas foram reagrupados nos três setores que compõem o IDH – saúde (abrangendo segurança pública e energia elétrica), educação (escola pública de qualidade) e geração de renda; somam-se a eles os programas “Gestão Pública Empreendedora” e “Excelência na Gestão Fiscal”. O estado tem contrato de gestão com uma organização social, que apoia desenvolvimento de

empresas de base tecnológica e mantém duas incubadoras de empresas (PACHECO, 2006).

Já em Curitiba, no ano de 2009 as ações estavam vinculadas à Prefeitura e a da formalização dos contratos de gestão ocorrida em março daquele ano, teve uma série de ações preparatórias. As etapas se iniciaram com a Estruturação do Plano de Governo 2009-2012 e seu registro em cartório e prosseguiram com a elaboração e assinatura do documento “Diretrizes e bases para o contrato de gestão” em janeiro 2009; com o detalhamento operacional dos planos de ação, base dos contratos, em cada uma das pastas (atividade essa realizada em oficinas de trabalho especialmente estruturadas para este fim); com a validação dos planos e, finalmente, com elaboração dos contratos. O documento, Diretrizes e Bases para o Contrato de Gestão, termo de compromisso preliminar celebrado entre o Prefeito e os Secretários de todos os órgãos da PMC, foi assinado na primeira semana da gestão (06/01/2009) e continha: a) mapa estratégico geral do plano de governo; b) diretrizes e orientações para cada um dos programas finalísticos; c) quadro de detalhamento da lei orçamentária 2010 para cada uma das pastas e objetos dos programas. Em 27 de março de 2009, realizou-se a assinatura dos contratos de gestão pelas duas partes, definidas como “o contratante”, o Prefeito, e os “contratados”, os secretários/presidentes de cada órgão do governo municipal, a equipe responsável por um total de 18 programas, 60 indicadores, 88 projetos e 275 produtos, além do Programa Bom Governo. A estrutura dos planos de ação e o seu recorte para fins de contratualização obedeceram a um critério principal, qual seja o de incorporar os compromissos

explicitados no documento de cartório num primeiro momento, agregando as novas propostas, resultantes de demandas e decisões emergentes, nos limites da oportunidade, capacidade de realização e disponibilidade de recursos. Para finalização dos documentos, houve uma última seleção, realizada pela coordenação do processo. No momento da assinatura, alguns programas e projetos ainda apresentavam excessivo detalhamento operacional, questão cujo encaminhamento foi postergado para uma próxima etapa, a dos contratos de 2010, em que se desejava perfil mais estratégico (RIBEIRO e SCHLICHTING, 2009).

É provavelmente no Estado de São Paulo que podemos encontrar o maior número de experiências exitosas, principalmente no âmbito das organizações sociais, por meio da Lei Complementar nº846, de quatro de junho de 1998, que regulamentou a parceria com entidades privadas sem fins lucrativos que requeressem a qualificação de Organização Social de Saúde (OSS).

A qualificação garante o direito de firmar contrato de gestão com a Secretaria de Estado da Saúde para gerenciamento de equipamentos públicos de saúde. A lei também determina a obrigatoriedade de atendimento exclusivo a usuários do SUS e controle e avaliação de resultados por meio do Tribunal de Contas do Estado, membros do Conselho Estadual de Saúde e da Assembleia Legislativa (RIBEIRO & LIMA, 2004).

Segundo a SES-SP o Contrato Programa tem como estrutura um documento geral, comum a todos os hospitais, e documentos específicos para cada um, composto de anexos técnicos (TARDELLI; in Seminário 2009).

Os objetivos do Contrato Programa são:

- Controlar o gasto de custeio e gasto total.
- Adequar à produção e produtividade as capacidade instalada e necessidades regionais de saúde.
- Melhorar os processos de gestão e registro das informações.
- Melhorar a qualidade da assistência prestada.

Os Contratos Programa definem objetivos, metas, prazos, critérios de controle e avaliação, obrigações e responsabilidades de seus dirigentes; investimento anual com base em percentual de receitas em ações de inovação, capacitação de pessoal, adequação mobiliária e imobiliária; fixação de teto de pessoal; dirigentes com penalidade de perda de mandatos no caso de descumprimento do contrato de gestão injustificadamente (IBANEZ, 2001).

O objetivo do instrumento de gestão Contrato Programa é de conceder maior autonomia ao órgão da Administração Direta, de modo que esta possa cumprir metas a ser alcançadas, em longo prazo, prevendo um controle de resultados que irá orientar a Administração Pública, mantendo-o, rescindindo ou alterando. Como meta final, a eficiência, na forma de princípio constitucional previsto no art.37, caput, da Constituição Brasileira de 1988 (conforme Emenda Constitucional nº19) e que está na base da Reforma do Aparelho do Estado.

Minimamente deve estar descrito no instrumento definido pelas partes a forma pela qual a autonomia será exercida, quais as metas estabelecidas e os prazos a serem cumpridos, além de como será realizado o controle dos resultados.

Todas as experiências descritas apresentam essencialmente a necessidade de uma maior eficiência gerencial. Ser capaz de entregar mais daquilo que se tem que entregar. Aumentando, portanto, a efetividade (IBANEZ, 2007).

2 RECURSOS HUMANOS

Um dos pontos de relevância na implantação do contrato programa é a área de recursos humanos. As práticas de recrutamento e seleção principalmente não sofreram alterações com o novo modelo. Para contextualizar e nos permitir uma reflexão diante do contrato programa, segue um breve histórico das principais mudanças e especificidades relacionadas ao setor público na área de recursos humanos.

A administração de recursos humanos é resultado do desenvolvimento empresarial nos Estados Unidos, podendo ser datada de 1890, sendo uma área voltada para transações processuais e trâmites burocráticos. O objetivo dos gerentes de pessoal àquela época era estabelecer um modelo, pelo qual fosse possível discernir, entre todos os candidatos a uma vaga, quais poderiam se tornar mais eficientes ao menor custo. Ou seja, os empregados eram fatores de produção que deveriam ser administrados tão racionalmente quanto os custos dos outros fatores de produção. Constata-se assim que recursos humanos surgem como consequência, e não causa, dos processos de mudança que ocorriam na empresa e fora dela. Essa característica sofreu modificações com a influência da escola das relações humanas, passando a ser o foco o treinamento gerencial, as relações interpessoais, os processos de avaliação, o estímulo ao desenvolvimento de perfis gerenciais de acordo com a filosofia da empresa. O conceito-chave desse modelo humanista era: motivação e liderança (FISCHER, *apud* FLEURY, 2002).

Em uma concepção mais moderna, os interesses poderiam se resumir em três eixos: 1) a efetividade econômica com a mensuração do impacto efetivo do trabalho nos resultados da empresa; 2) a efetividade técnica que se refere à manutenção da ação do homem em consonância com os padrões de qualidade, produtos e serviços da empresa; e 3) a efetividade comportamental, o que corresponderia à busca de motivação e satisfação dos funcionários. Nesse caso, o conceito-chave passa a incidir principalmente nas relações estabelecidas entre as pessoas.

Essa nova prática tem como consequência o reconhecimento dos limites de previsibilidade da empresa com os produtos finais da prática que adota. Cabe à empresa motivar e manter os funcionários envolvidos em projetos, ou seja, o slogan é: “vestir a camisa da empresa”. Sobre esses elementos básicos é que se estrutura o modelo de gestão de pessoas (FISCHER, *apud* FLEURY, 2002).

No setor público, uma definição possível para gestão de pessoas é o esforço orientado para suprimento, manutenção e o desenvolvimento de pessoas nas organizações públicas, em conformidade com os ditames constitucionais e legais, observadas as necessidades e condições do ambiente em que se inserem. Nesse contexto, estão envolvidas as ações de planejamento das necessidades mútuas entre organização e as pessoas, o arranjo necessário para satisfação destas necessidades, os esforços para essa consecução orientados pelos objetivos de ambos, isso balizado pelo cotejo entre desempenho efetivo e previsto, possibilitando correções no curso do processo (BERGUE, 2010).

Segundo o mesmo autor, a essência da trajetória evolutiva das teorias organizacionais demonstra que a essência das organizações transcende os padrões tecnológicos disponíveis, pautando-se pelas pessoas e pela capacidade do gestor público de compreender não somente o comportamento humano no especialíssimo ambiente de trabalho institucional, mas a capacidade de efetivamente realizar uma compreensão dinâmica organizacional fundamentada, ampla e consistente.

Para Longo (2007), a gestão de pessoas não conseguirá realizar uma contribuição efetiva na obtenção de resultados significativos para empresa se o conteúdo das políticas de gestão de recursos humanos não estiver alinhado e articulado com a estratégia organizacional. A coerência é traço fundamental, ou seja, não pode ser deixada à margem de sua relação com a estratégia da organização. Esse autor utiliza o termo “estratégia” referindo-se aos pronunciamentos explícitos, seja qual for o grau de formalização que este tenha, como as preferências implícitas dos dirigentes da cúpula estratégica da organização. A ressalva cabe aqui para assinalar uma prática frequente na administração pública, que são os procedimentos não formalizados, pois, quanto maior a clareza e explicitação do mando estratégico, mais fácil será a articulação entre as prioridades organizacionais e a gestão de recursos humanos.

No Sistema Único de Saúde – SUS, a política de pessoal é ainda muito restrita, não há adoção de uma diretriz nacional sobre gestão de pessoas. No Brasil, hoje, observa-se um padrão de gestão que não favorece o trabalho em equipe e não tem como prática a avaliação de desempenho. As experiências

relativas a esta última questão estão restritas a produtividade de ações e serviços (CAMPOS, *apud* VECINA NETO, 2011).

Estudos realizados pelo Observatório de Recursos Humanos, vinculado ao Ministério da Saúde e à Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), apontam que ainda não está consolidada entre os dirigentes da saúde a tarefa política de reconhecer a importância de recurso humano na gestão em saúde. Isso nos permite inferir que, para os gerentes, os trabalhadores de saúde ainda são os recursos que viabilizam as ações por eles traçadas (Ministério da Saúde, 2002). Por outro lado, os trabalhadores se relacionam com seus gerentes e com seu próprio trabalho, na mesma perspectiva, não se reconhecendo como autores do trabalho executado, ou seja, não se apropriam deste.

Para o Observatório (MS, 2002), os trabalhadores estão se colocando por vezes no papel de meros executores e em outros momentos reivindicando seus direitos e se ressentindo por se sentirem explorados como máquinas de produção de procedimentos. Em alguns, isso resulta na isenção de responsabilidade pelo trabalho e cuidado do usuário, estabelecendo relações complementares, em que gestores pensam e planejam e trabalhadores executam.

Para Campos (2000), a gestão e o trabalho em saúde devem ser considerados com tríplice finalidade, ampliando-se a concepção restrita de trabalho produtivo, considerando-se digno de ser remunerado todo esforço voltado para a produção de valores socialmente construídos. Sendo assim, a primeira finalidade seria o trabalho destinado a terceiros, no caso, os

clientes/usuários. Essa finalidade agrega sentido à existência institucional e, quando explicitada como objeto da missão organizacional, pode contribuir para o chamamento dos trabalhadores a um novo pacto interno e externo aos serviços de saúde. A segunda finalidade se destina a atender as necessidades subjetivas dos trabalhadores no que diz respeito à construção de significado pessoal e noção de pertencimento. Estudos sobre o que as pessoas fariam se tivessem dinheiro suficiente para não precisar trabalhar mostraram que 80% delas responderam que continuariam a trabalhar, tendo como principais motivos: relacionar-se com outras pessoas, ter o sentimento de vinculação, para ter algo para fazer, para evitar o tédio e para ter um objetivo na vida (MORIN, 2001). E, finalmente, a gestão e o trabalho em saúde devem contribuir para a reprodução social da organização.

As pessoas não são recursos, elas têm recursos – conhecimentos, capacidade, experiência, o que fundamenta a ideia de que quem utiliza os recursos humanos hoje em dia na realidade administra talentos, competências e valores. Ou seja, não são as instituições que têm as pessoas, senão as pessoas é que fazem as instituições (OPAS/OMS, 2004).

3 HOSPITAL INFANTIL CÂNDIDO FONTOURA

O Hospital Infantil Cândido Fontoura, localizado no Bairro da Água Rasa, Zona Leste, foi inaugurado em 30 de setembro de 1958 no Governo de Jânio Quadros, tendo como seu Secretário de Saúde Fauze Carlos, tendo a missão de prestar assistência médica hospitalar a crianças e adolescentes. Seu nome tem forte ligação com o público infantil. Homenageia o farmacêutico Cândido Fontoura Silveira, inventor do “Biotônico Fontoura”, fortificante amplamente adotado como complemento alimentar. (Decreto nº 31.068, de 27/02/1958).

Em sua inauguração, havia consultório de triagem, pavilhão cirúrgico com duas salas para cirurgia e, anexadas, três salas de parto. Havia também uma central de esterilização, banco de sangue e duas salas de recuperação para parturientes. Completavam a instalação um laboratório, farmácia, almoxarifado, lavanderia e cozinha.

O encaminhamento dos casos ao novo Hospital era feito pelos postos de puericultura, serviço pré-natal e serviços obstétricos domiciliares. Na época da inauguração, ele se dedicava a tratar de diarreias agudas, desidratação e broncopneumonias. Na década de 70, enfrentou o desafio de conter a epidemia de meningite.

O perfil de saúde da população foi se modificando ao longo desses mais de 50 anos. Além da diminuição das taxas de natalidade, o avanço da tecnologia tem prolongado a vida de crianças com patologias crônicas como

paralisia cerebral e outras. O perfil de internação do hospital não é o mesmo de 50 anos atrás.

Segundo a demógrafa Elza Berquó, do Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP) a fecundidade feminina vem caindo rapidamente, e se em 1960 a taxa era de 6,3 filhos por mulher, esses números caíram para 5,6 (1970), 2,9 (1991), 2,4 (2000) e 1,9 em 2010. “A população brasileira já atingiu uma fecundidade abaixo do nível de reposição”. Esse declínio se deu em todas as faixas etárias, estratos socioeconômicos e regiões do país. (...) Analisando os diversos fatores que influenciaram a redução do tamanho da família no país, Elza cita que, antigamente, as famílias tinham muitos filhos porque sentiam o efeito das altas taxas de mortalidade infantil e era preciso essa compensação para que houvesse sobreviventes que cuidassem dos pais na velhice.

Mesmo diante dos dados citados, o hospital atualmente é referência no atendimento médico hospitalar, ambulatorial e de urgência. No Estado de São Paulo, há somente três hospitais pediátricos públicos: Hospital Infantil Cândido Fontoura, Hospital Darcy Vargas e Hospital Meninos Jesus.

Esse hospital oferece em regime ambulatorial assistência em cardiologia, nefrologia, dermatologia, otorrinolaringologia, endocrinologia, neurologia, cirurgia infantil, psiquiatria, oftalmologia, ortopedia, gastroenterologia, nutrição, psicologia e moléstias infectocontagiosas.

Após a reforma da Unidade, ocorrida em 2007, por ocasião da gestão do então Governador José Serra, o hospital em questão recebeu mais 25 leitos, foram investidos R\$ 22 milhões na modernização e instalação do parque de equipamentos. No entanto, essa nova enfermaria não foi ativada de imediato.

Há uma tentativa em ativá-la, porém, várias são as possibilidades que se apresentam. Atualmente, não há projeto em curso para um atendimento específico. Houve dificuldade inicial em recursos humanos nas áreas médicas e de enfermagem, sendo esta última sanada. Não há contratação de médicos para suprir o quadro diante dos pedidos de dispensa neste último ano, causando um déficit preocupante para assistência.

Não houve, aparentemente, uma demanda planejada por parte do nível central para a ativação da enfermagem. Não há informações suficientes para qualquer avaliação quanto à ampliação.

O contrato assinado entre a SES-SP e o HICF ocorreu em dezembro de 2008 com previsão das metas para o ano de 2009. Nele estão contidas as obrigações e responsabilidades das partes, e os anexos referentes à: 1) Descrição de serviços; 2) Estrutura e Volume de Atividades; 3) Recursos Financeiros; 4) Objetivos Índices de Produtividade e Qualidade; 5) Acompanhamento do Contrato Programa e Avaliação dos Serviços de Saúde.

O anexo referente à descrição de serviços realiza formas de ação à população de acordo com os princípios do SUS, garantindo acesso ao atendimento de urgência, internação, atenção ambulatorial, exames, cirurgias e programas especiais como aplicação de Toxina Botulínica para pacientes neuropatas, distribuição de Beclometasona, Formoterol, Leuprolida e Somatotrofina.

No anexo II, do contrato, no que se refere ao volume de atividades, estão registrados os parâmetros estimados para o primeiro ano de vigência, que ocorreu em 2009, como: número de saídas de clínica cirúrgica, pediatria,

cirurgias, hospital dia e internação; número de atendimentos em urgências e emergências e pediátricas; número de consultas para atendimento ambulatorial; número de serviços de exames internos e externos e o número de atendimentos dos programas especiais já citados.

O anexo III, do mesmo contrato, é referente aos recursos financeiros, onde fica estipulado o orçamento previsto pela SES-SP para o ano de 2009. O principal diferencial nesse caso é que os repasses são feitos em parcelas mensais, o que anteriormente ocorria trimestralmente e dificultava algumas ações à espera de repasse. Nesse anexo, a SES-SP, por meio da CSS, leva a efeito a consolidação e análise dos dados do trimestre, para avaliação e pontuação dos indicadores de acompanhamento e avaliação no âmbito financeiro do Contrato Programa. Semestralmente serão avaliadas as quantidades executadas, verificando e avaliando os desvios para mais ou para menos, o que poderá resultar em repactuação das quantidades estabelecidas e seus reflexos econômicos financeiros.

No anexo IV, do contrato estão estabelecidos: 1) os índices de produtividade: taxa de ocupação operacional, taxa de ocupação global, média de permanência, total de saídas hospitalares, total de atendimentos ambulatoriais, número de cirurgias/sala/dia útil, número de consultas/sala/dia útil; 2) e de qualidade: taxa de mortalidade institucional e percentagem de atendimento – queixas e sugestões.

Finalmente, no anexo V do contrato, estabelece-se a Comissão Técnica de Acompanhamento e Avaliação do Contrato Programa, com descrição de suas funções e composição. Desse anexo consta também o sistema de

avaliação de resultados e aplicação de incentivos, este relativo a 1% do orçamento previsto no Anexo III na descrição dos recursos financeiros.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Descrever o processo de implantação do instrumento de Gestão “Contrato Programa”, evidenciando os seus princípios de eficiência na gestão e qualidade na atenção.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Entender os porquês do redirecionamento proposto pelos principais atores do nível central da SES – SP, no planejamento e na sua implantação.
- Conhecer o papel do gestor local no desempenho de suas atividades gerenciais em face do Instrumento Contrato Programa.
- Conhecer a percepção dos profissionais da Unidade sobre o processo de implantação e as modificações relativas à gestão de pessoas, considerando os processos de trabalho, a qualificação profissional e a gestão participativa.

5 PRESSUPOSTOS DE PESQUISA

Nos processos de inovação que geram profundas mudanças organizacionais, supõe-se que para seu êxito a participação dos trabalhadores é importante, afinal, em tese, a legitimidade e a institucionalização do modelo estariam contempladas. A inserção dos trabalhadores nesse processo de implantação daria a ele uma objetividade no alcance de metas. A clareza apresentada sobre os ganhos ao se aderir efetivamente ao novo modelo de gestão teria papel de amenizar as resistências iniciais e até, por meio do grupo, trazer à luz inovações nos processos de trabalho de seu domínio.

Diante desses aspectos, é necessário que ouçamos os gestores para conhecer mais detalhadamente o direcionamento proposto a essa Instituição Hospitalar com a implantação desse modelo de gestão. Houve uma diretriz em seu planejamento, uma definição de qual ou quais objetivos e metas deveriam ser alcançados. Naquele momento foram ouvidos os gerentes que conduziam o processo até então, e que diante das novas exigências se adaptaram e trabalham para que todas as metas fossem alcançadas, contemplando eficiência e qualidade na assistência.

Com o Contrato Programa, o gerente pôde experimentar um papel mais articulador, com possibilidade de estudar com sua equipe, novos objetivos, ou seja, o gerente se apropriou da organização, conhecendo-lhe os limites e possibilidades na prestação de serviço mais eficaz à população.

No contexto de Recursos Humanos e da Lei de Licitações nº 8.666/93 as práticas permaneceram inalteradas, em tese houve uma proposta de modernização gerencial em um contexto que não se modernizou.

Contratamos conforme padrão de lotação, disponibilidade de vagas diante de uma realidade que não se reflete como aumento real do quadro funcional, mas sim tem como produto final quase sempre um déficit no quadro funcional. A forma de contratação em geral, apesar dos esforços em confeccionar editais com aspectos de desempenho e qualificação, ainda é por meio das provas objetivas para o ingresso ao serviço público. Após o ingresso, o incentivo para capacitação e atualização é mínimo, o que se manteve mesmo com o novo modelo. Não houve meta definida quantitativa ou qualitativamente que contemplasse horas/homem treinamento, uma vez que novas exigências e um novo papel foram esperados do trabalhador.

Desse ângulo, ressaltamos a Gestão Participativa que considera a valorização dos sujeitos envolvidos no processo de produção de Saúde, tendo como valores autonomia, protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, os vínculos solidários e a participação coletiva na consecução de um objetivo comum. E a Co-Gestão, sendo esta um modo de administrar que inclui o pensar e o fazer coletivo, ou seja, uma diretriz de bases éticas e política que visa democratizar as relações no campo da saúde.

As modificações com a determinação de metas quantitativas e de qualidade certamente se refletiram na força de trabalho. Maiores exigências foram impostas e uma maior expertise em sua execução. Por força, temos um

novo profissional, que precisa de atualização, envolvimento e constante reavaliação de seu desempenho.

A descrição da implantação do novo modelo poderá definir em seu debate quais mudanças se relacionam ao avanço em eficiência e qualidade de assistência, levando em consideração a reforma da estrutura física, a modernização e a melhoria nos processos de trabalho diante de novas tecnologias ou, propriamente, o Contrato Gestão na forma concebida.

6 METODOLOGIA

Este trabalho tem como foco a descrição do processo de implantação, possibilitando realizar uma discussão que contribua para maior compreensão do modelo Contrato Programa e seus reflexos na gestão, gerência e força de trabalho levando-se em conta a eficiência e qualidade assistencial. Foi realizado um estudo de caso por meio da pesquisa bibliográfica, na análise documental, em entrevistas com os principais atores envolvidos e grupo focal com os funcionários que participaram do processo de implantação.

Geralmente, os estudos de caso são utilizados para situações em que quer se descrever o "*como*" e o "*por que*" e quando o foco é um fenômeno contemporâneo dentro de um contexto real (YIN, 1986). É método que pressupõe descrição detalhada de uma situação real ou fictícia, passível de ser utilizada para ilustrar algum princípio teórico, ou então a descrição de problema(s) organizacional (is) sobre o(s) qual (is) o gerente precisa intervir.

O estudo de caso em questão, bem como sua análise, necessariamente representa uma visão particular da realidade. Por um lado, por estar impregnado da visão de mundo de quem o descreve e analisa, e por outro porque "*a realidade social só se apreende por aproximação*" (MINAYO, 1992). "Numa ciência onde o observador é da mesma natureza que o objeto, o observador é, ele mesmo, uma parte de sua observação" (LEVY STRAUSS, *apud* MINAYO, 1992).

As entrevistas seguiram um roteiro prévio com aspectos relacionados à fase de implantação, com roteiros pertinentes a cada um dos coordenadores e gerente do hospital, como segue:

- Coordenador de Serviço de Saúde, para compreendermos as diretrizes da SES-SP e as escolhas dos hospitais no processo de implantação.
- Coordenador de Recursos Humanos, para o conhecimento das propostas relativas à força de trabalho, incentivos e capacitação planejadas.
- Gerente atual do Hospital Infantil Cândido Fontoura, verificando as perspectivas e dificuldades, diante do novo papel. A escolha por este gerente se baseia no maior tempo de experiência vivenciada nesse modelo, nos permitindo obter uma compreensão maior das transformações ocorridas.

Para abordar os funcionários e lhes registrar a percepção sobre a implantação do Contrato Programa, foi utilizada a técnica de grupo focal. O objetivo principal do grupo focal é revelar as percepções dos participantes sobre os tópicos que serão discutidos. Normalmente, os participantes possuem alguma característica em comum, por exemplo, compartilham das mesmas características demográficas tais como nível de escolaridade, condição social, ou são todos os funcionários do mesmo setor do serviço público (GOMES E BARBOSA, 1999). A escolha dos participantes seguiu os critérios abaixo:

- Funcionários que acompanharam o histórico de implantação no hospital. A seleção dos funcionários foi por função e cargo, buscando obter informações relativas a área assistencial e administrativa. Assim, foram

realizados dois grupos com trabalhadores da assistência: médico, enfermeiro, técnico de radiologia, auxiliar de enfermagem; e com trabalhadores da administração: oficiais administrativos, atendentes. Foram incluídos os funcionários admitidos até 2005, possibilitando um panorama sobre a participação nesse processo.

Quanto à análise documental, foram analisados os contratos firmados entre a SES-SP e o hospital, bem como os termos aditivos quando utilizados, no período de 2009 a 2011. As planilhas geradas pelo hospital para avaliação dos períodos determinados pela SES-SP foram incluídas para uma melhor percepção da trajetória durante as avaliações, podendo compreender, além do panorama interno, como o sistema de saúde em alguns momentos se mostrou determinante na escolha e execução das metas propostas.

7 RESULTADOS

7.1 CONTEXTO DE TRANSFORMAÇÕES NO HICF

Uma das práticas que ocorre na SES-SP se define pela escolha político-administrativa de seus gerentes, na maioria das vezes acarretando descontinuidade das ações nos hospitais. Ao final de cada mandato de governo, uma equipe era dissolvida e uma nova, instituída nos hospitais. Algumas vezes essas mudanças ocorrem até mesmo antes dos finais de mandato dos governantes, ocasionadas por rearranjos políticos. Por exemplo, cada gerente propunha a SES-SP um projeto ou inovação local que deixasse com sua saída a marca e seu estilo de gerência.

Na maioria dos casos de mudança de gerente, toda a equipe era empossada tendo por base a confiança, que nem sempre estava alinhada às competências necessárias à função desempenhada. Na verdade, essa preocupação relativa às competências só ficou evidenciada com o processo de certificação ocupacional proposto pela SES-SP para os diretores de hospitais e diretores regionais de saúde no ano de 2008.

Segundo Rodrigues (2011), se nas empresas privadas a adoção da gestão por competências tem sido um desafio, no serviço público ela assume uma proporção muito maior, considerando as características peculiares das administrações públicas. Gerir por competências sugere voltar-se para os predicados de competência do capital humano, o que não é tarefa comum, especialmente quanto enfrentamos as ações burocráticas da administração pública brasileira.

Como consequência destas ações, restava aos trabalhadores lidar com os conflitos advindos dessa flutuação de domínio e formas de trabalho particularizadas. Houve o surgimento de “projetos relâmpago” que, em sua maioria, não possuíam uma ligação efetiva com aquela organização e se dissolviam na saída da equipe que os propunham, como exemplo: o projeto para alcance da acreditação por meio do sistema ONA, onde as equipes foram mobilizadas e trabalharam para compreender esse novo universo, mas isso não foi efetivado. Por outro lado, algumas iniciativas vindas dos trabalhadores às vezes se consolidavam e permanecia operante, como a criação da central de atendimento ao cliente, uma proposta que nasceu da necessidade de redirecionamento das demandas recebidas por meio do serviço social quando foi criada a Central de Atendimento ao Cliente, que acolhia reclamações e sugestões dos usuários que utilizavam o hospital. Posteriormente esta Central transformou-se no programa “Conte Comigo”², implantado em todas as unidades por iniciativa da SES-SP. A base estrutural permaneceu demonstrando que o processo de seleção interna que permitiu a alocação das pessoas certas para o local certo. Outro exemplo de mudança foi a substituição da gerente logo após o término da reforma, no ano de 2007. Muitas foram às celebrações entre e com os funcionários e a perspectiva da gerente, à época,

² Conte Comigo foi um dos programas desenvolvido no ano de 2003, pela SES-SP, através da Coordenadoria de Serviços de Saúde, para a modernização dos Serviços de Saúde de Administração Direta. Tem como objetivo servir de orientador da direção quanto à qualidade, satisfação e direitos aos usuários, avaliando as atividades da organização e tornando o atendimento mais humano e personalizado.

estava voltada principalmente para que fossem trabalhadas questões voltadas aos recursos humanos. Os investimentos na força de trabalho estavam sendo planejados.

Na implantação do Contrato Programa no HICF, no ano de 2008, o governador em seu discurso sobre o novo modelo prometia a permanência desses gerentes nos hospitais com a finalidade principal de continuidade das ações e uma coerência maior de ações. No caso em questão, a permanência do gerente, na época da implantação, trazia consigo um valor ainda mais significativo, pois no ano que antecedeu a implantação o hospital passou por sua maior reforma e modernização de equipamentos desde sua criação. A proposta de reconstrução e reforma do hospital indicava a possibilidade de que os trabalhadores passassem a dar um novo significado às suas práticas, já que agregariam valor ao seu trabalho dentro de um espaço mais organizado, com uma estrutura visivelmente moderna.

Esse era o cenário da implantação que vinha ao encontro das diretrizes do novo modelo, pautadas em retribuições financeiras no alcance de metas, no investimento na força de trabalho com capacitação e melhoria nas ações em saúde. No entanto, não houve continuidade do trabalho, pois, por determinação da SES-SP, o gerente foi substituído. O novo gerente apresentou um novo projeto que, submetido somente ao nível central, foi acolhido. Era o projeto de cirurgia cardiológica pediátrica.

Uma contribuição à reflexão sobre essa situação nos coloca perante a necessidade de distinguir, nesse contexto, políticos e burocratas. Nesse caso, podemos identificar como burocrata o gestor do nível central, e, como político,

o gerente do hospital e traçar um paralelo com o que Evans (1993) relata sobre a teoria dos tipos ideais polares de Weber. O burocrata estaria envolvido apenas na execução de suas atribuições e na contribuição ao cumprimento de metas da organização como um todo; o político, por sua vez, demonstraria a capacidade criativa e a iniciativa política para o enfrentamento das questões.

Dentro das diretrizes do novo projeto e aprovado pelo nível central para o hospital foram modificadas no ano de 2009 e todos os recursos, sejam eles humanos e financeiros, se voltaram ao projeto de implantação de cirurgia cardíaca pediátrica. O primeiro valor de bônus institucional, referente a 1% do orçamento, paga em 2010 por meio do contrato programa, foi direcionado à compra de instrumental para as futuras equipes cirúrgicas. Nesse ano, ainda não havia o recebimento de bônus para os funcionários, o que foi ocorrer somente no meio do primeiro semestre de 2010.

Com a aprovação do orçamento, o projeto foi publicado no diário oficial para sua execução. Faltava ainda uma parceria a ser firmada por meio do sistema de organização social para contratação da equipe, e, devido aos trâmites praticados em recursos humanos via concursos públicos, ou até mesmo ao processo seletivo, o projeto aguardaria muito tempo para que se realizasse.

Toda a organização do HICF foi mobilizada para sua execução. Foi contratada uma consultoria externa para cumprir a finalidade de integração das equipes. Por exemplo, os novos trabalhadores da equipe de cirurgia cardíaca deveriam ser integrados à equipe de pessoal do pós-operatório para o desenvolvimento de um trabalho conjunto até à alta hospitalar. Os

trabalhadores estavam mobilizados, interessados e entusiasmados com a possibilidade, relatada pelo gerente à época, de nos tornarmos uma referência nacional em cirurgia cardíaca em pediatria.

Durante o processo de implantação do modelo, é de fundamental importância o planejamento das competências organizacionais e individuais, bem como da forma pela qual serão adquiridas ou desenvolvidas. Dessa maneira, um dos grandes subsídios associados ao modelo de Gestão por Competências é a sua capacidade de elevar a área de Gestão de Pessoas ao *status* de participante ativo do processo de planejamento estratégico da organização (RODRIGUES, 2011). No projeto em questão, a posição de recursos humanos passou a ser estratégica, mobilizando potencialidades para execução de um objetivo comum. A sensibilização, integração e trabalho entre as equipes foram trabalhados e planejados para que as ações de saúde provenientes dessa fusão fossem as mais eficientes possíveis, respondendo às necessidades de uma clientela específica.

Mudar significa que se conhece de onde se está partindo e aonde se quer chegar, dessa forma, as resistências diminuem nesse processo de transição, pois há maior segurança e confiança de um ganho positivo. No caso do projeto cirurgia cardíaca, a proximidade de todos os trabalhadores, independentemente de seu nível hierárquico, das decisões tomadas e do conhecimento das pessoas que irão compartilhar os futuros trabalhos foi uma ação decisiva para o envolvimento e participação em massa. Era possível ter o sentimento de valorização entre os trabalhadores. No entanto, a SES-SP em

mais uma mudança político-administrativa mudou o gerente antes da consolidação de tal projeto e as ações foram imediatamente cessadas.

Os valores gastos, antes como viabilizadores de um plano maior, agora eram tidos por inconvenientes às novas práticas almejadas. Somente em janeiro de 2010 as finanças se equilibraram. Os materiais adquiridos foram disponibilizados às outras unidades da rede, com prática cirúrgica em cardiologia, em troca de outros para que os investimentos não se perdessem. Tudo foi reorganizado, inclusive a maioria dos cargos de comando dos diversos níveis organizacionais.

À vista desse relato, fica clara a distinção político-administrativa nas relações de comando praticadas pela SES-SP, que acarretam descontinuidade e conflitos. Não é mais possível trabalhar com modismos gerenciais a cada mudança de governo, tornando o serviço público cada vez mais distante da qualidade e da eficiência almejadas (MINAYO *apud* BOSI e MERCADO, 2006).

7.2 O CONTRATO PROGRAMA NO HICF

Ao analisarmos as cláusulas do contrato programa, salientamos que no item I, (Descrição dos Serviços), o que nos chama a atenção é o número de leitos ativos, (72), sendo que na reforma de 2007 foi criado espaço físico para o funcionamento de mais 25 leitos configurando uma nova enfermaria. Como hipótese, a SES-SP não estabeleceu um planejamento ou direcionamento de ações que justificasse a ampliação do número de leitos de enfermaria. Por sua vez, o hospital não planejou, por meio de um estudo clínico ou epidemiológico qual seria o destino dos novos leitos. Essa enfermaria ficou ociosa até o início deste estudo, sendo utilizada, a pedido da SES-SP, para internação dos casos de dengue por ocasião do crescimento dos casos no Estado de São Paulo no ano de 2008 e 2009.

No anexo II do contrato, no que se refere ao volume de atividades, não houve previsão nesse item de nada que se refira ao recursos humanos, como número de horas/homem capacitados e/ou treinados por meio da Educação Continuada. Houve solicitação por parte de SES-SP da média de treinamentos realizados em anos anteriores, mas naquele momento não houve registro em contrato dessa prática. Na verdade, anteriormente ao contrato programa, a verba destinada à capacitação era planejada no início de cada ano, sendo sua utilização distribuída em trimestres. Essa prática foi realizada aproximadamente até três anos antes da formalização do novo modelo de gestão, tendo supostamente sido incluída como estímulo aos trabalhadores com a finalidade de incentivar a melhoria e aprimoramento de suas competências profissionais.

No que tange aos recursos financeiros, o principal ganho para o gerente foi a flexibilidade e resolutividade ampliadas com as quais poderia planejar e executar as ações de forma mais sistemática.

Apesar de a literatura designar esse contrato como um acordo de resultados discutível juridicamente por se tratar de contrato entre entes de mesma pessoa jurídica. No entanto, a prática deixou claro que estão bem delimitados os indicadores, orçamento e previsão de processos de melhoria com registro em caso das mudanças necessárias por meio de termos aditivos. Fica claro também o papel da SES-SP em controlar, acompanhar e avaliar as atividades do hospital, delegando ao gerente as atribuições de solução dos problemas e inovações advindas das equipes de trabalho. A relação entre a SES-SP e o hospital ficou mais próxima, pois há um conhecimento sistemático das informações repassadas, permitindo um acompanhamento da trajetória do hospital diante das demandas de saúde da população.

Com relação ao item implantação de processos de melhoria da informação, houve sugestão incluir os motivos do cancelamento das cirurgias agendadas e suspensas num período determinado. Sobre esse item é importante relatar o procedimento realizado por meio da rede de atenção básica. No ano de 2006 foi estabelecida parceria entre rede de atenção básica e os ambulatórios ou unidades hospitalares com esse tipo de atendimento. Um percentual de vagas foi disponibilizado para agendar cirurgias e outras consultas após avaliação clínica na unidade básica. O sistema de referências ficou delimitado à região de abrangência centro – oeste do Estado de São Paulo. No entanto, a localização do hospital é leste, ocasionando absenteísmo

elevado devido distância geográfica que dificultava o acesso. Diante do exposto consideramos que o funcionamento da rede, não favoreceu o alcance de algumas metas devendo ser repensado para correção e diminuição do absenteísmo.

Em janeiro de 2010, houve a repactuação de metas do contrato programa para alguns índices de produtividade após a primeira avaliação: taxa de ocupação institucional, número de saídas hospitalares, média de permanência, número de cirurgias, número de exames externo e número de atendimento ambulatorial. Esta repactuação descrita no termo aditivo foi assumida pelo atual gerente, o terceiro desde a implantação, que assumiu a direção em abril de 2010. Novo contrato foi assinado em dezembro de 2010, com possibilidade de planejamento para o ano de 2011, o que foi possível com a reorganização financeira. Atualmente, esse gerente conduz as ações, previamente discutidas com os diretores de divisão, mas que na verdade ainda não se encontram total e amplamente divulgadas e discutidas com os trabalhadores, como veremos nos resultados descritos dos grupos focais.

7.3 OS ATORES ENVOLVIDOS NO PROCESSO

7.3.1 A Coordenação de Serviços de Saúde

O Coordenador de Serviços de Saúde à época da implantação nos relatou que um dos motivos que levaram a SES-SP por meio da CSS a optar por um novo modelo de gestão para os hospitais da administração direta era dar mais objetividade e clareza principalmente na relação custo-benefício, considerando que, o que teria sido gasto foi ou não suficiente para as ações planejadas, e de que forma isso teria sido realizado.

Inicialmente, os hospitais trabalhavam com um sistema de informação, enviando dados a SES-SP sem uniformidade. Ou seja, cada unidade enviava os dados que julgava importante dentro do seu sistema de trabalho, o que gerava inconsistência nas informações e, portanto, não deixava claro ao gestor se o investimento correspondia aos resultados esperados.

Dessa forma, a SES-SP propôs um estudo, junto aos diretores de algumas unidades que se mostravam mais organizada nesse sentido, para a elaboração de um glossário de dados, objetivando uniformizar essas informações. Fruto deste estudo foi a criação do Núcleo de Informação Hospitalar (NIH) que condensava dados como número de atendimentos, horas trabalhadas, taxa de permanência, número de leitos, leitos disponíveis, leitos bloqueados etc.

Assim, por meio das informações e da disponibilidade demonstrada por alguns diretores em assumir o desafio de implantar um novo sistema de trabalho, a SES-SP determinou conjuntamente com seus gerentes no ano de

2008, que o Hospital Infantil Cândido Fontoura, Hospital Regional de Taipas e Hospital Regional Sul fariam parte desse novo modelo de contrato por metas.

Estas foram estabelecidas de acordo com a quantidade de atendimento que o hospital realizou nos últimos 24 meses, ou seja, as metas foram estabelecidas mediante análise de uma série histórica dos atendimentos. Não haveria expectativas elevadas, mas um trabalho inicial em observar se essas metas seriam tangíveis em cada realidade. Houve muitas discussões sobre quais seriam essas metas e optou-se pelas tradicionais, utilizadas na administração pública, pois eram de conhecimento de todos os gerentes. Ficou também estabelecido um incentivo institucional de 1% do orçamento pelo cumprimento das metas, e se sugeria fortemente que fosse utilizado sempre como investimento, nunca custeio. Sendo assim o hospital poderia investir, transformando o esforço para alcançar a meta em algum benefício para ele. Esse foi o princípio, o de experimentar trabalhar com os hospitais da administração direta, que são hospitais submetidos a gestão direta da SES-SP como a secretaria trabalhava com os da administração indireta que são hospitais administrados por meio das organizações sociais de saúde e posteriormente analisar os resultados.

Ainda segundo o relato, apesar de o governador do Estado de São Paulo, naquele período, em seu pronunciamento sobre a implantação nos primeiros hospitais com este modelo, fazer uma projeção, na perspectiva de mudança, para que todas as unidades da administração direta passassem a ter este modelo, várias características particulares de algumas delas dificultaram a implantação. Por exemplo, com relação aos hospitais psiquiátricos, onde

alguns pacientes acabam como moradores, seria inviável estabelecer uma média de permanência, indicador utilizado no contrato programa.

Da mesma forma as transformações ocorridas na área de pediatria alteraram suas características assistenciais, modificando-se ao longo do tempo, devido a novas tecnologias, e ao avanço no controle de doenças como diarreia e meningite. Ressaltaram-se também as mudanças nas características populacionais como envelhecimento e diminuição da taxa de natalidade reduzindo as internações e até mesmo interferindo na missão de alguns hospitais. Estes fatos são exemplos das necessidades de adequação da oferta de serviços oferecidos pelos hospitais.

Segundo avaliação do Coordenador, mesmo diante do exposto, a prática desse novo modelo pôde regular as expectativas de alguns diretores quanto ao que se esperava como resultado dos hospitais. Muitos desejavam ser ou ter serviços que se desviavam da missão principal do hospital, deixando-o a mercê de projetos não factíveis em determinada realidade. Houve um ganho técnico administrativo na aproximação dos gerentes com a SES-SP, com mais objetividade e clareza, fazendo o melhor do que já se fazia e propondo outras metas que não foram pensadas pelo nível central, mas que eram apresentadas pelas equipes. Inicialmente, nas reuniões com a CSS só compareciam os gerentes, mas, com a amplitude de dados e ocorrências das áreas, estes passaram a trazer pessoas da equipe, tornando as reuniões mais produtivas pela partilha de experiência dos hospitais para um avanço em casos de dificuldade.

Para a Coordenadoria de Serviços de Saúde, naquele momento o funcionamento da rede de serviços, relatando às vezes como uma situação frequente na administração pública o fato de que os hospitais são definidos não pela necessidade epidemiológica da região, mas pela disponibilidade interna. Por exemplo, em algumas circunstâncias, o hospital tem um grupo muito preparado de determinada área ficando com um grupo muito experiente de pneumologia, acarretando uma “hipertrofia” nessa área. Como o sistema precisa de tudo aquilo que se oferta, porque tudo o que se oferta aparece demanda, perguntamos: qual o ponto de partida, a necessidade ou a oferta? É a demanda ou é a oferta? Hoje fazemos pela oferta. Às vezes, precisamos muito de um bom serviço de neurologia nessa região, mas por algumas razões ou circunstâncias não se consegue isso, de modo que o hospital se destaca em uma especialidade por ter muitos médicos já fazendo isso com êxito. Isso é uma característica histórica dos nossos serviços, mas considera que precisa também, aos poucos, buscar adequação pela oferta e não pela demanda.

O Coordenador avaliou como positiva a experiência de implantação tanto para SES-SP como para os gerentes e suas unidades no alcance de patamares de eficiência mais elevados. Só ressalta novamente que a principal preocupação foi com a área de recursos humanos devido ao excesso de burocracias, aos comportamentos, por parte dos funcionários, como resistência e posse pelo cargo, local e até materiais de trabalho, que somados a política de estabilidade repercutindo de forma negativa e contribuindo com as dificuldades gerenciais. Acredita que se possa mudar esse panorama com estudos e propostas para gestão de pessoas. Anteriormente à implantação deste modelo

de contrato programa, não havia a responsabilização do funcionário como parte ativa no sistema de trabalho. Não houve preparo e capacitação para uma melhor compreensão, apenas a exigência de uma produtividade apoiada em um contrato de metas.

Essa implantação se seguiu uma maior eficiência administrativa e gerencial, pois, na medida em que se estabelece a meta, há definição de papéis e dos resultados esperados. Apesar de parecer simples, a complexidade da tarefa se traduz na forma pela qual os gerentes divulgam ou tratam esta informação, compartilhando-a com as equipes de trabalho. O contrato programa trouxe uma nova realidade ao gerente, criando a possibilidade de (re) conhecimento das áreas da unidade e assim permitindo o planejamento de metas mais compatíveis com o tipo de serviço. Em outras palavras, fazer melhor aquilo que se tem como missão, mediante a otimização de recursos.

Essa aproximação administrativa da SES-SP com os gerentes e destes com seu grupo de trabalho fez com que os resultados fossem cada vez melhores entre eles: maior visibilidade das equipes com possibilidade de sugestão de novos projetos; a melhoria nas relações entre a SES-SP e o hospital criando-se um fluxo mais democrático e não de ordenação unilateral, ou seja, somente da SES-SP para o hospital; a flexibilização gerencial, o que permitiu uma maior eficiência no atendimento às necessidades do hospital.

7.3.2 A Coordenação de Recursos Humanos

O Coordenador de Humanos à época da implantação nos relatou que foi pensado inicialmente que a remuneração seria elemento importante no processo como retribuição aos trabalhadores. A principal questão era a política salarial, que não poderia ser modificada com a rapidez suficiente e, diante disso, a solução foi o desenvolvimento de uma política interna da SES-SP, sem promover naquele momento um acordo geral. Dessa forma, inicialmente haveria uma política salarial local para que posteriormente o valor de remuneração fosse atrelado à avaliação de desempenho, possibilitando ganhos variáveis. Ficava acertado, pois, que um bônus pelo cumprimento das metas seria pago aos funcionários.

A preocupação inicial com a força de trabalho diante do contrato programa foi remuneratória. Não houve um preparo ou pré-avaliação do quadro funcional com vistas a adequações para o início da implantação.

Com relação a essa remuneração, os gerentes eram responsáveis por identificar as equipes que poderiam receber incentivos. Isso permitiu que eles olhassem para as equipes e as diferenciassem em termos de produção e capacidade de cumprir as metas estabelecidas. Parte do bônus institucional poderia e era esperado que fosse utilizado como plano de incentivo voltado ao aperfeiçoamento acadêmico, com vistas à melhoria de desempenho das equipes. Inicialmente pensou-se no desempenho das equipes e não no desempenho de cada indivíduo. Era o incentivo a cooperação como forma de

motivar e, futuramente, com o aprimoramento das avaliações, chegar ao pagamento variável pelo desempenho individual.

Ele ainda nos relata que havia uma preocupação com os períodos de pagamento, ou seja, caso fossem metas anuais, a consequência do não cumprimento poderia “pesar” como punição para o resto do ano. Sendo assim, houve uma preocupação de rever as metas semestralmente.

Diferentemente do bônus, o coordenador assinala que o valor de 1% do orçamento reverteria para o serviço, não ligado diretamente às equipes, mas por meio das pessoas. Ou seja, se paga o indivíduo, mas o desempenho geral é da equipe, todos recebendo de acordo com o desempenho da equipe. Um dos objetivos principais era proporcionar um percentual mais significativo para os funcionários com menor rendimento salarial. Uma das preocupações era ter certeza sobre se os gerentes conseguiriam realmente discriminar suas equipes.

Esse mecanismo de retribuição mais orientada tornava o gerente mais “forte” para atuar naquilo que fosse preciso. O objetivo era investir em capacitação para melhorar o desempenho e a qualidade assistencial. Seria um mecanismo para corrigir as defasagens. Ou seja, o pagamento era o orientador do trabalho, o que em um segundo momento, poderia se tornar uma política remuneratória.

Para o coordenador, uma das vantagens era a clareza, a delimitação e a mensuração associada à compensação. O gerente ficou mais “exposto” e comprometido com seu papel. O mecanismo de remuneração em última análise, segundo o coordenador, significava a retenção de talentos nas unidades.

Ele ressaltou que não era o caso de “arranjar mais um trocado para as pessoas”, mas alinhar os sistemas remuneratórios que estavam sendo criados em favor de um desempenho melhor. Havia um risco quanto à resposta das pessoas, mas a CRH tinha naquele momento o apoio da equipe técnica da empresa de consultoria, que contava com experiência para auxiliar na modificação dos processos que fossem necessários. Tratava-se um alinhamento estratégico.

Na primeira avaliação, o pagamento foi bem recebido e comprova a satisfação das pessoas. A CRH não pôde acompanhar nas unidades diretamente, mas a percepção era de que aquele fora o caminho correto.

O Coordenador avalia que, com relação à remuneração, ela foi o que se pôde oferecer naquele momento, fora de uma política salarial maior, o que talvez só ocorresse em longo prazo, dada a complexidade para essa mudança.

A Coordenadoria de Recursos Humanos, segundo o Coordenador, não entrou no detalhamento dos processos de trabalho, o que ficou sendo um papel da CSS. Havia por parte desta um monitoramento junto aos gerentes. Lamenta apenas não ter estado *in loco*, nas unidades, conversando e conhecendo como tudo estava seguindo com a implantação, embora participasse das reuniões com os diretores junto à CSS.

7.3.3 A Gerência do HICF na Atualidade

O gerente atual nos relatou que a diferença do papel desempenhado entre uma unidade com contrato programa e uma unidade da direta foi o estabelecimento de metas. Anteriormente à implantação, o gerente as determinava, mas nem sempre elas estavam de acordo com as necessidades de saúde. Hoje as metas são determinadas de acordo com as necessidades identificadas pelas regionais de saúde, pois estas possuem abrangência suficiente para discutir junto às unidades.

As equipes, segundo ele relata, participam da discussão das metas a serem estabelecidas junto à Diretoria Regional de Saúde (DRS), pois nem sempre a necessidade desta é possível ser atendida diante dos recursos físicos ou humanos de que o hospital dispõe.

Com relação a suprir as necessidades de recursos humanos, o gerente afirma que é possível, mediante uma justificativa, dispor de verba na contratação de profissionais para complementar o quadro funcional. Isso também depende de materiais e equipamentos, pois de nada adiantaria o profissional sem equipamento para desempenhar sua atividade. O exemplo dado envolve a contratação de um oftalmologista, que necessita de um equipamento para analisar as condições de visão do paciente.

Quanto à flexibilização orçamentária, o gerente relata que as regras impostas pela Lei 8.666/93 de licitações continua a mesma, no entanto, o contrato programa, pela previsão de metas, permite parcerias para realização dos atendimentos. O hospital cede o espaço e os hospitais universitários o

utilizam para serviços específicos, de acordo com as necessidades de saúde. Um exemplo dado foi a recente parceria com o Hospital das Clínicas, que em parceria nos encaminhará as cirurgias oftalmológicas, pois os recursos desse hospital só estão disponíveis aos casos mais graves.

Diga-se que isso possibilita o reforço no atingimento das metas cirúrgicas e beneficia a população, pois há demanda para esse tipo de cirurgia.

A liberação financeira referente metas é trimestral possibilitando a aquisição de serviços ou equipamentos necessários ao hospital para melhor desempenho em suas atividades. Só não é permitido o uso para aquisição de insumos. Há uma flexibilidade orçamentária segundo o gerente, no entanto, devem ser realizados projetos que justifiquem o uso do recurso, por meio das licitações, para sequencia comprovar as melhorias obtidas com a execução do projeto.

Ficou claro que a determinação de uso dos recursos é compartilhada com a equipe, que relata sobre suas necessidades, elabora projetos para melhorias, o que se tornou possível com o contrato programa. O gerente tem um papel mais atuante nesse sentido e suas decisões se tornaram mais coesas no que concerne às várias áreas, possibilitando que as equipes participam integradamente.

Quanto aos funcionários, o gerente não percebe algumas atitudes isoladas como resistência por parte de alguns, mas como um pouco de descaso. Avalia que o contrato de metas foi bom para o funcionário, uma vez que há um bônus de retribuição e o ambiente da instituição se torna mais propício para que se alcancem os objetivos propostos, “com a qualidade

umentando, ele também se sentirá melhor”. Porém, há alguns setores em que os funcionários desconhecem o programa, por exemplo, o dos médicos que fazem uma jornada de 20 horas em um ou dois plantões na semana. Essa ausência nos demais dias acaba afetando o interesse desse profissional em conhecer mais do que acontece e em ser mais colaborador e participativo nas tomadas de decisão. No entanto, a meta é do setor, onde todos estão inseridos, o que deveria despertar um maior interesse, pois com ou sem participação geral todos daquela equipe receberão bônus.

Do ponto de vista do gerente, esse é o caminho certo, pois, além das metas quantitativas, há metas qualitativas que darão ao serviço um diferencial e uma maior eficiência. O papel do gerente ficou mais facilitado na medida em que as decisões são tomadas em equipe, são compartilhadas. O relacionamento com a CSS ficou melhor, pois há flexibilidade na definição das metas e há como justificar o não alcance destas se seguindo os dados da série histórica. Inicialmente, as metas são alvo de um acompanhamento para análise de impacto e, após essa avaliação, elas são validadas como mensuráveis, passando a valer na pontuação geral e na remuneração via bonificação.

O gerente nesse momento faz um paralelo de avaliação do contrato programa com relação aos hospitais administrados por Organizações Sociais de Saúde, as OSS. Do seu ponto de vista, os hospitais que seguem esse modelo de gestão estão no mesmo patamar ou, em alguns casos, acima da avaliação feita dos hospitais administrados por OSS.

Ele relata ainda que há uma dificuldade orçamentária maior no caso das OSSs, pois que ficam restritas aos procedimentos mediante a verba.

Exemplifica com um local que tem um número limitado para partos de cesariana. Excedendo esse número não há mais pagamento, e a OSS não pode ter prejuízo, o que acaba por “engessar” a gestão. Como ele diz, “nessa parte, somos mais pró - ativos e flexíveis”.

O gerente avalia que, mesmo com recursos humanos contratando com as mesmas práticas de concurso público com o mínimo de avaliação de perfil, isso é melhor, apesar de ser difícil. Ele atribui à estabilidade um ponto negativo, pois não há como pressionar com vistas a uma maior colaboração, e um indivíduo às vezes contaminam os demais, criando conflitos desnecessários às chefias.

Acredita que deveria haver melhor capacitação, com remuneração melhor e cobrança no caso do não cumprimento dos resultados estabelecidos.

O gerente ressalta ainda a possibilidade de inclusão de projetos especiais de acordo com as necessidades da população. Como exemplo menciona as crianças portadoras de epilepsia que apresentam na terapêutica resistência à medicação recomendável no tratamento cirúrgico. Este não apresenta uma grande complexidade, podendo ser realizado em nosso centro cirúrgico com os recursos de que dispomos e, no caso das equipes, serão os hospitais universitários que estarão com essa demanda reprimida, ou seja, prestaremos um serviço de que a população tem necessidade. Como consequência, poderemos contabilizar estes procedimentos em nossa clínica cirúrgica, melhorando o patamar estabelecido como meta e até mesmo ampliá-la.

Avalia ainda que a presença da participação da população por meio de Conselho Gestor, se bem orientada, sem interferências de interesses políticos locais seria uma ferramenta positiva na busca de soluções dos problemas de saúde da população.

7.3.4 Trabalhadores administrativos e da assistência à saúde

Os trabalhadores foram ouvidos em dois grupos focais separados, sendo eles funcionários com funções administrativas e funcionários assistenciais que vivenciaram a implantação do contrato programa.

Acreditamos que as informações circulem de modo diferenciado entre estes dois grupos, o que justifica a participação na pesquisa em separado. No entanto, o roteiro foi o mesmo como segue no anexo.

Inicialmente perguntamos sobre a participação na implantação. Os grupos relataram que houve uma reunião em que a gerente na época expôs como seria o contrato de metas. Muitos ficaram temerosos por acreditar que seria o início da entrada de uma organização social que viria administrar o hospital. As perguntas e dúvidas eram muitas, apesar da divulgação por meio de grandes reuniões com todos os funcionários. Mesmo após um primeiro momento de dúvida e receio, a compreensão do que é contrato programa, ou contrato de resultados e metas é até hoje pouco entendido. Não havia clara divulgação e compartilhamento de quais metas era trabalhado. Principalmente no início, quando as metas eram institucionais, ou seja, abrangiam todos os funcionários, havia um desconhecimento geral.

Desse ângulo, as equipes assistenciais tinham uma noção mais clara, pois a maioria das metas era relativa a taxas de ocupação e média permanência, número de óbitos, número de reuniões de comissões como prontuário, óbito, farmácia e comissão de infecção hospitalar, relacionadas à prática assistencial. Ainda assim, no primeiro pagamento do bônus pelo

cumprimento das metas, não houve explicação dos valores, permanecendo a dúvida sobre os valores, se estavam corretos ou não. A área de recursos humanos não esclareceu as diferenças nem a base de cálculo realizada à época. Apenas analisou as queixas individuais e retornou a informação com parâmetros de certo ou errado, providenciando a correção do pagamento junto à Secretaria da Fazenda.

Ele afirma também que receberam das chefias as metas que deveriam ser cumpridas, e que não houve escolha neste momento. Só com a entrada de metas qualitativas para a enfermagem, principalmente, é que houve possibilidade de se indicar quais deveriam ficar determinadas diante da análise das rotinas.

A área administrativa nesse momento também recebeu bonificação, uma vez que as metas eram institucionais no ano de 2009, e ele foi pago no primeiro e segundo semestre de 2010.

Sobre as mudanças nas rotinas e procedimentos de serviço, após a implantação do contrato programa, eles dizem que não houve uma modificação significativa para a parte administrativa. Com exceção do Serviço de Arquivo Médico Coleta e Classificação de Dados, que consolidava os dados para análise de planilhas pela CSS, a Seção de Finanças que acompanhava o recebimento dos valores orçamentários do ano, bem como os cálculos da bonificação, os demais setores administrativos permaneceram longe dessa nova realidade.

Essas mudanças foram mais claras na área assistencial, em que algumas rotinas ficaram com controles mais rígidos, pois causavam impacto

nos resultados. Um exemplo era a média de permanência, controlada com as saídas registradas pelo sistema interno das unidades. Caso o médico indicasse alta do paciente e a enfermagem não a retirasse do sistema de imediato, o leito continuaria a ser tomado por ocupado até que o fizessem. Devemos esclarecer que havia um trâmite de procedimentos necessários para que o leito fosse novamente disponibilizado. Isso exigia uma maior integração quanto às informações e a agilidade das equipes em deixar o leito disponível a outro contabilizando a média de permanência real do paciente. Casos há, por se tratar de pediatria, em que a mãe ou familiar acompanhante aguarda um parente para levá-los para casa. Essa rotina pós-alta fica a cargo do serviço social em geral, até que a família deixe o hospital.

Quanto às facilidades e dificuldades encontradas, a administrativa, como foi relatado, não mudou suas rotinas. Já a área assistencial relatou que, apesar das pressões, a integração das equipes, das informações e da assistência foi um ponto positivo. Inicialmente foram necessárias algumas reuniões de ajuste desse processo de trabalho com vista a maior eficácia nos registros, que então iriam causar impacto na obtenção ou não das metas. Ele relataram ainda que a gerente da época acompanhava ativamente o monitoramento das metas estabelecidas, pedindo, quando necessário, a correção de algumas rotinas. A proximidade com a gerência foi vista como positiva para uma maior integração das equipes e adesão ao modelo proposto pela SES-SP. As características pessoais dessa gerente tiveram influência positiva no clima da instituição. Os funcionários viam nela uma pessoa com quem podiam contar para discutir os problemas das áreas e que trazia consigo o êxito de uma reforma predial e de

renovação e modernização dos equipamentos. Essa reforma, que ocorreu em 2006/2007, foi extremamente significativa, pois muitos gerentes iniciavam sua gestão com esse discurso, mas não houve a reforma até então. É importante ressaltar que, mesmo anteriormente à implantação do contrato programa, que ocorreu em dezembro de 2008, a reforma trouxe um novo ânimo a todos, o que se refletiu em ação e colaboração de todos com esse novo programa implantado. Os funcionários estavam mobilizados, quer da área administrativa quer da assistencial.

Não houve capacitação nem preparo para as novas formas de trabalho. As equipes assistências contaram com apoio da Educação Continuada para ajustes e plano de ação que objetivasse o alcance das metas.

O pagamento do bônus trouxe uma constatação administrativa com relação à situação de alguns funcionários que não receberam a bonificação. Havia regras para pagamento e os que não receberam não se enquadravam nas seguintes situações: funcionários que estavam no hospital com frequência menor de quatro meses do semestre de referência; funcionários que estavam prestando serviço, independentemente de quantos meses fosse sua frequência, ou seja, mesmo que estivessem há mais de um ano; e funcionários de outras esferas de governo, como os de regime federal.

Acredito que o ponto mais relevante ventilado pelos funcionários que participaram do grupo focal foi a percepção que tinham a respeito dos porquês da implantação do contrato programa. A experiência destes com registro de informações hospitalares antecede a implantação do NIH. As informações já eram enviadas com frequência à SES-SP, mas acredita-se que elas não eram

verificadas com detalhes para que orientassem possíveis mudanças. Acredita-se também que havia apenas uma avaliação errônea e sem parâmetro de análise: “não foi avaliado o quanto atendemos, mas somente o quanto gasta.” Para eles (SES-SP), não havia atendimento que justificasse esse alto custo; “mas a gente sempre trabalhou! Então por que a gente não faz um teste para ver como funciona?”.

Relatam que, na administração do Governo daquela época, muitos hospitais foram entregues às OSS e “alguém iluminado apostou na administração direta”. “A administração direta estava sendo colocada à prova?” “Por que a gente não faz um teste pra ver como funciona?” “Porém meio desacreditado...”.

Os funcionários relataram que a série histórica para definição das metas foi possível mediante o trabalho executado anteriormente.

Com relação à bonificação, apesar de ser um valor tido por todos como muito bem-vindo, isso não fez com que se sentissem mais “valorizados”. De uma forma geral, o primeiro pagamento foi recebido mais com apreensão, uma vez que o conhecimento de se ter ou não conseguido atingir as metas era privilégio das equipes. Foi como um “pagar pra ver” e, ainda, apostar que o hospital não era administrado por uma OSS, um fantasma que ronda o imaginário da maioria dos funcionários.

8 DISCUSSÃO

Certamente a principal razão para o gestor público para a implantação do contrato programa foi a busca pela eficiência no serviço público, particularmente nos hospitais da administração direta. Os que trabalhavam sem uma diretriz voltada a resultados, ao sabor das determinações gerenciais, que por vezes deixavam sua marca, seu jeito de fazer. André (1995) se refere a essas mudanças constantes comparando hospitais com empresas que possuem estruturas organizacionais mais autônomas, sistemas de pagamento e ascensão salariais mais satisfatórios e menos sujeitos à influência de diretorias que se sucedem comparativamente a uma Secretaria de Estado, onde cada novo secretário substitui quase sempre todas as chefias superiores, ou seja, os gerentes dos hospitais.

No presente estudo, ficou demonstrado que o papel do gerente é fundamental, pois nele se concentram ações e mobilizações da força de trabalho rumo à conquista de um objetivo.

Cabe lembrar que a própria SES-SP promoveu uma certificação ocupacional em que foi desenvolvido um inventário comportamental com o intuito de qualificar seu corpo institucional. Segundo Rodrigues (2011), após uma avaliação de perfis, foi desenvolvida uma tipologia das características pessoais mais marcantes dos gestores que foi disponibilizada ao gestor estadual.

Fica evidente que a descontinuidade dos trabalhos nos hospitais depende grandemente da estabilidade que o gerente possa ou não ter. As

questões políticas têm se se apartar das administrativas. De acordo com esse papel, cabe ressaltar como positiva a relação estabelecida entre o gerente e suas equipes. Houve um maior envolvimento com as questões de saúde que permeiam o hospital e com o modo pelo qual este se insere na rede de serviços de saúde. A questão da flexibilidade trouxe uma possibilidade de autogestão da unidade, podendo, mediante planejamento e projetos estruturados, realizar ações que anteriormente ficariam restritas à burocracia do sistema.

A administração gerencial, a descentralização, a delegação de autoridade e a responsabilidade ao gestor público o rígido controle sobre o desempenho, aferido mediante indicadores acordados e definidos por contrato, além de ser uma forma muito mais eficiente para gerir organizações públicas estatais envolve estratégias muito mais efetivas na luta contra as novas modalidades de privatização do Estado (PEREIRA, 1996).

Para a SES-SP houve um ganho, pois os gerentes passaram a analisar as demandas das regionais de saúde e oferecer ou buscar parcerias na prestação de serviços à população, ampliando suas metas, e, por conseguinte, dando eficiência ao sistema. Segundo Paim (2002) a condução de processos, grupos e atores, com interesses e projetos distintos, exigem modelos de gestão que não podem se limitar ao agir instrumental, aquele que atua sobre as coisas; requer um agir estratégico, que por meio de alianças, negociações e pactos entre os atores, possibilite a construção de viabilidades do SUS nos seus diferentes níveis.

Quanto à questão oferta e demanda, a prática talvez se aproxime mais do que se define como oferta organizada. Trata-se de uma proposta que se volta para o nível local, buscando compatibilizar a ideia de impacto com o princípio da não rejeição à demanda. Procura, no entanto, redefinir as características da demanda, isto é, contemplando as necessidades epidemiologicamente identificadas e mantendo relações funcionais e programáticas com a demanda espontânea no interior da unidade de saúde. Assim, nos serviços comprometidos com as necessidades de saúde, os principais problemas seriam identificados na análise da situação mediante estudos epidemiológicos que orientariam a oferta organizada ou programada no nível local. A obtenção do melhor impacto na solução do problema seria conseguida por meio de uma combinação de recursos e tecnologias capazes de garantir alto grau de efetividade (PAIM, *apud* GIOVANELLA 2008).

Isso talvez ocorra “intuitivamente”, pois, apesar de na prática não ocorrer o estudo epidemiológico na unidade, esta se vale de demandas, ou necessidades de saúde, apontadas pelas regionais de saúde, sendo viabilizados serviços para supri-las. Desse ângulo, cabe lembrar a falta de estudos epidemiológicos realizados pela unidade, o que hipoteticamente no mínimo traduziria tendências ligadas à missão da instituição. Ou seja, se hoje a pediatria interna menos que há alguns anos, talvez devêssemos pensar no redirecionamento da missão de algumas unidades hospitalares. O avanço tecnológico e as ações de saúde bem definidas pelo Coordenador de Serviços de Saúde à época caracteriza esse novo panorama que se divisa em nossa prática. Atualmente, as doenças crônicas são a maioria das internações, o que

enseja um avanço tecnológico para o tratamento, com estudos e capacitação para proporcionar cada vez mais qualidade de vida a esses pacientes.

Quanto à questão a capacitação, na prática não foi contemplada como o Coordenador de Recursos Humanos à época relatou o que teria sido imprescindível tanto para retenção de talentos, como para desenvolvimento de estudos para novos tratamentos.

Além da capacitação, questões de comunicação e envolvimento dos funcionários devem ser mais bem tratadas, uma vez que a linha de frente ou o último *staff* na hierarquia não tem ainda a compreensão desse modelo de gestão, em alguns casos nem ao menos do seu papel como funcionário público. Essa defasagem, aliada a questões como a da estabilidade, traz à tona alguns conflitos e resistências. Na análise realizada por um dos participantes do grupo focal, ficou evidente o próprio descrédito no uso do instrumento de gestão pelos governantes. Para André (1995) os funcionários resistem quanto a se empenhar em algo novo, um esforço que, segundo creem, não lhes trará benefícios de valorização profissional e nem salarial. Segundo sua análise já na implantação em alguns equipamentos públicos do contrato programa nos anos 90 era necessário investimento com capacitação em pessoas nas áreas de Administração, Economia e Relações Humanas. Seria preciso que o Estado implantasse um programa de formação, o que não havia como continua não havendo, e que houvesse recursos para assessoramento externo especializado, em temas de grande complexidade e especialidade técnica gerencial. Quanto a esse último aspecto, contamos atualmente com o apoio de consultoria, o que foi bastante positivo no atual processo de implantação.

Cabe ressaltar apenas que não houve um plano específico para os hospitais da administração direta, este foi uma vertente do trabalho desenvolvido pela empresa de consultoria que levou a efeito a implantação das OSSs. Como complementação do trabalho, os hospitais da administração direta foram contemplados com a proposta de um acordo de resultados, o contrato programa. Como nos relatou o Coordenador, isso foi uma tentativa de fazer com que os hospitais da administração direta fossem mais eficientes com o estabelecimento de metas a serem cumpridas.

Curiosamente, uma das funcionárias, participante do grupo focal, verbalizou exatamente essa percepção dos porquês de a SES-SP ter implantado o contrato programa nos hospitais da direta, uma vez que tudo indicava para a privatização por meio dos contratos com as OSS. Foi uma aposta: “vamos ver se vai dar certo”.

Apesar das defasagens de política remuneratória, capacitação, reconhecimento e valorização dos funcionários, ou seja, de uma ausência de políticas de recursos humanos que colocasse essa área como estratégica e não apenas executora de trâmites burocráticos, o contrato programa pôde trazer maior eficiência ao serviço nesse hospital. A falta de estudos epidemiológicos nos submeteu a metas tradicionais, nem sempre factíveis como taxa de ocupação. Cabe lembrar a sazonalidade do hospital e a constante mudança na oferta da rede de serviços como de peso nesse indicador. Além disso, na reforma realizada em 2007, houve a ampliação do número de leitos. Até a implantação do contrato programa, esses leitos estavam ociosos, inicialmente pela quantidade insuficiente de recursos

humanos, mas posteriormente por não haver uma determinação objetiva sobre quem internar, ou seja, a missão do hospital seria transformar-se em uma unidade de tratamento de crônicos? Ou a possibilidade de abertura de um novo serviço para patologias relacionadas à hematologia? Não houve definição.

O contrato programa, em termos gerais, é um instrumento de gestão possível de ser aplicado a todos os hospitais da administração direta, desde que se tenha o mesmo cuidado dispensado ao hospital em questão, quanto ao conhecimento das séries históricas para definição das metas iniciais.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Segundo Di Pietro (2011), ao citar os franceses Laubadère, Delvolvé e Moderne, relata que os mesmos consideram o contrato programa como sendo acordos discutíveis do ponto de vista jurídico, devendo ser analisado cada um, isoladamente para se tenha uma opinião segura.

No entanto, ressaltamos que na prática esses contratos foram formalizados com cláusulas específicas, ou seja, com o estabelecimento inclusive de avaliação e controle da execução das metas estabelecidas. Sob esse aspecto, cabe ressaltar que o papel de regulador ou coordenador do Estado foi preservado e ao gerente foi dado um novo papel, mais flexível e autônomo.

Uma última reflexão diz respeito à ampliação dos números de leitos no hospital em questão, como parte integrante e executado pouco antes da implantação do contrato programa. Em primeiro lugar, está claro que não ficou previamente estabelecida uma data para início do novo modelo, isso apenas coincidiu com o término da reforma estrutural, que proporcionou a disponibilização de mais dezoito leitos. No entanto, a oferta de leitos hospitalares no Brasil passava por um declínio.

Em uma breve análise (BRAGA NETO, BARBOSA, SANTOS, *apud* GIOVANELLA 2008), uma queda histórica do número médio de leitos nos hospitais públicos, que, em trinta anos, diminuíram para quase um terço da média registrada em 1976, ou seja, de 124 leitos para 54 leitos por hospital em 2005, acompanhando as tendências tanto de oferta quanto de demanda.

Observou-se ainda por meio das e as estratégias dos prestadores, as AIH emitidas o registro de um importante crescimento na complexidade da atenção prestada.

Segundo os autores, diante desse quadro, e ainda pensando na expansão da atenção básica, nas mudanças tecnológicas, epidemiológicas, além da política e da economia, concluíram que os hospitais apresentam tendências não uniformes. Então porque com a reforma estrutural pensou-se na ampliação do número de leitos do hospital em estudo e não no investimento tecnológico e aprimoramento profissional, que juntos promoveriam melhoria assistencial e aumento da eficiência dos serviços possibilidade que seria contemplada com a implantação do novo modelo de gestão.

Estudos epidemiológicos e de novas práticas de saúde poderão nos dar uma diretriz mais objetiva, integrando o hospital a uma rede de serviços reconhecida pela SES-SP de acordo com a missão do hospital e diante de dados concretos para um direcionamento eficaz.

A inovação nos modelos de gestão pode representar uma mudança intramuros, mas é imprescindível que o entorno assistencial do Hospital seja levado em consideração. Caso contrário, muitas metas estabelecidas serão inviabilizadas pelo sistema, não pela ineficácia do modelo.

Consideramos que novos estudos sobre esse modelo de gestão com a inclusão da avaliação do usuário sobre o contrato programa talvez traga a tona outras perspectivas que não foram possíveis de realizar neste estudo.

ANEXO I

PARECER DA COMISSÃO CIENTÍFICA

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
COMISSÃO CIENTÍFICA

Parecer No.: 01/2012

Responsável: Prof. Nelson Ibañez

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

Título: Processo de implantação do instrumento de Gestão "Contrato Programa" no Hospital Infantil Cândido Fontoura da SES-SP no período de 2008 a 2011
Pesquisador responsável pelo projeto: Evila Inse Cristofoli
Orientador (mestrado profissional): Cassio Silveira
Co-orientadora: Nivaldo Carneiro Jr.
Data de recebimento: 11/05/2012
Data do parecer 06/2012: 27 de junho de 2012

2. RELAÇÃO DE DOCUMENTOS RECEBIDOS

- a. Projeto de pesquisa

3. AVALIAÇÃO DA COMISSÃO CIENTÍFICA SOBRE O PARECER

- a. **Título:** adequado.
- b. **Introdução e justificativa:** apresenta o tema fazendo uso de revisão da literatura e justificando adequadamente sua pertinência.
- c. **Objetivos:** são apresentados de forma clara.
- d. **Métodos:** os procedimentos metodológicos utilizados respondem aos objetivos propostos: análise documental, entrevistas estruturadas com atores chave e análise de conteúdo.
- e. **Bibliografia:** a bibliografia é condizente com o projeto.
- f. **Cronograma:** adequadamente apresentado.
- g. **Financiamento:** não foi apresentado.

4. ASPECTOS ÉTICOS

Trata-se de pesquisa qualitativa que pretende analisar entrevistas a serem realizadas com profissionais e dirigentes da hospital e SES-SP. Não constam do projeto, como anexos, propostas de Termos de Consentimento Livre e Esclarecido para entrevistas, e o roteiro para as entrevistas

5. PARECER FINAL

O projeto foi considerado suficiente para aprovação por esta comissão.

Atenciosamente,


Prof. Nelson Ibañez
Departamento de Medicina Social

ANEXO II

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

IRMANDADE DA SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA DE SÃO
PAULO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Processo de implantação do Instrumento de Gestão "Contrato Programa", no Hospital Infantil Cândido Fontoura, da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, no período de 2008 a 2011.

Pesquisador: Évila Inse Cristofoli

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 09185512.2.0000.5479

Instituição Proponente: FUNDACAO ARNALDO VIEIRA DE CARVALHO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 158.557

Data da Relatoria: 28/11/2012

Apresentação do Projeto:

O presente estudo fará a análise do processo de implantação do modelo de gestão "Contrato Programa" no Hospital Infantil Cândido Fontoura, da administração direta da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, através de um estudo de caso. A análise será referente ao período entre 2008, ano da implantação, até 2011, sendo considerados os seguintes aspectos: análise dos motivos da Secretaria de Estado da Saúde, através da Coordenadoria de Serviços de Saúde, da Coordenadoria de Recursos Humanos, Coordenadoria de Planejamento, no papel dos coordenadores na época da implantação, realizada por entrevistas; flexibilidade de gestão quanto ao papel desempenhado pelo gerente, diante do novo modelo, realizado através de entrevista; recursos humanos, considerando a percepção do próprio grupo de trabalho sendo ouvidos, em grupo focal profissionais da saúde e profissionais da administração; e aspectos administrativos próprios da gestão através da análise documental em que se baseia o novo modelo nos seus contratos e termos aditivos. Projeto de Mestrado.

Departamento de Medicina Social

Orientador: Dr Cassio Silveira

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo : Analisar o processo de implantação do instrumento de Gestão "Contrato Programa" evidenciando os seus princípios de eficiência na gestão e qualidade na atenção.

Objetivo Secundário:

Endereço: SANTA ISABEL
Bairro: VILA BUARQUE **CEP:** 01.221-010
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: 1111-7676 **Fax:** 1111-7676 **E-mail:** eticamedbemadete@santacasasp.org.br

IRMANDADE DA SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA DE SÃO
PAULO



- Entender os porquês do redirecionamento proposto pelos principais atores do nível central da SES - SP, no planejamento e na sua implantação.
- Conhecer o papel do gestor local no desempenho de suas atividades gerenciais frente ao Instrumento Contrato Programa.
- Conhecer a percepção dos profissionais da Unidade, sobre o processo de implantação e as modificações relativas à gestão de pessoas, considerando os processos de trabalho, a qualificação profissional e a gestão participativa.
- Identificar as vantagens e desvantagens do estabelecimento de indicadores e metas no processo de implantação e seus possíveis reflexos na assistência.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Seguindo os preceitos éticos, relativos as informações e opiniões fornecidas pelos entrevistados o presente estudo, não apresentará nenhum tipo de risco aos que dele participarem.

Benefícios:

Refletir sobre os diferentes impactos na implantação de um novo modelo de gestão, considerando o papel do gerente e a participação ou não da força de trabalho nos diferentes momentos de sua implantação. Há de se considerar ainda, que apesar de ser um estudo de caso as generalizações relativas as formas de administrar e as diferentes possibilidades frente aos modelos de gestão poderão indicar inovações e ajustes para uma melhor qualidade de atenção e eficácia na administração dos hospitais de administração própria do Estado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Metodologia de Análise de Dados:

Análise de Conteúdo das entrevistas com os atores envolvidos, análise documental dos contratos, seus anexos e termos aditivos, e grupo focal com os funcionários do Hospital em questão.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados:

- Pagina de rosto
- Formulário de autorizações
- Aprovação da Comissão Científica do Departamento de Medicina Social
- Projeto na integra (não esta anexado na plataforma Brasil, mas me foi enviado via malote).
- TCLE

Recomendações:

Caso seja possível anexar na plataforma brasil o projeto na integra.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Endereço: SANTA ISABEL		
Bairro: VILA BUARQUE		CEP: 01.221-010
UF: SP	Município: SAO PAULO	
Telefone: 1111-7676	Fax: 1111-7676	E-mail: eticamedbernadete@santacasasp.org.br

IRMANDADE DA SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA DE SÃO
PAULO



O projeto bem como toda documentação esta de acordo com as normas, portanto considero aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SAO PAULO, 29 de Novembro de 2012

Assinador por:
Nelson Keiske Ono
(Coordenador)

Endereço: SANTA ISABEL
Bairro: VILA BUARQUE
UF: SP **Município:** SAO PAULO **CEP:** 01.221-010
Telefone: 1111-7676 **Fax:** 1111-7676 **E-mail:** eticamedbemadete@santacasasp.org.br

ANEXO III

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o (a) Sr (a) para participar da Pesquisa **“Processo de implantação do Instrumento de Gestão “Contrato Programa”, no Hospital Infantil Cândido Fontoura, da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, no período de 2008 a 2011**, sob a responsabilidade do pesquisador **Évila Inse Cristofoli**, a qual pretende: **Analisar o processo de implantação do instrumento de Gestão “Contrato Programa”**, evidenciando os seus princípios de eficiência na gestão e qualidade na atenção. Sua participação é voluntária e se dará por meio de entrevista/ participação em grupo focal. Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são mínimos uma vez que trata-se de pesquisa qualitativa sem intervenções. Se você aceitar participar, estará contribuindo para reflexão dos modelos de gestão utilizados pela administração pública. Se depois de consentir em sua participação o Sr (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Para qualquer outra informação, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com o pesquisador no endereço: Rua Siqueira Bueno,1757, pelo telefone (11) 2603 5421, ou poderá

entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – FCMSCSP, na Rua Sta Isabel, 305, 4º andar, Sta Cecília, São Paulo, SP, telefone (11) 2176-7689, FAX (11) 2176-7688.

Consentimento Pós-Informação

Eu, _____
_____, fui informado sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

Data: ___/ ___/

Assinatura do participante

Assinatura do Pesquisador Responsável

ANEXO IV

ROTEIRO DE ENTREVISTAS E GRUPO FOCAL

Coordenador de Serviços de Saúde:

- aspectos que levaram a SES/CSS a optar por este modelo de gestão.
- critério utilizado para a escolha dos primeiros hospitais participantes com este novo modelo.
- a expectativa de SES/CSS com a implantação.
- estabelecimento das metas que nortearam o novo modelo.
- Seguimento com os novos incluídos e as influências dos que já estavam sob novo modelo.
- Impactos na gestão quanto a qualidade e eficiência dos serviços.

Coordenador de Recursos Humanos

- inserção da força de trabalho no processo de implantação.
- Novas exigências de capacitação e treinamentos.
- Considerações sobre participação/ não participação dos funcionários
- Gestão de desempenho e gestão do conhecimento como política nos hospitais sob novo modelo
- Ajustes pré e pós implantação
- Impactos nas políticas de recursos humanos

Gerente do Hospital Infantil Cândido Fontoura – atual

- principais aspectos quanto ao papel esperado do gerente
- avaliação das mudanças administrativas
- flexibilidade orçamentária
- decisões quanto a uso do orçamento
- percepção sobre a força de trabalho – lideranças
- novo modelo dentro de formas cristalizadas de gestão de pessoas e compras
- avaliação do modelo
- inovações, modificações, implementação

Roteiro para grupo focal:

G1 – profissionais da saúde e G2 – profissionais da administração

- principais aspectos na mudança para o novo modelo
- avaliação do novo modelo
- facilidades e dificuldades encontradas
- percepção frente as novas exigências e processo de trabalho
- perspectivas e implementações

10 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRUCIO, F.L. O impacto do modelo gerencial na administração pública. Um breve estudo sobre a experiência internacional recente. Brasília: Escola Nacional de Administração Pública, Cadernos ENAP nº10, 1996.

ALECIAN,S. e FOUCHER, D. Guia de Gerenciamento no Setor Público. Rio de Janeiro, Revan, Brasília:DF, ENAP, 2001.

ANDRÉ, M. A. Contratos de Gestão como Instrumentos de Gestão de Qualidade e Produtividade no setor Público. Revista Indicadores da Qualidade e Produtividade, Ano1, nº1, p. 80-103, Fevereiro 1993.

_____ Contratos de Gestão. Contradições e Caminhos da Administração Pública. Revista de Administração de Empresas - RAE, vol.35, nº3, p.6-13, São Paulo, May/June 1995.

_____ A Efetividade dos Contratos de Gestão na Reforma do Estado. Revista de Administração de Empresas - RAE, vol. 39,nº3, p.42 – 52, São Paulo, Jul/Set. 1999.

ARAGÃO, C.V. Burocracia, eficiência e modelos de gestão pública: um ensaio. Revista do Serviço Público - RSP, ano 48, nº3, p.104-131, Set/Dez 1997.

BERGUE, S. T. Gestão de Pessoas em Organizações Públicas. 3ª ed. Ver. e atual. – Caxias do Sul, RS: EducS, 2010.

BRAGA NETO, F. C.; BARBOSA, P.R.; SANTOS, I.S. Atenção Hospitalar: evolução histórica e tendências. In GIOVANELLA, L. (org.) Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

BRASIL, Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Lei Ordinária nº 8.666, de 21 de Junho de 1993. Lei de Licitações. Brasília: Diário Oficial da União, 1993.

BRASIL. MARE. Plano Diretor da Reforma do Estado. Presidência da República. Ministério da Administração e Reforma do Estado. Brasília – DF, 1995.

BRESSER-PEREIRA, L.C. Administração Pública Gerencial: estratégia e estrutura para um novo Estado. Brasília: MARE/ENAP, 1996.

_____ Crise Econômica e Reforma do Estado no Brasil.

São Paulo, Editora 34, 1996: 269-294.

_____ Reflexões sobre a Reforma Gerencial Brasileira de 1995. Revista do Serviço Público – RSP, (50)4, 1999: 5-30.

CAMPOS, G.W.S.; AMARAL, M.A. Organização do trabalho e gestão do cuidado em saúde: uma metodologia de cogestão; in VECINA NETO, G.;MALIK, A.M. Gestão em Saúde, Rio de Janeiro; Guanabara Koogan, 2011.

CAMPOS, G.W.S. Reforma Política e Sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? Revista Ciência & Saúde Coletiva, 12(2), p.301-306, 2007.

COSTA, N.R.; RIBEIRO, J.M.; SILVA, P.L.B. Reforma do Estado e mudança organizacional: um estudo de hospitais públicos. Ciência & Saúde Coletiva, 5(2): 427-442, 2000.

DI PIETRO, M. S. Z. Parcerias na Administração Pública. Concessão, Permissão, Franquia, Terceirização, Parceria Público- Privada e outras Formas. 8ª ed. São Paulo: Atlas 2011.

EVANS, P. O Estado como problema e solução. Lua Nova. São Paulo, CEDEC, p. 107 – 156, 1993.

FISCHER, A.L. Um resgate conceitual dos modelos de gestão de pessoas. in FLEURY, M. T. L. (org.) As pessoas na Organização. 14ª ed. - São Paulo: Editora Gente, 2002.

IBANEZ, N. Organizações Sociais de Saúde: o modelo do Estado de São Paulo. Revista Ciência e Saúde Coletiva, p.391-404, 2001.

KATZ, D. e KAHN, R.L. Psicologia Social das Organizações. São Paulo, Atlas, 1987.

LIMA, C.C.; RIBEIRO, E.S. Novos modelos na administração pública da saúde. Revista de Administração em Saúde - RAS, vol.4, nº 22, Jan/Mar, 2004.

LONGO, F. Mérito e Flexibilidade – A Gestão de Pessoas no Setor Público. São Paulo, FUNDAP, 2007.

MALIK, A.M.; VECINA NETO, G. Tendências na Assistência Hospitalar. Revista Ciência & Saúde Coletiva, 12(4), p. 825-839, 2007.

MARTINS, H. F. Burocracia e a revolução gerencial – a persistência da dicotomia entre política e administração. Revista do Serviço Público - RSP, Ano 48, nº 1, p.42-78, Jan/Abril 1997.

MEDAUAR, O. Controle da Administração Pública. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 1993.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado do Planejamento e Gestão. Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado. Set. 2003. Disponível em: <http://seplag.mg.gov.br/governo/choque/acordo_resultados/acordo_resultado.asp> Acessado em 04 de agosto de 2012.

MINAYO, M. C. S. (org.) Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Ed Vozes, Edição Digital. 1992.

MINAYO, M. C. S. In: BOSI, M.L.M, MERCADO, F.J., (org.) Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes. Petrópolis: Vozes; 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil. Estudos e Análises. Brasília, 2002.

MOREIRA NETO, D.F. Coordenação Gerencial na Administração Pública: administração pública e autonomia gerencial. Revista de Direito Administrativo, Rio de Janeiro, nº 214, p.35-53, out/dez. 1998.

MORIN, E.M. Os Sentidos do Trabalho, Revista de Administração de Empresas - RAE, vol. 41, nº 3, p. 8-19, jul/set 2001.

MOTTA, P.R. Avaliação na Administração Pública: eficiência, eficácia e efetividade. s.d., mineo

OLIVEIRA, G.J. Contrato de Gestão e Modernização da Administração Pública Brasileira. Revista Eletrônica para a Reforma do Estado - ReRE, Salvador, nº8, dezembro de 2006. Disponível na internet: <<http://www.direitodoestado.com.br>> Acessado em 15 de fevereiro de 2012.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Ministério da saúde. A Transformação da Gestão de Hospitais na América Latina e Caribe, 2004.

PACHECO, R.S. Brasil: avanços da contratualização de resultados no setor público. “XI Congresso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública”, Ciudad de Guatemala, 7 – 10 Nov. 2006.

PAIM, J.S. Organização em Serviços de Saúde: Modelos Assistenciais e Práticas de Saúde. in Saúde: política e reforma sanitária. Salvador, Instituto de Saúde Coletiva, 2002.

_____ Modelos de Atenção à Saúde no Brasil; in GIOVANELLA, L. (org.) Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

PERNAMBUCO. Secretaria da Administração e Reforma do Estado. Ago. 2003. Disponível em: <<http://www.sare.pe.gov.br/progestao.html>> . Acessado em 06 de agosto de 2012.

RIBEIRO, A.K.A, SCHLICHTING, M. Fases de desenvolvimento dos contratos de gestão na Prefeitura de Curitiba. In: GIACOMINI, C.H, (org.) Gestão para resultados em Curitiba: a experiência de contratualização. Curitiba: Instituto Municipal de Administração Pública; 2009.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado do Planejamento, SC, 2005. Disponível em : <<http://spg.sc.gov.br/>> Acessado em 10 de agosto de 2012.

SARAIVA, E. Contratos de Gestão como forma inovadora de controle das organizações estatais. “ X Congresso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública”, Santiago, Chile, 18-21, Oct. 2005

TARDELLI, R. Inovações na Avaliação dos Hospitais da Administração Direta. A experiência dos Hospitais Estaduais de São Paulo. IN: Seminário sobre Sistemas de Informação e Avaliação do Desempenho de Hospitais Públicos: Experiências Internacionais, Nacionais e o Caso de São Paulo. São Paulo, 2009.

YIN, R. K. Estudo de Caso – Planejamento e Métodos. 4ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.