

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

***“A Contratualização no Âmbito da Gestão Pública em Saúde: a experiência da área de planejamento 4 do município do Rio de Janeiro”***

*por*

***Leonardo de Oliveira El-Warrak***

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública.*

*Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Elizabeth Artmann*

*Rio de Janeiro, abril de 2008.*

*Esta dissertação, intitulada*

***“A Contratualização no Âmbito da Gestão Pública em Saúde: a experiência da área de planejamento 4 do município do Rio de Janeiro”***

*apresentada por*

***Leonardo de Oliveira El-Warrak***

*foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:*

Prof. Dr. Carlos Eduardo Aguilera Campos

Prof. Dr. José Mendes Ribeiro

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Elizabeth Artmann – Orientadora

**LEONARDO DE OLIVEIRA EL-WARRAK**

**“A CONTRATUALIZAÇÃO NO ÂMBITO DA  
GESTÃO PÚBLICA DA SAÚDE: A EXPERIÊNCIA  
DA ÁREA DE PLANEJAMENTO 4 DO  
MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO”**

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA**

Dissertação apresentada na Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública, Área de Concentração Planejamento e Gestão em Sistemas e Serviços de Saúde.

**ORIENTADORA: PROF<sup>a</sup> ELIZABETH ARTMANN**

# DEDICATÓRIA

---

Dedico esta dissertação a minha esposa querida Kelly Cristina, que sempre me apoiou, e aos meus dois filhos, Lucas e Maria Luísa, os quais nunca me fazem esquecer o quanto é maravilhoso viver.  
Amo vocês!!!

# AGRADECIMENTOS

---

Agradeço primeiramente a Deus por tudo que Ele me proporcionou. Não existe vitória sem sacrifício.

Nunca posso esquecer da pessoa amada que sempre está ao meu lado, minha esposa, Kelly.

Agradeço aos meus filhos, Lucas e Maria Luísa, todos os momentos de lazer que me fizeram descansar o corpo e mente e me recarregaram as energias.

Aos meus pais, Jamil e Nurimar pelos ensinamentos da vida, pela educação e possibilidade de crescimento como pessoa e como pai.

Aos meus irmãos, Alexander e William, que mesmo longe carregam a marca indelével de uma infância recheada de bons momentos.

A minha tia Naila e minha avó Creuza que sempre torceram pelo meu sucesso.

Não posso esquecer da minha sogra Decelina, que, tenho certeza, tem orgulho das vitórias do genro.

A minha querida chefe eterna Thelma Battaglia pelas oportunidades profissionais, carinho e confiança.

Aos outros colegas de trabalho da Prefeitura que me viabilizaram a realização deste trabalho especialmente a Mônica Lira, sempre solícita nas minhas demandas.

A todos os amigos e colegas de trabalho que de alguma forma me incentivaram nesta jornada, em especial Ana Rosa, que muito me ajudou na formatação da dissertação.

Ao corpo docente da ENSP e em especial a minha orientadora Elizabeth Artmann pelos ensinamentos.

Enfim, agradeço a todos de coração por mais esta etapa cumprida da minha vida.

# EPÍGRAFE

---

“Aceite com sabedoria o fato de que o Caminho está cheio de contradições. O Caminho muitas vezes nega-se a si mesmo, para estimular o viajante a descobrir o que existe além da próxima curva.

Se dois companheiros de jornada estão seguindo o mesmo método, isso significa que um deles está na pista falsa. Porque não há fórmulas para se atingir a verdade do Caminho, e cada um precisa correr o risco de seus próprios passos.

Só os ignorantes procuram imitar o comportamento dos outros. Os homens inteligentes não perdem seu tempo com isso e desenvolvem suas habilidades pessoais; sabem que não existem duas folhas iguais numa mesma floresta de cem mil árvores. Não existem duas viagens iguais no mesmo caminho.”

*Sufi Hafik, sobre a busca espiritual.*

# SUMÁRIO

---

RESUMO	vii
ABSTRACT	viii
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	ix
LISTA DE FIGURAS	xi
LISTA DE QUADROS	xii
LISTA DE ANEXOS	xiii
<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>01</b>
<b>CAPÍTULO 1:</b>	
<b>A pesquisa: Aspectos teórico-metodológicos</b>	
1.1. Questão orientadora da pesquisa e Pressupostos	10
1.2. Objetivos e Estratégias metodológicas	11
1.3. Considerações Éticas	13
<b>CAPÍTULO 2:</b>	
<b>A Reforma do Estado e a Administração Pública</b>	
2.1. O Contexto da Reforma do Estado	14
2.2. Patrimonialismo, Burocracia e Administração Pública Gerencial	20
2.3. Reformando a estrutura do Estado brasileiro: os segmentos do Estado e seus inter-relacionamentos	24
2.4. As reformas no Setor Saúde	29
<b>CAPÍTULO 3:</b>	
<b>A Contratualização: um novo arranjo nas relações do Estado</b>	
3.1. A Contratualização	37
<b>3.2. As Experiências Contratuais</b>	
3.2.1. Âmbito Internacional	50
3.2.2. Âmbito Nacional	52
3.2.3. Os exemplos no setor saúde no Brasil	55
3.3. O Instrumento da contratualização – Contrato de Gestão	61

## Sumário

---

### **CAPÍTULO 4:**

#### **Os diferentes olhares teóricos sobre a Contratualização**

**4.1. A Teoria Macroorganizacional e Gestão Estratégica** \_\_\_\_\_ **67**

**4.2. Teoria da Agência e Economia dos Custos de Transação** \_\_\_\_\_ **78**

### **CAPÍTULO 5:**

#### **Resultados, Análise e Discussão.**

**5.1. Contextualização** \_\_\_\_\_ **94**

**5.2. Os Contratos** \_\_\_\_\_ **100**

**5.3. As Entrevistas** \_\_\_\_\_ **102**

**5.4. As Entrevistas e Os Contratos** \_\_\_\_\_ **120**

**CONCLUSÃO** \_\_\_\_\_ **135**

**CONSIDERAÇÕES FINAIS** \_\_\_\_\_ **140**

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS** \_\_\_\_\_ **145**

**ANEXOS** \_\_\_\_\_ **156**



# RESUMO

O objetivo deste trabalho foi o de discutir o processo de contratualização na Área de Planejamento 4 do município do Rio de Janeiro a partir da Teoria das Macroorganizações de Carlos Matus e de algumas correntes teóricas da Economia a fim de analisar a sua viabilidade de aplicação no campo da gestão pública em saúde. Para isto, foi realizada revisão bibliográfica dos principais eixos relacionados ao tema como a mudança de paradigma da Administração Pública, a Reforma do Estado e a Contratualização propriamente dita abordando alguns de seus aspectos e identificando os principais fatores críticos que condicionaram esse processo pelos relatos de atores envolvidos e pela análise documental.

Os resultados encontrados demonstram que essa inovadora mudança na forma de governança dos serviços de saúde (introduzindo questões como responsabilização, eficiência e negociação) não foi suficiente para mudar a gestão conservadora da Saúde pública municipal baseada nas relações verticais. O trabalho aborda, ainda, as perspectivas desse novo modelo alertando para o fato de que a capacidade de governo é condição essencial para o sucesso da contratualização, sendo os atores peças fundamentais na discussão de novas propostas no setor saúde e que a responsabilização constitui um componente relevante nas formulações de reforma administrativa, dotado de forte potencial transformador, desde que não se restrinja a meros rituais, ou seja, esvaziado como simples instrumento definidor de contrapartidas de recursos.

**PALAVRA-CHAVE:** Contratualização; Reforma do Estado; Contratos de Gestão; Gestão Pública em saúde.

# ABSTRACT

The aim of this work was discuss the process of contracting out in the planning area four of Rio de Janeiro County from the Macro-organization Theory by Carlos Matus and some theoretical currents of Economy in order to analyse his viability of application in the public health management sector. For this frame, it was realised a bibliographic review of the main points associated with the theme, such as the paradigm change on Public Administration, the State Reform and the own Contracting out, with the approach of some of its aspects and identifying critical factors that corrupted this process through the reports of the engaged actors and documental analysis.

The results achieved shows that this innovating change in the governance structures of health services (introducing questions like accountability, efficiency and negotiation) was not sufficient to modify the conservator management of the local Public Health sector based on vertical relationship. This work still tackles the perspectives of this new model warning to the fact that de management capacity is a essential condition to the goal of the contracting out, being the actors the basic keys in the discussion of the new proposes of health sector and that the accountability constitutes a relevant component in the administrative reform, endowed with a strong transformer potential, since do not be limited to simple rituals, in other words, emptied like a simple defining instrument of offset resources.

**KEY-WORDS:** Contracting; State Reform; Contract of Management; Public Health Management.

# LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

---

- AIDS** - *Acquired Immunodeficiency Syndrome*
- AP 4** - Área de Planejamento 4
- APs** – Áreas de Planejamento
- CAP** – Coordenação de Área Programática
- CEP** – Comitê de Ética em Pesquisa
- CLAD** – *Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo*
- CNES** – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
- CMS** – Centro Municipal de Saúde
- CNS** – Conselho Nacional de Saúde
- COPLAN** - Comissão do Plano da Cidade
- DHA** - *District Health Authorities*
- ECT** – Economia dos Custos de Transação
- ENSP** – Escola Nacional de Saúde Pública
- EUA** – Estados Unidos da América
- FIOCRUZ** – Fundação Osvaldo Cruz
- GPs** – *General practitioners*
- HOSPUB** - Sistema Integrado de Informatização de Ambiente Hospitalar
- IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- MARE** – Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado
- NEI** – Nova Economia Institucional
- NPM** - *New Public Management*
- OMS** – Organização Mundial da Saúde
- OS** – Organização Social
- OSCIPs** – Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
- OSS** – Organizações Sociais de Saúde
- PAM** – Posto de Assistência Médica
- PDRAE** – Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado
- PIB** – Produto Interno Bruto
- PPA** – Plano Pluri Anual
- PS** – Posto de Saúde
- RA** – Região Administrativa

## **Lista de Siglas e Abreviaturas**

---

**RFPSA – Rede Ferroviária Federal Sociedade Anônima**

**SIA – Sistema de Informação Ambulatorial**

**SIGAB - Sistema de Gerenciamento de Unidade Ambulatorial Básica**

**SMS/RJ – Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro**

**SUS – Sistema Único de Saúde**

**TCE - Tribunal de Contas do Estado**

**TCU – Tribunal de Contas da União**

**UBS – Unidade Básica de Saúde**

# LISTA DE FIGURAS

---

Figura 1: <i>Mapa de Divisão Administrativa do Município do Rio de Janeiro por Área de Planejamento</i> _____	<b>06</b>
Figura 2: <i>Mapa da Distribuição das Unidades de Saúde na AP4</i> _____	<b>07</b>
Figura 3: <i>Triângulo de Governo de Carlos Matus</i> _____	<b>68</b>

# LISTA DE QUADROS

---

<b>Quadro 1:</b> <i>Diferenças entre a Administração Pública Burocrática e a Gerencial</i>	23
<b>Quadro 2:</b> <i>Formas de Propriedade e de Administração dos segmentos propostos na Reforma de Estado</i>	27
<b>Quadro 3:</b> <i>Relação dos segmentos com os Contratos de Gestão</i>	27 e 28
<b>Quadro 4:</b> <i>Características das Transações e sua relação com Estruturas de governança</i>	88
<b>Quadro 5:</b> <i>Significados da Contratualização</i>	102
<b>Quadro 6:</b> <i>Motivos para o cumprimento ou não de metas</i>	105
<b>Quadro 7:</b> <i>Utilidade do Instrumento para a Gestão</i>	107
<b>Quadro 8:</b> <i>Expectativa com o Processo da Contratualização</i>	110
<b>Quadro 9:</b> <i>Interferência do cotidiano da organização</i>	114
<b>Quadro 10:</b> <i>Dificuldades de utilização dos contratos como instrumentos para a avaliação de desempenho das Unidades</i>	116
<b>Quadro 11:</b> <i>Medidas de Melhoria</i>	118
<b>Quadro 12:</b> <i>Análise do processo de contratualização</i>	122

# LISTA DE ANEXOS

---

<b>Anexo 1:</b> <i>Metas por Unidades</i> _____	<b>156</b>
<b>Anexo 2:</b> <i>Contrato de Gestão</i> _____	<b>159</b>
<b>Anexo 3:</b> <i>Contrato de Metas</i> _____	<b>164</b>
<b>Anexo 4:</b> <i>Plano de Metas</i> _____	<b>168</b>
<b>Anexo 5:</b> <i>Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</i> _____	<b>171</b>
<b>Anexo 6:</b> <i>Roteiro da entrevista</i> _____	<b>173</b>
<b>Anexo 7:</b> <i>Indicadores gerenciais usados nos contratos</i> _____	<b>174</b>
<b>Anexo 8:</b> <i>Vagas oferecidas no Hospital Cardoso Fontes no ano de 2005</i> _____	<b>182</b>

Catálogo na fonte

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde  
Biblioteca de Saúde Pública

E52 El-Warrak, Leonardo de Oliveira

A contratualização no âmbito da gestão pública da Saúde: a experiência da área de planejamento 4 do município do Rio de Janeiro / Leonardo de Oliveira El-Warrak. -- Rio de Janeiro: s. n., 2008.  
xiii, 182 p. : il., tab.; 30 cm.

Orientador: Elizabeth Artmann

Dissertação (mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, 2008.

1. Modernização do setor público. 2. Administração municipal.  
3. Administração pública. 4. Gestão em saúde. 5. Planejamento estratégico. 6. Rio de Janeiro. I. Título.

CDD - 22.ed. – 352.3670981



# INTRODUÇÃO

---

"O homem sensato se adapta ao mundo; o insensato insiste em tentar adaptar o mundo a ele. Todo o progresso depende, portanto, do homem insensato".

Bernard Shaw, dramaturgo irlandês.

O objetivo deste trabalho é o de discutir a adoção da contratualização na gestão pública municipal, especificamente no setor saúde. Observa-se que o tema tem adquirido uma importância cada vez maior; a dimensão dada ao assunto pelo pensamento acadêmico pode ser atribuída ao intenso processo de reforma que os Estados Nacionais passaram ou vem passando.

A esfera municipal ganhou crescente importância no Brasil nas últimas duas décadas. O retorno à democracia levou à sua associação de forma indelével com o processo de descentralização provocando um fluxo descendente de atribuições do Poder central para as esferas sub-nacionais de governo, principalmente a municipal. Todavia, a crise que se abateu quase que de forma generalizada sobre o mundo capitalista nos anos 80, e fortemente sobre o Brasil, fez com que qualquer tipo de ação mais abrangente e duradoura do Estado ficasse restringida. Diante deste quadro, as esferas municipal e estadual, mais a primeira até do que a segunda passaram a ser depositárias das reais possibilidades de intervenção do Estado no novo cenário que se desenhou a partir da década de 80.

Nesta nova situação as esferas sub-nacionais tiveram que assumir não só tarefas que não estavam acostumadas a desempenhar, não tendo qualquer tradição ou conhecimento acumulado para tal, como também fizeram isto em um contexto de grave crise mundial.

Os municípios vêm assumindo maior autonomia e mais responsabilidades na provisão de bens e serviços públicos, ainda que de forma seletiva e na medida de suas possibilidades. Este quadro tem levado muitas administrações, a buscar inovações na gestão a fim de dar conta de suas novas responsabilidades.

No que se refere à reforma da administração pública no nível local, parece que ainda não está muito clara a inserção do município no novo paradigma que tem guiado a revisão do papel do Estado em países em desenvolvimento. Nas duas últimas décadas, a maioria dos países em desenvolvimento passou a responder aos desafios provocados

pelas restrições fiscais e pela internacionalização da economia via a adoção de políticas convergentes, tais como: eliminação de funções governamentais, corte em despesas com custeio e investimento, redução da folha de pessoal, privatização, desregulamentação, planejamento estratégico para as cidades voltado para a competição entre as mesmas e descentralização (Heredia e Schneider 1998).

Para estes autores, esta agenda de reformas, que passou a ser rotulada como a de primeira geração, parece que ficou relativamente distante das esferas locais no Brasil, especialmente *vis-à-vis* as esferas nacional e estadual, com exceção da diretriz estratégica da descentralização. Os governos locais no Brasil estariam mais próximos da segunda geração de reformas que está calcada na construção ou reconstrução das capacidades administrativas e institucionais dos governos. Assim, nos anos 90, a agenda dos organismos financeiros internacionais para os países em desenvolvimento enfatizou a criação de capacidade no Estado e a adoção de práticas voltadas para o “bom governo”. Todavia, a adoção de políticas voltadas para a reforma da administração pública local (reestruturação das estruturas e práticas administrativas) requer o conhecimento aprofundado da realidade local, da importância crucial do papel da União e dos estados no apoio a essas reformas.

De acordo com Marini (2003 b) as transformações na Administração Pública se originaram mais da necessidade de enfrentamento de profundas mudanças econômicas, sociais e tecnológicas do que de ideologias. Dentre essas mudanças, tem destaque o processo de globalização, a maior exigência dos cidadãos na qualidade e quantidade de prestação de serviços, a concorrência e ampla participação de grupos organizados e da própria sociedade civil, a crescente necessidade de transparência e de prestação de contas e a falência das tradicionais relações hierárquicas no *modus operandi* da Administração Pública.

Conforme afirma Ana Escoval (2003), dentre as opções de reforma do serviço público que têm se verificado em todo o mundo, cresce em popularidade a experimentação em torno da assim chamada "contratualização". Esse movimento pode ser entendido como uma incorporação das críticas neoliberais em prol da necessidade de um comportamento empresarial autônomo em certas esferas de governo. De fato, para esta autora, a contratualização estimula que as partes da relação negociem um compromisso e assumam cada qual, o seu papel sem demasiadas ambigüidades.

De acordo com Alcoforado (2005) o processo de contratualização é constituído de três fases importantes sendo estas essenciais ao bom andamento da prática, não podendo deixar de existirem:

- Negociação – corresponde a toda etapa de identificação dos indicadores de desempenho, estipulação de metas e a respectiva orçamentação;
- Construção do Instrumento - consiste na formalização de tudo o que foi negociado;
- Gerenciamento – fase permanente, compreendendo todas as atividades de supervisão da entidade, monitoramento dos indicadores de desempenho pactuados e avaliação dos resultados alcançados pela contratada.

Ainda para este autor, os instrumentos que podem ser utilizados na contratualização, em sua maioria, são os mesmos já praticados pela Administração Pública tradicional, entretanto, o foco e a forma de se construir o instrumento é que muda, já que se passa de uma visão anterior focada no processo (meio), para uma nova visão focada nos resultados (fins). Desse modo, abandona-se a tradicional forma de se avaliar os contratos e a prestação dos serviços somente pela correta utilização dos recursos, através da tradicional prestação de contas financeira.

Na contratualização, toma-se como parâmetro o cumprimento do contrato pela avaliação do alcance dos resultados pactuados, através da verificação quanto ao atingimento das metas previstas para os indicadores de desempenho. Agora a prestação de contas financeira e o adequado uso dos recursos é uma obrigação da organização contratada, mas não é condição para se avaliar desempenho.

Na Administração Pública, a contratualização tem ocorrido em muitos países e nas diferentes esferas de governo. No entanto, poucos esforços têm sido empreendidos para compreender como o processo é gerado e qual o seu impacto sobre a prestação de serviços públicos.

Para Alcoforado (2005), no setor público, geralmente, estas mudanças não são avaliadas enquanto estão sendo processadas, não se sabendo, portanto até que ponto são capazes de atender às demandas sociais do contexto em que se inserem. Apesar da crescente adoção da contratualização em diversos setores, a experimentação deste modelo, originalmente aplicado ao setor privado, carece de estudos empíricos que verifiquem sua adequação ao setor público e quais as estratégias adotadas pelos gestores para implantá-lo. Além disso, observa-se a necessidade de identificar os resultados de iniciativas, caracterizando os fatores que interferem nos seus êxitos e limites.

Embora a contratualização tenha um potencial de adicionar benefícios na atenção à saúde, certamente traz consigo uma maior complexidade na gestão. Os profissionais de saúde precisam desenvolver novas habilidades e entender áreas do conhecimento as quais nunca tiveram contato, particularmente nos aspectos ligados aos contratos. Sendo assim, com este estudo espera-se, por uma experiência concreta, trazer lições que gerem algum aprendizado na aplicação dos conceitos da contratualização no setor saúde.

Este trabalho utilizou como campo da pesquisa uma Área de Planejamento do Município do Rio de Janeiro – Área de Planejamento 4.

O Rio de Janeiro apresenta singularidades naturais que definem sua evolução. De frente para a entrada da Baía de Guanabara, a cidade cresceu a partir dali, como centro do poder político. Ele apresenta circunstâncias históricas e geográficas que imprimem particularidades à sua organização territorial. O fato de ter sido durante muito tempo a capital do Brasil, garante até hoje ao Rio de Janeiro, um enorme peso político. Essa situação permitiu a construção de uma razoável infra-estrutura de serviços públicos, somando investimentos na confecção de uma metrópole de cunho nacional. Este crescimento resultou num distanciamento da capital do seu interior, cujo abandono foi se tornando latente. A separação formal dos estados, com a criação do Estado da Guanabara, na década de 60, depois revista com sua fusão ao Estado do Rio de Janeiro em 1975, apenas tornou mais acentuada esta tendência.

O Município do Rio de Janeiro foi, nesse processo, concentrando em torno de si uma série de municípios que cresciam e passavam a ser dependentes de sua dinâmica como metrópole. Constituiu-se dessa forma uma região metropolitana extremamente diferenciada. A população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE em 2005(site do IBGE) era de 6.094.182 habitantes, distribuídos em 1.182,30 km<sup>2</sup>, com densidade demográfica de 5.155 hab/km<sup>2</sup>.

Na tentativa de ter uma organização administrativo-política, a prefeitura da Cidade dividiu o município do Rio de Janeiro em áreas de planejamento (APs). As APs são divididas em regiões administrativas (RAs), que, por sua vez, se dividem em bairros. As favelas são reconhecidas como áreas incrustadas nos bairros.

Em 1981, já como Cidade do Rio de Janeiro após a unificação dos estados da Guanabara e do Rio de Janeiro, começaram as modificações que iriam estruturar o espaço da Cidade até hoje, ainda assim procedidas de seguidas alterações.

A partir de estudos desenvolvidos no final da década de 70 e início da década de 80 pela então Comissão do Plano da Cidade - COPLAN, instituiu-se a divisão territorial da Cidade, com a estrutura organizacional de Áreas de Planejamento, conhecidas por “AP’s, e Regiões Administrativas conhecidas por “RA”s e os Bairros (Decreto N.3157 e Decreto No. 3158 de 23 de julho de 1981).

Neste momento instituiu-se então a codificação institucional das Áreas de Planejamento, Regiões Administrativas e Bairros, tendo pela primeira vez sido oficializada os limites dos bairros.

Obtiveram-se 6 (seis) Áreas de Planejamento, 23 (vinte e três) Regiões Administrativas e 153 (cento e cinquenta e três) Bairros.

Apenas em 1985 ocorreu uma estruturação plena, criando-se mais duas Regiões Administrativas, passando para 25 (vinte e cinco), alterando-se o número de Áreas de Planejamento para 5 (cinco) e mantendo o número de Bairros em 153 (cento e cinquenta e três). Deste momento em diante não houve mais alterações no número de Áreas de Planejamento, havendo somente a criação e ou revisão de limites de Regiões Administrativas e Bairros. Assim, em 2006, a Cidade do Rio de Janeiro possuía 5 áreas de Planejamento, 33 regiões administrativas e 160 bairros.

A Resolução n.º 431, de 14 de abril de 1993, da Secretaria Municipal de Saúde - SMS-RJ, considerando o que estabelece a Lei Orgânica do Município e o Plano Diretor Decenal da Cidade do Rio de Janeiro, cria na cidade, Áreas de Planejamento Sanitário, tentando de alguma forma viabilizar a diretriz da regionalização das ações e serviços de saúde com a implantação do SUS no Município do Rio de Janeiro. Nesse sentido, teoricamente, levando-se em conta a extensão territorial e concentração populacional foram criadas dez Áreas de Planejamento Sanitário.

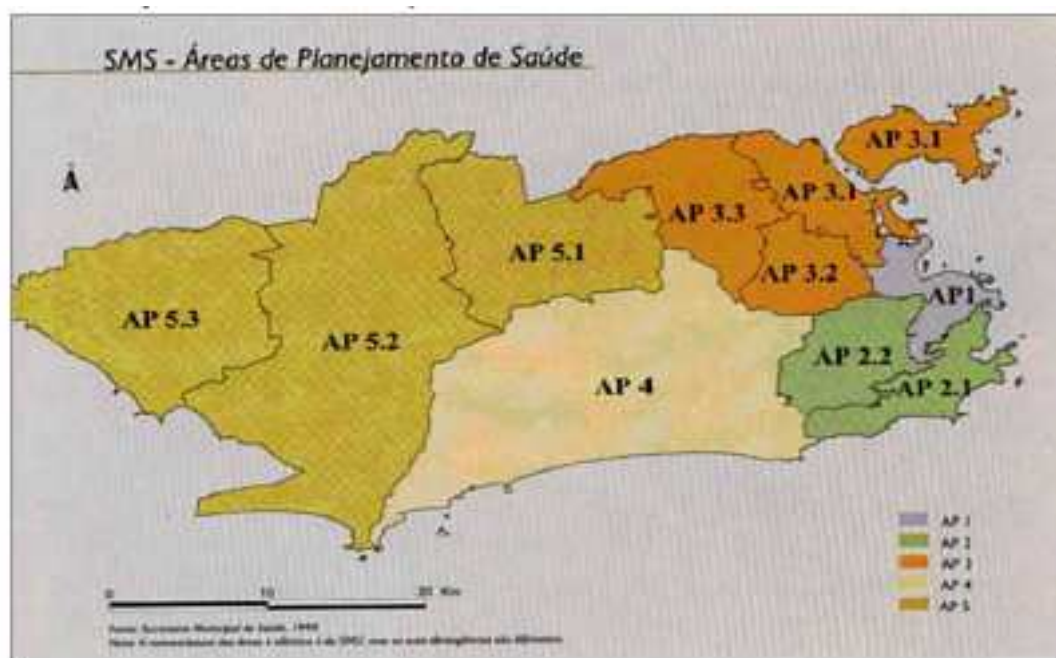
Pode-se observar geograficamente que as APs do Centro (1), da Zona Sul (2.1) e Norte (2.2, 3.1, 3.2 e 3.3) são menores e as APs da Zona Oeste (4, 5.1, 5.2 e 5.3) são maiores.

Desta forma, foram definidas dez Áreas de Planejamento Sanitário (AP), cada uma delas com estrutura gerencial para promoção das ações de saúde no nível local, as chamadas Coordenações de Áreas de Planejamento (CAP). As CAPs gerenciam o total de unidades de saúde que integram o SUS no Município do Rio de Janeiro, reunindo sob sua gestão, estabelecimentos de diferentes naturezas: municipais, estaduais, federais, universitários, sindicais e privados.

As Coordenações das Áreas de Planejamento (CAP) configuram uma instância intermediária e mediadora entre o nível central e as unidades prestadoras de serviços do SUS em seu território e, em algumas circunstâncias, dessas com a população usuária desses serviços, ou com as lideranças e conselheiros de saúde da área. As CAPs enfrentam diversas dificuldades de ordem financeira, técnico-administrativa e política, as quais obstaculizam e limitam suas ações, tornando-as, na maioria das vezes, mais uma instância burocrática envolvida na resolução de problemas emergenciais.

A divisão em Áreas de Planejamento Sanitário, adotada pela SMS-RJ, deveria propiciar maior facilidade para o exercício da fiscalização e da proposição de políticas regionalizadas de saúde além de ampliar o leque de estratégias operacionais, capazes de permitir o efetivo controle social. Contudo, essa divisão, de fato, não considerou os critérios populacionais e sim aproveitou a divisão territorial da Cidade em áreas de Planejamento e apenas as subdividiu em áreas menores.

**Figura 1: Mapa de Divisão Administrativa do Município do Rio de Janeiro por Área de Planejamento**

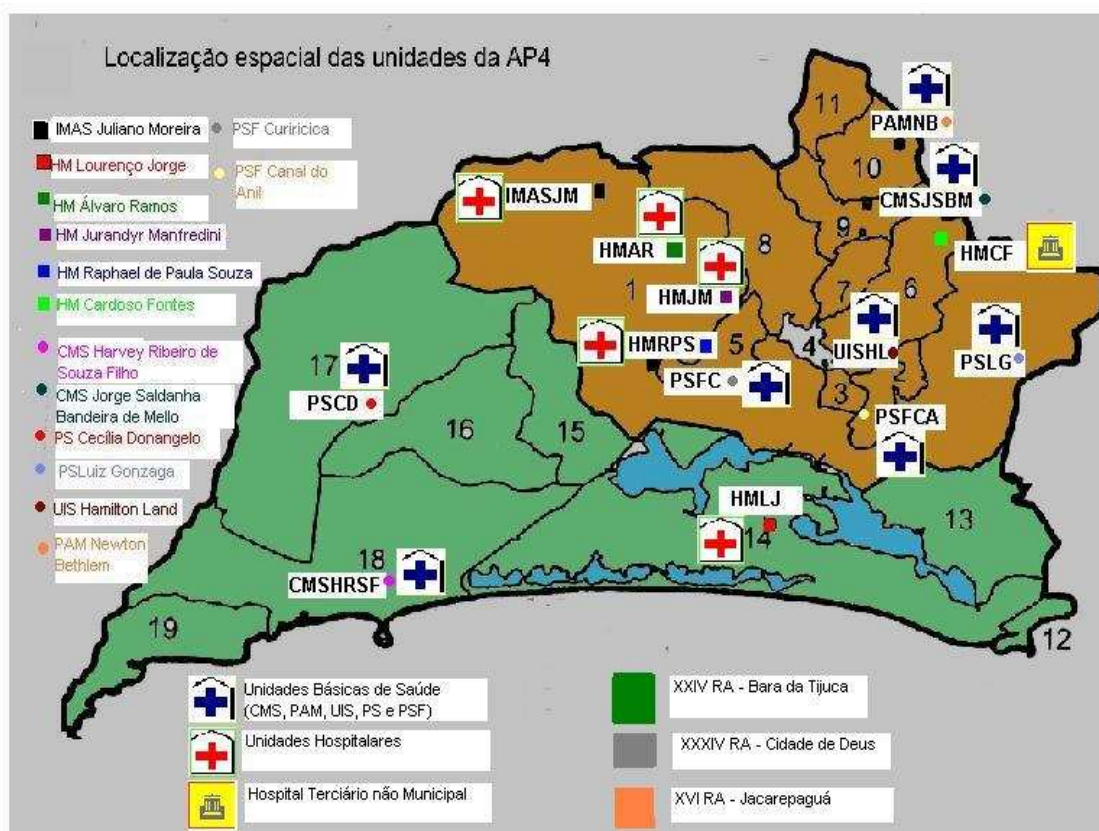


Fonte: site da SMS-RJ –[www.saude.rio.rj.gov.br](http://www.saude.rio.rj.gov.br)

A Área de Planejamento 4 (AP 4), segundo projeção do IBGE possuía no ano de 2004 uma população de 733.128 mil habitantes. Desse total, quase 48% era do sexo masculino. Ela é a segunda maior em área territorial do município do Rio de Janeiro com uma extensão territorial de 304Km<sup>2</sup>, a terceira mais populosa e a que apresenta maior crescimento populacional.

Ela tinha, em 2004, o coeficiente de mortalidade geral de 6,7 por 1000 habitantes, inferior ao do município que era de 8,2 por 1000 habitantes. Era a Área de Planejamento com o menor coeficiente. A sua taxa de mortalidade infantil, também em 2004, era de 13,6 por 1000 nascidos vivos, também abaixo da média municipal que era de 15,1. Sob o controle direto da administração pública, a AP 4 possuía, até 2007, seis unidades Básicas de Saúde, quatro Unidades de Saúde da Família totalizando nove equipes, um hospital de emergência, um de emergência psiquiátrica, um de assistência clínica, um hospital geral e um instituto de assistência psiquiátrica. Todas estas unidades estão sob gestão municipal. Na esfera estadual, temos um instituto de dermatologia e um hospital especializado em tuberculose. No âmbito federal temos um hospital geral. Ainda pode-se citar o caso do hospital de reabilitação da rede Sarah que se constitui numa organização pública não-estatal, vinculada ao Ministério da Saúde através de contratos de gestão.

**Figura 2: Mapa da Distribuição das Unidades de Saúde na AP4 em 2006**



FONTE: documento interno sobre proposta de criação de subsistemas da AP 4

A Área de Planejamento 4 (AP4) compreende as Regiões Administrativas da XVI (Baixada de Jacarepaguá), XXIV (Barra da Tijuca) e XXXIV (Cidade de Deus). Os bairros que as compõem estão distribuídos da seguinte forma:

- XVI RA: Jacarepaguá, Anil, Gardênia Azul, Curicica, Freguesia, Pechincha, Taquara, Tanque, Praça Seca e Vila Valqueire;
- XXXIV RA: Cidade de Deus;
- XXIV RA: Barra da Tijuca, Joá, Itanhangá, Camorim, Vargem Grande, Vargem Pequena, Recreio dos Bandeirantes e Grumari.

O processo de contratualização considerou os níveis de atenção à saúde presentes na Área de Planejamento 4 tendo sido criados instrumentos contratuais diferenciados.

Este trabalho se apresenta dividido em cinco capítulos. O primeiro diz respeito aos aspectos teóricos metodológicos da pesquisa. Esta dissertação foi norteada por uma questão orientadora. Neste capítulo estão presentes pressupostos que condicionam a discussão sobre o tema da contratualização. Nele ainda constam o objetivo geral e os objetivos específicos do trabalho. Para o alcance destes últimos lança-se mão de determinadas estratégias metodológicas. Ao final do mesmo capítulo, são levantadas as considerações éticas.

O segundo, terceiro e quarto capítulos fazem parte da revisão de literatura. O segundo procura fazer um paralelo entre a questão da Reforma de Estado e os seus efeitos sobre a esfera pública da Administração. Relata as mudanças propostas pelo Plano Diretor da Reforma de Estado de 1995 e os reflexos que toda a discussão sobre o papel do Estado gera no setor Saúde a nível internacional.

O terceiro capítulo faz uma introdução sobre o tema da contratualização, apoiado em experiências concretas de sua aplicação. Neste capítulo também se faz uma rápida inferência sobre o principal instrumento da contratualização que seriam os contratos de gestão.

Talvez o mais importante capítulo da revisão teórica, o quarto, traz a contribuição do referencial da Teoria macroorganizacional de Carlos Matus aplicada ao campo da Gestão Pública e de algumas teorias aplicadas a Economia, de onde originalmente veio a contratualização. Um grande desafio deste trabalho foi a utilização do referencial teórico de Matus para a análise dos resultados tendo como pano de fundo o tema da contratualização.



O quinto capítulo apresenta os resultados, a análise e a discussão sobre o estudo. Para isto toma-se como referencial norteador novamente os princípios ou regras do jogo macroorganizacional.

Por fim, a conclusão e as considerações finais trazem os pontos chave deste estudo.

# CAPÍTULO 1

---

## A pesquisa: Aspectos teórico-metodológicos

“Tudo que vejo torna-se castanho  
À medida que o sol queima a terra  
E meus olhos enchem-se com areia,  
À medida que examino esta terra devastada,  
Tentando descobrir, onde eu estive”.  
(Tradução da música Kashmir - Led Zeppelin)

### **1.1. Questão orientadora da pesquisa e Pressupostos**

Considerando o interesse em contribuir para a melhoria do processo de responsabilização e de avaliação de desempenho na esfera pública e mais especificamente do setor saúde, pretendeu-se com este estudo responder a seguinte questão orientadora de pesquisa: **“Os mecanismos contratuais no setor saúde poderiam facilitar a gestão pública?”**.

Para isto nós partimos dos seguintes pressupostos:

- O processo de contratualização da rede de serviços de saúde possibilitaria a utilização de critérios mais claros de avaliação e responsabilização por parte dos gestores permitindo sustentabilidade para o sistema local de saúde apoiada num processo mais transparente de negociação/pactuação.
- A qualificação das equipes de direção (capacidade de governo) do sistema de saúde local é condicionante para o sucesso do processo de contratualização;
- A contratualização pode potencializar a avaliação de necessidades e a definição de prioridades;

Esta pesquisa tratou da discussão do processo de contratualização a partir da experiência da AP 4 do município do Rio de Janeiro no período de 2004 a 2005. Ela foi motivada por um confronto entre uma base teórica bem definida e delineada na literatura e por vivências práticas com desfechos bem variados que deram certo grau de imprevisibilidade na discussão sobre tema em si.

A análise feita do processo de contratualização procurou de certa forma, avaliar os possíveis desdobramentos e reflexos na gestão pública da Saúde. A prospecção sobre a sua viabilidade promoveu um enorme desafio, no medida em que levou em

consideração algumas variáveis-chave que condicionaram o tema para visões e interpretações díspares.

Esta pesquisa foi capitaneada numa experiência concreta, o que sugere um estudo de caso embora não típico. O que diferencia esta pesquisa de um estudo clássico de caso é a inserção do pesquisador. De todo modo, o estudo de caso, segundo Godoy (1995), visa o exame detalhado de um ambiente, de um sujeito ou de uma situação em particular.

## **1.2.Objetivos e Estratégias metodológicas**

O objetivo geral desta pesquisa consistiu em discutir o processo de contratualização na Área de Planejamento 4 do município do Rio de Janeiro à luz da Teoria das Macroorganizações de Carlos Matus relacionando-a com algumas correntes teóricas da Economia, visando assim apontar novas práticas de gestão na Administração Pública em Saúde.

Os objetivos específicos foram:

1. Levantar e discutir as práticas da contratualização na Administração Pública
2. Analisar a experiência de contratualização na Área de Planejamento 4
3. Discutir os fatores críticos e os desafios da contratualização
4. Apontar propostas no sentido de aperfeiçoamento do processo de contratualização no âmbito da gestão pública da saúde

O trabalho considerou duas questões fundamentais para a discussão do processo de contratualização na AP 4:

a) A Secretaria de saúde da Cidade do Rio de Janeiro tomou a iniciativa de implementar a contratualização no seu modelo organizacional e este processo passou, necessariamente, por negociação de atores;

b) O processo se caracterizou muito mais como uma experiência do que uma proposta concreta de inovação na gestão pública municipal.

A pesquisa se desenvolveu em dois momentos: primeiro, por meio de pesquisa documental com a finalidade de caracterizar o processo de contratualização na AP 4 e também com um levantamento bibliográfico de autores considerados fundamentais sobre o tema em questão; segundo, por meio de a pesquisa de campo com entrevistas semi-estruturadas para estudar e analisar os relatos de atores chave no processo de contratualização da AP 4.

Com a pesquisa documental e levantamento bibliográfico pretendeu-se alcançar o 1º, 3º e 4º objetivos. Com a pesquisa de campo, esperou-se alcançar o 2º e 3º objetivos.

A pesquisa documental foi realizada com a coleta de documentos oficiais (por exemplo, minutas de contratos e outros) que pudessem espelhar a memória escrita do processo de contratualização na Área. Já a revisão bibliográfica se pautou em assuntos chave como a reforma de Estado, contratualização propriamente dita e as correntes teóricas que mais propiciavam sustentabilidade ao tema. O trabalho de campo foi realizado com entrevistas a atores chave, envolvidos com o processo de contratualização.

Por se tratar de uma pesquisa intimamente ligada ao campo da Administração a abordagem qualitativa foi a escolhida, por considerarmos ser esta a mais adequada na compreensão do tema em questão. A pesquisa qualitativa não se preocupa com representatividade numérica, mas sim com o aprofundamento da compreensão de um grupo social ou de uma organização. (Neves 1996)

Para Minayo (1994), a pesquisa qualitativa pressupõe conhecer o fenômeno de forma aprofundada, não estabelece a amostra, a formulação das hipóteses, são, em suma, afirmações provisórias a respeito de determinado problema em estudo.

Um aspecto importante destacado por Triviños (1992) é que a escolha do tamanho da amostra a ser pesquisada é, em geral, balizada por critérios distintos dos da pesquisa quantitativa. Considerações do tipo: a importância dos sujeitos para o esclarecimento do assunto em foco, a facilidade de se encontrar as pessoas, o tempo dos indivíduos para as entrevistas, entre outros, são aspectos determinantes na conformação da amostra.

Utilizou-se como instrumento no trabalho de campo, a técnica de entrevistas com roteiros semi-estruturados, porque possibilita focalizar o tema já apontado, deixando os informantes-chave livres para se expressarem, possibilitando ao sujeito a oportunidade de se pronunciar sobre a temática em questão.

As entrevistas foram efetuadas com gestores de saúde do nível local e central da Prefeitura do Rio de Janeiro, permitindo importantes inferências sobre o tema.

Tivemos consciência dos limites que esta dissertação apresentou, por termos proposto um estudo de caso que não permite generalizações, mas que contribuiu apontando questões importantes, assim como termos selecionado um período curto do estudo diminuindo o número de entrevistas possíveis. Todavia, as opções feitas

decorreram dos objetivos propostos assim como das questões relacionadas com o tempo previsto para a realização do mestrado.

### **1.3. Considerações Éticas**

De acordo com o capítulo II Artigo 4 da resolução 01/88 do conselho Nacional de Saúde “toda a pesquisa em que o ser humano for submetido a estudo, deverá prevalecer o critério de respeito à sua dignidade e à proteção de seus direitos e bem-estar.” Sendo assim essa pesquisa foi pautada nesses pressupostos.

Esta pesquisa foi realizada com dados primários e secundários, coletados e utilizados somente para o que se referia aos objetivos da mesma, sendo as informações apresentadas de forma coletiva, sem qualquer prejuízo para as pessoas envolvidas, principalmente no que diz respeito à menção de profissionais de saúde envolvidos com as entrevistas.

Os dados se encontram sob a guarda do pesquisador, sendo garantido seu sigilo e confidencialidade. Os profissionais não tiveram seus nomes divulgados.

Foram selecionados profissionais de saúde que participaram no período citado na formulação dos instrumentos contratuais (2004 a 2005) sendo excluídos aqueles que se recusaram a participar. Todos os entrevistados assinaram o Termo de consentimento livre e esclarecido.

A pesquisa estava de acordo com as diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – CEP/FIOCRUZ e Resolução 196/96 do CNS. Foram obtidos pareceres favoráveis à realização do trabalho pelos Comitês de Ética em Pesquisa ENSP/FIOCRUZ sob o número 68/07 e da SMS-RJ sob o número 135/07.

## CAPÍTULO 2

---

### **A Reforma do Estado e a Administração Pública**

“Nada mais difícil de manejar, mais perigoso de conduzir, ou de mais incerto sucesso, do que liderar a introdução de uma nova ordem de coisas, pois o inovador tem contra si todos os que se beneficiavam das antigas condições e apoio apenas tímido dos que poderão se beneficiar com a nova ordem.”

Nicolau Maquiavel (1459-1527)

#### **2.1 - O Contexto da Reforma do Estado**

Para Quirino et Sadek (1980) existem duas principais vertentes que explicam a origem do Estado:

a) Aristóteles, Hegel e Marx o compreendem como consequência de um processo histórico em que os grupos ou classes detentores de maior poder promoveram a institucionalização desse poder, instaurando a ordem na sociedade e garantindo para si o excedente econômico;

b) Hobbes, Locke, Rousseau e Kant, expoentes da outra vertente, vêem o Estado como resultado de um contrato social entre os cidadãos, por meio dos quais estes abrem mão coletivamente de uma parcela dos direitos naturais que lhes são inerentes, a fim de viabilizar a formação do Estado, que passa a ser o responsável pela manutenção da ordem e pela garantia da liberdade e da equidade.

De acordo com Poggi (1981) a amplitude da atuação estatal seja qual for a vertente utilizada para explicar sua origem, tem sido objeto de questionamentos e controvérsias. Dentre as responsabilidades mais primárias assumidas pelo Estado, pode-se destacar a garantia da segurança interna e externa, com a manutenção da lei, da ordem e da paz, por meio da atuação de instituições legislativas, executivas e judiciárias que se valem da polícia e das forças armadas. A estabilidade das relações em uma sociedade não pode prescindir da legitimação do controle estatal e do uso regrado da força pelo Estado. Igualmente importante é o papel do Estado na proteção ao direito de propriedade, por meio de um sistema para administrar a justiça entre os cidadãos, dirimindo litígios e aplicando a lei aos casos concretos. Até o início do século XX, o Estado agia sobre os cidadãos basicamente por intermédio de atividades judiciais, regulatórias e de controle.

No período que vai do fim da Primeira guerra mundial e principalmente depois da Segunda, nota-se, contudo, em nível mundial, a expansão da intervenção governamental nos campos econômico, social e cultural: os orçamentos nacionais cresceram consideravelmente e o governo passou a assumir funções de organizador, produtor e protetor; o Estado passou a investir, subsidiar e redistribuir renda (Mendonça e Araújo 2003).

A maior crise por que já passou o capitalismo, que teve o ano de 1929 como epicentro, provocou uma série de questionamentos quanto à necessidade de ampliação da ação estatal com a adoção das medidas preconizadas por John Maynard Keynes, com maior intervenção na economia, voltadas basicamente para minimizar o efeito danoso das incertezas econômicas, criar frentes de emprego no serviço público e promover ações na área social (Mendonça e Araújo 2003).

Ham & Hill (1993) enumeram três novas áreas de intervenção estatal:

a) provisão de serviços públicos, aos quais se refere como Estado do Bem-Estar, tais como: educação, saúde pública, aposentadorias, seguro-desemprego e habitação;

b) regulação econômica, instituindo-se estímulos ao desenvolvimento industrial, mediante subsídios e incentivos fiscais, com envolvimento direto no processo produtivo, pela propriedade pública de determinadas empresas;

c) atividades regulatórias, voltadas a limitar o impacto na sociedade do comportamento individualista de empresas, com a prevenção de conseqüências de certas atividades econômicas.

Essa nova concepção de relacionamento entre Estado e Mercado propiciou a expansão do escopo da burocracia estatal. Além de aumentar o orçamento e dirigir empresas públicas, o governo também assumiu a responsabilidade pelo planejamento, pela previsão e pela programação da economia, aumentando ainda mais suas prerrogativas e sua missão tecnocrática.

Draibe e Henrique (1988) destacam que a concentração de tantas tarefas no aparelho de Estado, fez com que o Estado ampliasse sua estrutura, adotando para isto, princípios de profissionalização, impessoalidade, neutralidade e racionalidade, que formam o chamado paradigma burocrático da Administração.

De acordo com estas autoras e para Evans (1992), nos anos 70, no entanto, iniciou-se um movimento a favor da redefinição do papel do Estado. As experiências internacionais tiveram todas, um fator comum: a denominada crise do Estado. As várias

doutrinas explicativas tratam de analisar todas as suas expressões – política, econômica e social - que, certamente, culminam na crise administrativa.

Para estes autores, a expressão política sintetizou-se na derrocada do “super”-Estado inspirado em Hegels, imaginado como indispensável tutor e responsável pela nação; a expressão econômica caracterizou-se pela falência do modelo keynesiano, que se apoiava no pleno emprego e nas inefáveis atividades “estratégicas”; e a expressão social transpareceu com o questionamento do Welfare State, que confiava ao Estado a responsabilidade pelo bem estar das pessoas.

A dimensão econômica do fenômeno se referiu ao esgotamento do modelo keynesiano de intervenção estatal na economia, com a crise fiscal do Estado e o recrudescimento de processos inflacionários. Os períodos de recessão deprimiam a base de arrecadação e geravam demandas crescentes de gasto público devido ao alto desemprego (Draibe e Henrique 1988).

Para Abrucio (1996) a superação da crise fiscal não era uma tarefa fácil. De um lado, os contribuintes, pessoas físicas ou jurídicas, não aceitavam aumentos de impostos. De outro lado, os beneficiários dos serviços sociais e os funcionários públicos não aceitavam reduções de benefícios e de salários. Tal situação gerou o que alguns chamaram de ingovernabilidade, ou seja, a incapacidade do Estado de resolver seus problemas.

Durante a década de 70, as duas crises do preço do petróleo e as rupturas do sistema financeiro internacional impulsionaram o esgotamento do modelo keynesiano, ao abalarem as bases das estratégias adotadas pelos países para promover o desenvolvimento nacional. Percebeu-se que havia limites para o endividamento do Estado e para sua atuação como um todo. Paralelamente a isso, ocorria o fenômeno da "globalização" dos mercados - com o conseqüente aumento de competição entre os blocos econômicos (Draibe e Henrique 1988).

Juntamente com o esgotamento do modelo keynesiano, veio o questionamento do Estado de Bem-Estar (Welfare State) que, se referiria à dimensão social do modelo (Draibe e Henrique 1988; Abrucio, 1996; Costa e Melo 1995). A finalidade do Estado de Bem-Estar era a produção de políticas públicas na área social (educação, saúde, previdência social, habitação, saneamento, etc) a fim de garantir o suprimento das necessidades básicas da população.

Abrucio (1996) destaca que este modelo de sistema de proteção social se apoiava sobre a crença da compatibilidade entre crescimento econômico e satisfação das



necessidades sociais pelo Estado, e foi erguido, sobretudo na Europa, ao longo do século XX. Tal confiança tinha como intento o pleno emprego, origem da integração social e um dos pilares da política econômica keynesiana, que garantia a viabilidade de políticas sociais universais.

Quanto à dimensão político-administrativa, estava ocorrendo um descompasso entre Estado e sociedade: a estrutura social apresentava-se mais complexa e diferenciada, mas, aparentemente, não havia, por parte do Estado, uma contrapartida para incorporar politicamente as novas demandas. Essa ineficácia do poder público na gestão de políticas (especialmente em relação à questão social) levava a uma impossibilidade ou incapacidade de tratar das questões mais prementes, tais como a desigualdade e a exclusão social gerando um quadro de deterioração social, aumentando a miséria, a violência e a destituição social e política - ou perda de cidadania pelos segmentos mais carentes da sociedade (Draibe e Henrique 1988).

Para muitos autores (Flynn & Strehl, 1996; Carr & Littman, 1992; Osborne & Gaebler, 1995) há um peso enorme na questão da pressão dos "clientes" (cidadãos) por maior qualidade de serviço. Haveria, por parte dos cidadãos, maiores expectativas em relação a como os serviços deveriam ser oferecidos e a melhores formas de provê-los, sem ter burocracias trabalhando apenas para si próprias. A administração pública, envolvida por esta conjuntura, não teria como deixar de refletir essas mudanças e buscar novos rumos. E foi isso que efetiva e sucessivamente veio a ocorrer nos países que se dispuseram a enfrentar os desafios de pensar e de executar as necessárias mudanças em seus respectivos contextos nacionais e num novo modelo comunitário.

De acordo com Bresser Pereira (1996), as transformações exigidas para a administração pública no mundo, originaram-se principalmente da mudança de consciência dos cidadãos, ou seja, no reconhecimento de que a administração pública burocrática não correspondia às demandas que a sociedade civil apresentava aos governos por ela eleitos. Ainda segundo este autor, os cidadãos tendem a exigir do Estado muito mais do que o Estado pode fornecer.

Esta lacuna (*gap*) entre demandas e possibilidade de oferta por parte do Estado está na origem não apenas da crise fiscal, como observou O'Connor (1973) apud Bresser Pereira (1996), e da crise de governabilidade, como destacou Huntington (1968) apud Bresser Pereira (1996), mas também da crise da administração pública burocrática. Os recursos econômicos e políticos são escassos em relação à demanda, e se tornam ainda mais escassos quando a administração pública é ineficiente. Entretanto, quando não se

pode contar com o mercado, isto é, quando a alocação de recursos pelo mercado não é solução realista, pelo seu caráter distorcido ou incompleto, a existência de uma administração pública eficiente passa a ter valor estratégico ao diminuir o hiato que separa a demanda social e a satisfação desta demanda.

Assim, na década de 80, com a crise do Estado, o assunto que foi alvo da atenção de políticos e economistas em todo o mundo foi o ajuste estrutural ou, mais especificamente, o ajuste fiscal e as reformas orientadas para o mercado. Nos anos 90, embora o ajuste estrutural continuasse como um dos principais objetivos, a ênfase foi deslocada para a reforma do Estado, em especial para a reforma administrativa. A questão central passou a ser a reconstrução do Estado, para redefini-lo num contexto de globalização mundial (Bresser Pereira, 1997).

O mesmo autor afirma que inúmeras razões propiciaram o interesse pelo tema da reforma do Estado. Porém, a razão crítica esteve, provavelmente, no fato de que houve a percepção generalizada de que o ajuste estrutural não foi suficiente para retomar o processo de desenvolvimento.

Até a metade da década de 80, os países altamente endividados dedicaram-se a promover o ajuste fiscal, realizar privatizações, desregulamentar mercados e liberalizar o comércio. Como conseqüências, obtiveram resultados positivos, pois superaram os aspectos agudos da crise: as balanças comerciais voltaram a um relativo controle e por toda parte as taxas de inflação caíram, fazendo com que os países recuperassem alguma credibilidade. Contudo não se retomou o crescimento. O pressuposto neoliberal que estava por trás das reformas — o pressuposto de que o ideal de um Estado mínimo, ao qual caberia apenas garantir os direitos de propriedade e os contratos, deixando exclusivamente ao mercado a coordenação da economia — provou ser irrealista (Bresser Pereira, 1996).

Contudo, para Przeworski (1996), a questão das “falhas de mercado” e das “falhas de governo” sempre se constituiu num dos elementos chave para discussão sobre o papel do Estado. Para ele, a abordagem ocorre com identificação dessas alegadas “falhas de mercado”, motivadas pelas mais diversas “imperfeições” que, por sua vez, requerem a intervenção do Estado no sentido de corrigi-las, contribuindo assim, supostamente, para a promoção do bem-estar social e da eficiência econômica. Uma vez identificada uma “falha” no funcionamento do mercado livre, assume-se, de forma geralmente implícita, que o Governo, naturalmente dotado de boas intenções, tem ao

seu dispor os meios, os conhecimentos e as capacidades necessárias para, intervindo na economia, estabelecer uma situação socialmente mais vantajosa.

Ainda segundo este autor, ao longo das últimas décadas, a concepção do Estado como “corretor” das falhas de mercado tem sido crescentemente questionada. A análise dos pressupostos justificativos da intervenção governamental na economia e o estudo da forma como essa intervenção tende a desenvolver-se na prática tem feito crescer o número daqueles que olham com ceticismo as “miraculosas” soluções estatais (Stigler 1971; Krueger 1974). Daí a busca de alternativas que permitam – simultaneamente – evitar intervenções de conseqüências nefastas e promover o eficiente desempenho das funções fundamentais do Estado.

Para Przeworski (1996), a tecnologia institucional neoliberal para restringir o Estado incluía a redução do tamanho da administração pública, a redução do tamanho do setor público, o isolamento do Estado das pressões do setor privado, a delegação das decisões e sujeição maior a regras do que em decisões discricionárias.

Contudo, não era real, a concepção de que as falhas de Estado eram piores que as do mercado. As limitações da intervenção estatal são evidentes, mas o papel estratégico que as políticas públicas desempenham no capitalismo contemporâneo é tão grande que é impensável propor que sejam substituídas pela coordenação do mercado, conforme proposta do pensamento neoliberal. Como observado pelo mesmo autor, a visão (neoliberal) de que na ausência de suas ‘tradicionais’ falhas os mercados seriam eficientes parece que atualmente está morta, ou pelo menos moribunda (Przeworski 1996).

Para Bresser Pereira (2005a) o surgimento do Estado do Bem-Estar para garantir os direitos sociais, e o papel cada vez maior que o Estado assumiu ao promover o crescimento econômico e a competitividade internacional, tornou evidente o caráter do Estado como patrimônio público (*res publica*). Isto implicou na possibilidade de utilização do Estado para interesses particulares (*rent-seeking*). A privatização da carga fiscal (forma principal da *res publica*) passava a ser o principal objetivo dos *rent-seekers*. Se no século XVIII, historicamente, compreendeu-se a importância de proteger o indivíduo contra um Estado oligárquico, e no século XIX compreendeu-se a importância de garantir-se aos cidadãos a participação no processo político e de proteger os pobres e os fracos contra os ricos e poderosos, a necessidade de proteger o patrimônio público só passou a ser dominante na segunda metade do século XX.

À medida que a proteção aos direitos públicos passou a ser uma questão chave no mundo foi ficando claro que a reforma do Estado era prioridade; que a democracia e a administração pública burocrática — as duas instituições criadas para proteger o patrimônio público — tinham de mudar: - a democracia deveria ser aprimorada para se tornar mais participativa ou mais direta; e a administração pública burocrática devia ser substituída por uma administração pública gerencial.

Para Bresser Pereira (1997) foram duas as verdadeiras reformas administrativas desde a construção dos Estados nacionais modernos: a Reforma Burocrática ou Reforma do Serviço Público e a Reforma Gerencial da Administração Pública.

## **2.2. Patrimonialismo, Burocracia e a Administração Pública Gerencial.**

De acordo com Bresser Pereira (1997), a Reforma Burocrática, diz respeito à formação de um serviço público profissionalizado; ocorreu em meados do século XIX na Europa ocidental, no início do XX nos EUA e na década de 30 no Brasil. A Reforma Gerencial, que flexibiliza os processos e os regulamentos burocráticos, conferindo um grau mais elevado de autonomia e de *accountability* às agências governamentais e aos seus gerentes, corresponde à segunda: um novo fenômeno histórico, que ganhou força nas últimas duas décadas, quando houve a percepção generalizada de que uma das razões pela atual crise fiscal do Estado era a ineficiência estrutural da administração pública burocrática.

A Administração burocrática clássica foi implantada na maioria dos países europeus no final do século XIX baseada nos princípios da administração do Exército prussiano. Ela foi adotada em substituição à administração patrimonialista que definiu as monarquias absolutas. A característica que exprimia o governo nas sociedades pré-capitalistas e pré-democráticas era a privatização do Estado, ou o confundimento dos patrimônios público e privado. ‘Patrimonialismo’ significa a incapacidade ou a relutância do regente distinguir entre o patrimônio público e seus bens privados. (Bresser Pereira 2005 b).

Para Pacheco (2004), a agenda da primeira reforma do serviço público tinha dois alvos claros: a luta anticorrupção (onde os principais corruptores eram as máquinas políticas e sindicais) e a busca da eficiência. Tratava-se da reforma do serviço civil com base em três idéias fundamentais inspiradas em Woodrow Wilson, Frederick Taylor e Max Weber:

- A separação necessária entre política (*politics*) e administração, sendo a primeira esfera responsável pela formulação das políticas públicas (*policies*), enquanto que a ação administrativa ficava reservada a sua implementação. Woodrow Wilson, em 1887, publicou o seu clássico *Estudo da administração*, propondo iniciativas de estruturação da administração pública e defendendo uma rigorosa separação entre política e administração, para se afastar do *spoils system*, fonte da discricionariedade e da corrupção; (Wilson, 1887 apud Pacheco 2004);

- O caráter científico da administração, dado pela separação entre organização do trabalho (a ser realizada pelo gerente) e a execução de tarefas bem descritas e especializadas (a cargo dos trabalhadores ou funcionários); a existência de um único método para a realização da tarefa, comprovadamente mais rápido e melhor (*the one, universal, best way*); os princípios da divisão do trabalho, especialização das funções, homogeneidade e unidade de comando; o estabelecimento de regras, leis e fórmulas que substituem o julgamento de cada trabalhador individual (Taylor, 1912 apud Pacheco 2004);

- A adoção do princípio hierárquico nas organizações, baseado num “sistema firmemente ordenado de super e subordinação, no qual há supervisão dos níveis inferiores de funcionários pelos níveis superiores”; a lealdade impessoal devotada a postos funcionais hierarquicamente superiores; a eficiência como resultante da implementação impessoal de regras racionais e impessoais, desde que não haja interferência política (Weber, 1922 apud Pacheco 2004).

Para a mesma autora, o aparecimento, no final do século XIX, da administração pública burocrática em substituição às formas patrimonialistas de administrar o Estado foi de extrema importância. O modelo de organização burocrático respondeu com bastante eficácia às demandas administrativas do período anterior à II Guerra Mundial, dada a baixa complexidade das administrações públicas. No entanto, esse contexto mudou no período imediatamente posterior à II Guerra. Sob o domínio do paradigma keynesiano de Estado, caracterizado por um rápido crescimento econômico, as estruturas estatais começam a adquirir uma maior complexidade dos sistemas administrativos e um crescimento das burocracias estatais.

Conforme Bresser Pereira (2005b), para a nova administração pública não bastava ser efetiva em evitar o nepotismo e a corrupção: ela deveria ser eficiente em prover bens públicos. Nos países desenvolvidos, os direitos individuais (civis e políticos) e direitos sociais estavam razoavelmente protegidos, todavia, os direitos

públicos não: a *res publica* continuava exposta a todo tipo de ameaças. O nepotismo e a corrupção mais visíveis foram controlados, mas surgiram novas modalidades de apropriação privada do patrimônio público. Nos países em desenvolvimento — nos quais emergiu, no século XX, um Estado desenvolvimentista em vez de um Estado de Bem-Estar social — a situação era muito pior: os direitos individuais e sociais continuavam quase sempre sem proteção; o nepotismo e a corrupção conviviam com a burocracia, que era beneficiária de privilégios e convivia com excesso de quadros.

A administração pública gerencial surgiu na Segunda metade do século XX em resposta a crise do Estado, como uma alternativa de enfrentamento da crise fiscal, como estratégia para reduzir o custo e buscar eficiência administrativa, além de servir como um recurso para proteção do patrimônio público contra os interesses do *rent-seeking* (Bresser Pereira 2005b).

Para Melo e Ckagnazaroff (1998), a Administração pública gerencial parte do princípio de que é preciso combater o nepotismo e a corrupção sem procedimentos rígidos tendo com características básicas a orientação para o cidadão e para a obtenção de resultados, o pressuposto de que o funcionalismo deve ser merecedor de grau limitado de confiança, a descentralização e o incentivo à criatividade e à inovação e a utilização de contrato de gestão como instrumento de controle dos gestores públicos. Já a administração burocrática concentra-se em essência no controle preventivo dos processos, sempre *a priori*. Esta busca pela maximização dos controles administrativos *a priori* teve como ponto de partida a desconfiança generalizada nos administradores públicos e nos cidadãos que lhes dirigiam demandas.

A década de 90 apresentou-se como um marco fundamental de transformação da Administração Pública Brasileira. Em síntese, notou-se, para o período, uma proposta de mudança de uma administração pública calcada nos excessos burocráticos, para a administração pública gerencial, formulada a partir do modelo de administração empresarial (Bresser Pereira e Pacheco 2006).

Com ela esperava-se o aproveitamento dos instrumentos de eficácia do setor privado como mecanismos de modernização da gestão pública e da melhoria dos serviços prestados pelo Estado. Para a efetivação da Reforma do setor público adotaram-se diversas linhas de redirecionamento organizacional, dentre elas a contratualização.

### Quadro 1: Diferenças entre a Administração Pública Burocrática e a Gerencial

Administração Pública Burocrática	Administração Pública Gerencial
Focada em processos	Focada em resultados
É auto-referente	Orientada para o cidadão
Possui os controles administrativos <i>a priori</i>	Os controles são posteriores
Controle por normas e regulamentos	Controle através de contratos de gestão

Fonte: Bresser Pereira 2005

A Administração pública brasileira convive atualmente com traços do patrimonialismo (clientelismo, nepotismo, corrupção demasiada), da abordagem burocrática (formalismo, racionalidade, ênfase nos processos, distanciamento das demandas da sociedade) e da recente abordagem gerencial (foco nos resultados e na qualidade do atendimento dos cidadãos). O amálgama desses elementos em cada ente da nossa federação vai depender de variações culturais, históricas e sociais de cada região do país, alguns com processo de acumulação com mais características negativas e outros, mais positivas (Nunes 1997).

O Brasil se encontra atualmente em um momento de transição com limites de expansão econômica - balizados tanto pela nova ordem internacional, quanto por questões internas não resolvidas - havendo a necessidade da continuidade ao processo de reforma do Estado como condição para qualquer projeto de retomada sustentada de crescimento de longo prazo.

O processo de reforma do Estado iniciado em 1995 ainda hoje traz reflexões e argumentos sobre qual papel o Estado deve assumir. Isto fica evidente nas palavras da ministra-chefe da Casa Civil Dilma Rousseff quando ela afirma que:

“O Estado estrutura a demanda, o setor privado executa, realiza, empreende obras e atende `a demanda. Com isso, cria-se um círculo virtuoso.”

(Jornal O Dia pág. 18 07/03/2008)

Existem, sem dúvida, divergências sobre a amplitude, forma e ritmo das mudanças, bem como sobre a definição da agenda de Reforma. Nesta discussão deve-se fugir da dicotomia entre Estado mínimo e estado intervencionista. Este, sem dúvida, é um falso dilema. Prosseguir nesta dicotomia é criar uma armadilha que tende a não conduzir à construção de uma alternativa que contemple as peculiaridades e características da situação do Estado brasileiro.

O exemplo do setor Saúde é ilustrativo: as deficiências na prestação de serviços não dependem apenas de mais recursos, mas da falta de um Estado moderno com capacidade de planejar, coordenar, definir prioridades e insular-se de controles espúrios do próprio Estado.

### **2.3 - Reformando a estrutura do Estado brasileiro: os segmentos do Estado e seus inter-relacionamentos**

As propostas de reforma voltadas para o incremento da capacidade do Estado foram introduzidas no Brasil em 1995, com o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado – PDRAE, elaborado pelo MARE - Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Elas compreenderam três dimensões:

- Dimensão institucional-legal, voltada à reforma do quadro jurídico-normativo do setor público e à criação de novos formatos organizacionais - agências executivas, organizações sociais e OSCIPs (organizações da sociedade civil de interesse público) – estas últimas não faziam parte originalmente do plano;
- Introdução de novos instrumentos de gestão (contratos de gestão, planejamento e gestão estratégica contabilidade gerencial e etc.), para viabilizar a antinomia "autonomia x responsabilização", por meio de concessões de flexibilidades administrativas aos gestores públicos, combinadas com novas formas de controle (controle social, controle por resultados, competição administrada);
- Dimensão cultural, visando passar da desconfiança generalizada que pesa sobre os administradores públicos a um grau limitado de confiança, combinado com maior compromisso com resultados;

No PDRAE de 1995, a reforma do Estado brasileiro abrangia conceitualmente quatro áreas:

- Delimitação da área de atuação do Estado;
- Desregulamentação;
- Governabilidade: aumento da democracia e da responsabilização;
- Governança: aumento da capacidade de governo

Em relação à delimitação da área de atuação do Estado, a reforma administrativa propunha a distinção das atividades que eram exclusivas do Estado daquelas onde não há exercício de poder do Estado. Além disto, dentro de cada



segmento, diferenciava o que eram atividades principais (core) das atividades de apoio (alvo da terceirização).

Na área da desregulamentação, a proposta era de reduzir a regulamentação aos aspectos onde ela era absolutamente necessária. Havia a necessidade de diminuir as disposições normativas excessivamente detalhadas, que só contribuíam para o engessamento da máquina administrativa e muitas das vezes levavam a intransparência.

A governabilidade depende de várias dimensões políticas, dentre elas a qualidade das instituições políticas quanto a intermediação de interesses, a existência de mecanismos de responsabilização dos políticos perante a sociedade e a qualidade do contrato social básico. Essas dimensões remetiam à reforma política, essencial à reforma do Estado no Brasil (Bresser Pereira, 1997).

Para o mesmo autor, a maior contribuição estava voltada à área da governança, através da adoção dos princípios da administração gerencial.

De acordo com Santana (2002), deve-se ressaltar o entendimento que faz o Plano Diretor sobre a modernização da gestão. Trata-se da superação da administração burocrática e dos traços de patrimonialismo existentes no setor público com a introdução da administração gerencial, contemplando (a) autonomia gerencial, com flexibilidade de gestão; (b) atingimento de resultados sob a ótica da eficiência, eficácia e efetividade, com a reorientação dos mecanismos de controle, no caso, de procedimentos para resultados; (c) foco no cidadão, ao invés de auto-referida; e, finalmente, (d) controle social, com a introdução de mecanismos e instrumentos que garantam a transparência e a publicidade da política e da ação governamental, assim como a participação e controle por parte do cidadão.

Na proposta do Plano, foram definidos os setores em que o Estado deveria operar as competências e as modalidades de administração mais adequadas a cada setor. Os quais seriam: o núcleo estratégico, as atividades exclusivas, os serviços não-exclusivos e a produção de bens e serviços para o mercado.

O núcleo estratégico seria o centro no qual se definiriam a lei e as políticas públicas, assim como o cumprimento das mesmas.

As atividades exclusivas seriam as que envolveriam o poder do Estado e garantiriam, diretamente, o cumprimento e o financiamento das leis e das políticas públicas. Integrariam este setor as forças armadas, a polícia, a agência arrecadadora de impostos — as tradicionais funções do Estado —, e também as agências reguladoras, as agências de financiamento, fomento e controle dos serviços sociais e da seguridade

social. As atividades exclusivas, portanto, não devem ser identificadas com o Estado liberal clássico, para o qual bastam a polícia e as forças armadas.

Os serviços não-exclusivos são aqueles que o Estado provê, mas que, como não envolvem o exercício do poder extroverso do Estado, podem ser também oferecidos pelo setor privado e pelo setor público não-estatal. Este setor compreende os serviços culturais, de educação, de saúde e de pesquisa científica.

Por fim, o setor de produção de bens e serviços é desempenhado pelas estatais.

Nas atividades exclusivas de Estado, as reformas administrativas no mundo promoveram a *agenciificação* que consiste na constituição de agências movidas por finalidade específica, separadas dos ministérios e centros formuladores de políticas, e conectadas a eles por meio de acordos prévios de resultados a atingir - contratos de gestão ou cartas de serviço. Existem basicamente quatro razões que levaram à constituição de agências: a busca de autonomia, os objetivos visando eficiência, a melhoria do processo decisório sobre o orçamento público e por fim, os propósitos de transparência e maior responsabilização pelos resultados (Bresser Pereira 1997).

Em relação aos serviços não exclusivos, a tendência nas reformas gerenciais é a da *publicização*, ou seja, a contratação dos serviços com organizações sem fins lucrativos, públicas não estatais, do terceiro setor. Quando há a celebração de contratos de gestão com o Estado, as organizações são denominadas de "organizações sociais".

A característica fundamental que presidiu a Reforma do Aparelho do Estado no Brasil de acordo com o PDRAE foi a adoção do modelo conceitual de segmentação do Estado em setores, que possibilitou a identificação de estratégias distintas para cada um desses segmentos do Estado. Esta possibilidade de determinar padrões distintos de atuação para cada setor do Estado tem efeitos positivos para o aumento da eficácia e eficiência do Aparelho de Estado como um todo.

**Quadro 2: Formas de Propriedade e de Administração dos segmentos propostos na Reforma de Estado**

	FORMA DE PROPRIEDADE			FORMA DE ADMINISTRAÇÃO	
	Estatal	Pública Não Estatal	Privada	Burocrática	Gerencial
<b>NÚCLEO ESTRATÉGICO</b> Legislativo, Judiciário, Presidência, Cúpula dos Ministérios, Ministério Público	X			X	X
<b>ATIVIDADES EXCLUSIVAS</b> Regulamentação Fiscalização, Fomento, Segurança Pública, Seguridade Social Básica	X				X
<b>SERVIÇOS NÃO-EXCLUSIVOS</b> Universidades, Hospitais, Centros de Pesquisa, Museus	Publicização	X			X
	—				
<b>PRODUÇÃO PARA O MERCADO</b> Empresas Estatais		Privatização	X		X
	—	—			

Fonte: Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado item 6.1 (1995)

Tal como colocado no Plano Diretor, a pedra angular do relacionamento entre o Núcleo Estratégico e os demais setores é um documento denominado Contrato de Gestão, que é um instrumento de compromisso mútuo entre as partes envolvidas. Desta forma, no que diz respeito ao Contrato de Gestão, caberia a cada setor do Aparelho de Estado:

**Quadro 3: Relação dos segmentos com os Contratos de Gestão**

Setor do Estado	Relação com o Contrato de Gestão
Núcleo Estratégico	Capacitar-se para definir e supervisionar os Contratos de Gestão com os demais setores do Estado.
Atividades Exclusivas	Transformação das autarquias e fundações que possuem poder de Estado em agências autônomas, administradas segundo

um Contrato de Gestão.	
Serviços Não-Exclusivos	Transformação das atuais fundações públicas em Organizações Sociais com autorização específica do Poder Legislativo para celebrar Contrato de Gestão com o Poder Executivo
Produção para o Mercado	Implantação de Contratos de Gestão nas empresas que não puderem ser privatizadas

Fonte: PDRAE-1995

Assim, do ponto de vista da Reforma, a contratualização aparece como a essência e o Contrato de Gestão como o instrumento na implementação e configuração de uma administração mais equilibrada e adaptada aos condicionantes das dimensões política, econômica e social.

Diversos autores apresentam pontos de vista divergentes dos idealizadores da reforma de Estado no Brasil. De acordo com Diniz (2001), a reforma do Estado, levada a efeito pelo governo Fernando Henrique Cardoso, revelou-se incapaz de realizar a ruptura preconizada por seus idealizadores, ficando muito aquém das metas estabelecidas e mostrando-se inócua para atacar, em sua complexidade, os problemas passados apontados, responsáveis pela crônica ineficácia da ação estatal.

Já Faleiros (2004) afirma que com ela buscou-se fazer do Aparelho de Estado uma “garantia da propriedade e dos contratos”, sendo seu papel “complementar ao mercado”. Essa complementaridade ao mercado se efetivaria “na coordenação da economia”, e paradoxalmente, na “redução das desigualdades”, como se o mercado pudesse contribuir para mais igualdade. O Estado deixaria, assim, de ser fundamental, pois o fundamento é mesmo o mercado. Caberia-lhe apenas um papel complementar.

Boaventura Santos (1999) critica o modelo da Administração pública gerencial como oposto a uma necessária “re-fundação democrática da administração pública”. Considera que propõe um “Estado-empresário”: que promove a concorrência entre os serviços públicos, centra-se em objetivos e resultados mais do que na obediência a regras, preocupa-se mais em obter do que em gastar recursos, transforma os cidadãos em consumidores e descentraliza o poder segundo mecanismos de mercado.

Para Costa (2000), sob o ponto de vista dos desenhos clássicos de Reforma Administrativa e das novas perspectivas difundidas internacionalmente, a agenda brasileira pareceu optar por uma matriz híbrida, reproduzindo a predominância de elementos do modelo organizacional clássico (denominado no Brasil de modelo burocrático ou da administração direta) com a introdução da contratualização.

Contudo, para Bresser Pereira (1997), a reforma do Estado representou um avanço, pois não subestimou os elementos patrimonialistas e clientelistas ainda existentes no Estado brasileiro, e, ao invés de se preocupar exclusivamente com eles, avançou na direção de uma administração mais autônoma e responsabilizada perante a sociedade. O seu pressuposto foi de que a melhor forma de combater o clientelismo e outras formas de captura do Estado era dar um passo adiante e tornar o Estado mais eficiente e moderno. A luta contra a corrupção e o desperdício não alcançaria êxito se houvesse a limitação de enrijecer a administração pública com controles e mais controles.

## **2.4 - As reformas no Setor Saúde**

Para Costa e al. (2001), a expressão reforma da saúde vem sendo utilizada para designar as iniciativas de inovação no modelo organizacional dos sistemas de saúde. A reforma tem sido definida como um processo de mudança contínuo e sistemático em diferentes áreas dos sistemas de saúde. Podemos identificar diferenças significativas nas reformas introduzidas nos anos setenta e oitenta e a nova agenda da década de noventa, baseada na flexibilização da administração pública e na contratualização. Ainda que a análise dos objetivos das reformas deva considerar a especificidade intrínseca do setor saúde é essencial fazer a ligação entre as mudanças e a crise do modelo burocrático administrativo para se possa obter maior rigor analítico na avaliação das mudanças implementadas.

Para estes autores, a primeira onda de reformas da saúde foi estimulada pelo imperativo macroeconômico de controle das despesas públicas neste setor. Nos últimos anos, as inovações tem tido subjacentes os incentivos à criação de um ambiente institucional favorável à melhoria da eficiência dos prestadores públicos ou privados.

As reformas no setor saúde nas décadas de 70 e 80 foram impulsionadas pela necessidade de controle das despesas nacionais. O controle do déficit público de gasto sanitário estava vinculado a exigências macroeconômicas, incorporando as premissas de menos Estado, privatização, e desregulamentação. O ajustamento macroeconômico foi

motivado pela forte pressão sobre as contas públicas das despesas com cuidados médicos, relacionadas principalmente com o crescimento das doenças crônicas e com o envelhecimento das populações. O aspecto demográfico foi ainda agravado pela melhoria do poder de compra individual e familiar, pela ampliação do acesso e da cobertura do seguro social, pela incorporação de tecnologia, pelo aumento do número de profissionais médicos e pela inflação dos preços do próprio setor (Costa e al. 2001).

Corroborando com o que foi dito acima, Silva (2003) afirma que em comum aos países ocidentais, tanto na Europa Ocidental quanto nas Américas, três questões de ordem estrutural estavam presentes com intensidade variável em cada situação nacional:

- A primeira delas envolvia as mudanças demográficas, especialmente aquelas decorrentes do envelhecimento da população e do declínio imediato ou futuro da população economicamente ativa, o que determinaria um aumento da demanda por serviços de maior complexidade e custo e tenderia a tornar cada vez mais problemática a capacidade de resposta dos serviços.
- A segunda decorria das dificuldades de equacionamento do financiamento e gasto públicos nos quadros de ajustes financeiros macroeconômicos que vinham determinando o corte e a redução da capacidade de intervenção estatal.
- A terceira questão era decorrente das significativas alterações nas tecnologias disponíveis na área de cuidados médicos (processos, equipamentos e fármacos), alterando o perfil de provisão dos serviços (oferta) com impactos fortes na criação de novas demandas e novas necessidades de financiamento.

Segundo Costa et al. (2001), a agenda de reformas dos sistemas de saúde nos anos 80 centrava-se numa mudança de paradigma da intervenção estatal em campo social e o elemento central era a implementação de políticas fundadas no conceito de demanda expressa segundo as preferências do consumidor e que levava em consideração a questão dos custos.

Para Saltman et al. (1997) apud Ana Escoval (2003), algumas medidas de curto prazo foram tomadas na Europa no setor Saúde como o controle de preços no setor, introdução do co-pagamento no consumo de serviços, redução do escopo do seguro social, a limitação do emprego no setor, restrição à incorporação tecnológica e entre outras.

Em médio prazo foram realizadas alterações no pagamento aos provedores por modificações nos valores relativos dos honorários médicos e nas formas de remuneração dos profissionais de saúde.

Em longo prazo se deu a redução no número de médicos e outros profissionais em formação e da disponibilidade de leitos hospitalares além do estímulo a medidas preventivas e de promoção da saúde, na esperança de reduzir no futuro a procura por cuidados de saúde mais complexos.

De acordo com Abel-Smith et al, (1994) apud Ana Escoval (2003), o efeito mais visível dessas medidas foi uma forte estabilização, mas não a redução das despesas em saúde. Houve mudança no modelo assistencial, pela redução de atendimentos hospitalares e pelo incentivo às modalidades assistenciais de cuidados primários. Esse conjunto de mudanças colocou na agenda da gestão pública que o setor Saúde deveria consumir uma parcela apropriada do Produto Interno Bruto. Os formuladores das reformas procuraram argumentar que o motivo principal para o descontrole dos gastos com o setor estava nas falhas das organizações públicas e do mercado, no excesso de oferta ou no aumento da procura por cuidados de saúde.

Para Silva (2003), a partir da segunda metade dos anos 80 e início dos anos 90, as reformas do setor Saúde tiveram como foco as variáveis de eficiência microeconômica para gerar incentivos à qualidade da atenção e à satisfação do usuário com custos menores.

Na década dos 90 a reforma do setor saúde assumiu um contexto bem característico. Uma série de fatores influenciou os governos nacionais no sentido de alterar o perfil das políticas públicas setoriais. Entre estes é possível destacar:

- O aumento do nível real de gasto setorial, com forte crescimento do gasto público, exigindo para isto, formas mais eficazes de controle governamental;
- A convicção entre os gestores públicos e privados de que o tipo de gasto realizado não otimizava o uso dos recursos existentes e disponíveis para o setor;
- A possibilidade de expansão do volume de gasto setorial real muito limitada diante tanto das pressões e dificuldades decorrentes dos distintos ajustes nas economias nacionais, quanto do volume já expressivo do gasto setorial em relação ao PIB;
- aumento expressivo da complexidade das condições de oferta e demanda dos serviços;
- problemas contínuos, nas condições de equidade no acesso aos serviços por parte dos usuários, especialmente os de menor renda, dependendo da situação nacional sob análise;

- problemas generalizados referentes às condições de escolha dos pacientes determinados pela característica comum dos provedores de serviço em se mostrarem pouco sensíveis aos direitos dos pacientes usuários e consumidores de serviços (Silva 2003).

Havia uma tendência convergente de orientação nas modificações das políticas públicas e privadas para o setor saúde:

“De um lado, países que centravam, de forma quase exclusiva, a organização de serviços nas regras de mercado passam a utilizar instrumentos de planejamento e de regulação, mais visíveis até então nas práticas administrativas do setor público. De outro lado, países com forte tradição de organização estatal dos serviços – ênfase em mecanismos de planejamento, avaliação e controle centralizados – passam a utilizar cada vez mais os instrumentos administrativos e gerenciais, que permitem a introdução de formas administradas de competição no interior do sistema de atenção à saúde, e mecanismos de regulação que diminuem as formas diretas de intervenção do setor público na operação dos serviços. (Silva, 2003 pág. 70)”.

Assim, como colocado por Ana Escoval (2003), a proposta de reformas na década de 90 tinha a perspectiva de separação entre as funções de financiamento e provisão de serviços. Isto significou mudança de ênfase na produção direta de serviços pelo Estado para a provisão em ambiente regulatório apropriado, com introdução de mecanismos competitivos que proporcionariam melhores respostas do mercado e das organizações não lucrativas e desencadeariam o estreitamento das relações entre consumidores, prestadores de serviços e níveis governamentais.

Para esta autora, o principal mecanismo que foi introduzido no âmbito das reformas dos sistemas de saúde foi a contratualização entre os vários atores, principalmente entre os pagadores e os prestadores. A contratualização permitiu a delegação de responsabilidades e deu aos gestores locais o poder para disporem dos recursos da melhor forma para servir a população.

Segundo Mills (1998) apud Ana Escoval (2003), a contratualização tende a melhorar o desempenho dos prestadores. Ela define em bases formais a separação entre financiamento e a provisão direta dos serviços incorporando a definição do volume de cuidados a fornecer, assim como indicadores de qualidade e desempenho.

De certa forma, para Ana Escoval (2003), as reformas desta década criaram novos papéis e relações para as agências e organizações públicas, estimulando a



provisão de serviços por mecanismos de contratualização e pelo *quasi-mercado*. O termo '*quasi-mercado*' é um neologismo criado e difundido por um grupo de autores ingleses - Legrand e Bartlet, 1993 - referindo-se a estruturas competitivas que emulam uma situação de mercado no interior do setor público. O termo '*quasi*', mais precisamente, é justificado pelos seus proponentes por três razões, tanto pelo lado da demanda, quanto pelo lado da oferta. Pelo lado da oferta, há competição entre provedores de serviços, mas as entidades que participam desse mercado não são maximizadoras de lucro, nem são necessariamente privadas. Pelo lado da demanda, em um *quasi-mercado*, o poder de compra não é monetizado. Ele toma a forma de orçamentos 'carimbados' (e que têm por definição um teto), sujeitos ao encontro de contas posteriormente, ou são *vouchers* só conversíveis em certos produtos específicos, ou está centralizado em uma agência governamental centralizada. Ademais, na maioria dos casos, a decisão de compra não está na mão do usuário ou consumidor final, mas em um segundo ator (GPs *fundholders*, *care managers*, DHAs etc.) ao qual se delega essa decisão.

Como exemplo disto, a autora cita as mudanças no Sistema Nacional de Saúde inglês que foram condicionadas pela iniciativa de criação do mercado interno para a provisão dos serviços de saúde. Alguns pontos chave podem ser destacados como: reconfiguração das instituições públicas (hospitais), previamente financiadas por orçamentos globais, para atuarem como empresa pública autônomas, o pagamento dos generalistas, através de mecanismo que tentam inter-relacionar reembolso e *performance* mediante contratos e a possibilidade de desenvolvimento de mecanismo de compras pelas autoridades sanitárias.

A proposta Mercado Interno apresenta como principal objetivo a separação entre responsabilidades: de um lado, o financiamento, direção e controle integral do sistema sanitário e, de outro, a prestação do serviço.

Em resumo, ocorreria a separação entre financiamento e provisão, esta última mediada por contratos entre compradores e prestadores. Ele adota como eixo central o recurso à competição para a seleção dos prestadores que conseguem fornecer determinado pacote de serviços com melhor relação qualidade/preço. A melhor oferta pode ser comprada de um serviço público, de um serviço privado, lucrativo ou não, ou ainda de empresas pertencentes ao setor terciário (Ana Escoval 2003).

Os objetivos dessa proposta de reforma constituem-se naqueles tradicionalmente associados à privatização: obter maior eficiência técnica e alocativa,

isto é, minimização dos custos de produção para determinadas quantidades de bens/serviços; e produção de pacotes quantitativa e qualitativamente mais adequados à livre escolha do consumidor (Ana Escoval 2003).

Para Tanaka e Oliveira (2007), a essência do conceito de Mercado Interno está na distinção entre o papel do prestador da assistência médica e o comprador de serviços, mas ambas as atividades continuam a ser desenvolvidas no âmbito público, ainda que por atores diversos; estabelece-se uma situação em que partes se envolvem em relação de troca. Partia-se do princípio de que o recurso financeiro seguiria o cliente/usuário. É importante realçar que a proposta de “mercado interno” não significava um mercado livre, pois se mantinham preservados os níveis técnicos no processo de decisão e de definição da oferta de serviços dentro do *National Health System* (NHS).

Este mecanismo desencadearia forças concorrenciais através dos quais os usuários/clientes - isto é, as autoridades sanitárias e não os pacientes, ao buscarem comprar prestações médicas específicas, de determinada qualidade e menor preço, induziriam os prestadores a competir entre si em termos de preço e qualidade, com a finalidade de manter ou aumentar sua cota de mercado. A diferença central com o modelo público anterior é a perda da garantia do recurso orçamentário anual que prescindiria da capacidade do serviço de atrair pacientes – e a necessidade de “correr atrás” das exigências dos compradores para obtenção de tais recursos para seu funcionamento (Tanaka e Oliveira, 2007).

O mercado interno pressupõe autonomia de ambas as partes envolvidas: autonomia em relação ao uso dos fatores de produção e escolha do elenco de produtos a serem oferecidos pelo hospital; e liberdade de escolha da autoridade sanitária sobre o que quer comprar e de quem (Tanaka e Oliveira 2007).

Pretende-se assim conseguir quatro efeitos principais: redução da ineficiência técnica; introdução dos princípios de economia de escala nos serviços sanitários; redução dos preços dos fatores de produção; melhor qualidade na atenção e maior possibilidade de escolha e de satisfação da demanda. A aposta seria que a simples e pura ameaça de concorrência induzam os hospitais públicos a considerarem com maior atenção questões de qualidade e preço, uma vez que a importância crucial reside na liberdade de acesso e saída do mercado (Tanaka e Oliveira 2007).

Assim, para estes autores, o quadro de referência do modelo de mercado interno parece ser o da teoria econômica neoclássica, fundada na troca bilateral entre fornecedores e consumidores. Entretanto, se de um lado, obriga os prestadores a assumir

atitude competitiva, ao mesmo tempo em que reduz o poder dos médicos e aumenta o dos *managers*, por outro lado comporta a subtração do papel de consumidor do paciente, que vem a ser atribuído a uma autoridade sanitária, salvaguardando-se assim, os tetos de gasto.

Segundo Ham (1998) apud Ana Escoval (2003), os principais instrumentos das políticas reformistas que visavam à configuração de um modelo contratual para os sistemas de saúde foram:

- A introdução de mecanismos similares aos de mercado em muitos sistemas de saúde. A orientação para o mercado levou à separação de responsabilidades entre financiadores e prestadores criando a base para um modelo contratual;
- Fortalecimento da gestão dos serviços de saúde para reduzir as variações de desempenho e introduzir uma forte orientação para o cliente. Esta última proposta visou oferecer ao usuário maior poder de escolha e melhorar o acesso, reduzir as listas de espera e incrementar a qualidade na prestação; houve uma tentativa de melhoria nos sistemas de informação;
- Uso de incentivos orçamentários como um meio de aperfeiçoamento do desempenho. Esta inovação surgiu do reconhecimento de que o orçamento prospectivo global, embora tenha sido eficaz na contenção de despesas, pouco ofereceu em incentivos para que as organizações sanitárias tivessem responsabilidade em relação à satisfação dos usuários; as reformas exploraram as possibilidades de combinação entre sistemas de pagamento com melhoria de desempenho.

Para Bresser Pereira & Pacheco (2006), a criação do mercado interno e do *quasi-mercado* nos Sistemas Nacionais de Saúde tem sido a mais importante mudança organizacional e cultural desde a criação do modelo inglês no final da década de quarenta. Neste ambiente, os contratos tornaram-se o principal instrumento de coordenação de mudanças, gerando um complexo sistema de contratualização e credenciamento de prestadores. A prática da contratualização criou novo conjunto de valores e a mudança de cultura das organizações na gestão pública - a cultura da competição, da negociação contratual, do planejamento estratégico e do marketing.

Para estes autores, a dificuldade de se pensar o caráter da reforma no setor saúde está atrelada a cultura ou crença no caráter estratégico dos atores intervenientes do sistema. Estes sempre devem ser levados em conta em todo o processo de desenvolvimento de estratégias para o setor. A existência de uma sub-cultura de caráter normativo, burocrático e autoritário é desafiadora, pois tende a conceber um sistema de

saúde calcado numa gestão de comando e controle, com organização rígida, conservadora, estática e defensiva a novos desafios, frustrando sistematicamente todas as expectativas de mudança na estrutura do sistema. Pior ainda seria a sub-cultura beneficiária da ausência de responsabilização, que opera segundo critérios táticos de oportunidade e adota a linguagem da burocracia capturada de interesses particulares configurando uma assombrosa trama de resistência ao desenvolvimento e discussão de novos arranjos organizacionais.

Para Ana Escoval (2003), no setor saúde, a contratualização pretende que os serviços sejam prestados para garantir o benefício público no uso dos recursos. De acordo com os critérios estabelecidos, priorizando áreas mais desfavorecidas e grupos com maior vulnerabilidade, a contratualização pode repor algum grau de equidade.

## CAPÍTULO 3

---

### **A contratualização: Um novo arranjo para as relações do Estado**

“O homem superior atribui a culpa a si próprio; o homem comum aos outros.”

Confúcio

#### **3.1 - A contratualização**

De acordo com Liszt Vieira (2001), na atualidade, o cenário mundial vem trazendo novos desafios às sociedades e aos Estados nacionais. A nova ordem econômica modificou o papel do Estado na medida em que alterou radicalmente a ênfase da ação governamental, que agora é dirigida quase exclusivamente para tornar possível às economias nacionais desenvolver e sustentarem condições estruturais de competitividade em escala global.

Conforme este autor, os modelos societários que tinham como compromisso o fortalecimento das forças populares e democráticas atingiram seus limites históricos, esgotando os temas sobre os quais se sustentavam (*Welfare State*, a construção do socialismo, a afirmação das nações modernizadas do Terceiro Mundo). Neste contexto, prevaleceu a lógica unilateral do capital, com políticas de redução das despesas públicas sociais, abrandamento do sistema fiscal, juros elevados, desregulamentações, privatizações, esvaziamento das práticas de pleno emprego e outros. A globalização acentuou as interseções entre as forças nacionais e transnacionais, relativizando as relações soberania e cidadania, nacionalidade e territorialidade e questionando o papel do Estado como ator central no sistema internacional.

Essas questões do mundo contemporâneo acabaram revalorizando os debates sobre o Estado nacional e seu território, já que, tradicionalmente, o primeiro era concebido como a única fonte de poder, regulador e ordenador do território nacional e o principal gerador e portador da cultura e identidades nacionais, enquanto o segundo era a sua base material, seu espaço de controle (Liszt Vieira 2001).

Azevedo (1998) destaca que, os processos de reforma do Estado, hoje tão em voga nas discussões mundiais, não envolvem ou focam apenas questões relativas ao próprio Estado, mas também abrem múltiplas possibilidades de ação.

A transferência - ou por convicção/ideologia, ou por falta de recursos - de atribuições e atividades dos governos nacionais para as diversas formas de governo local estimula o debate sobre o arranjo da moderna gestão pública.

Este autor coloca que:

“O Estado contemporâneo é formado por um mosaico de instituições diferenciadas quanto a objetivos, capacidade técnica, valores, paradigmas, formatos institucionais e graus de interlocução e interação bastante díspares em relação aos diversos atores sociais. Do mesmo jeito, as normas jurídicas e as políticas regulatórias que balizam a atuação dos distintos órgãos e agências públicas - além de não apresentarem coerência entre si necessariamente - apresentam, tanto para o setor público encarregado de implementá-las quanto para o público-alvo, significado simbólico e capacidade mandatária (legitimidade) diferenciadas para cada país e, por vezes, mesmo para os diferentes governos subnacionais” (Azevedo 1998 p:1).

Para Osborne e Gaebler (1995), atualmente, embora variando em função das características locais, há uma tendência de diminuição da participação direta do Estado como produtor direto de bens e serviços e o aumento das atividades referentes ao incentivo e orientação dos investimentos do setor privado em áreas consideradas pelo Setor Público como estratégicas ou prioritárias, bem como o incremento das atividades de regulação e de parcerias com diferentes atores da sociedade civil. Esta tendência não significa que o Estado deixou de ser um instrumento político relevante, mas requer, entretanto, uma rediscussão do seu novo papel e de seus arranjos institucionais.

Ainda segundo estes autores, no ideário neoliberal, a partir dos anos 70, em decorrência do seu crescimento distorcido e ao processo de globalização, o Estado entrou em profunda crise e se transformou na principal causa da redução das taxas de crescimento econômico, da elevação das taxas de desemprego e do aumento da taxa de inflação.

A modernização do Estado, sua reforma ou reconstrução foram estratégias perseguidas pelos diferentes governos a partir das orientações dos organismos internacionais (Banco Mundial, Fundo Monetário Internacional entre outros), cujas diretrizes recomendaram que a reforma do Estado fosse orientada para o mercado,

exigindo o abandono de instrumentos de controle político e a restrição na alocação de recursos públicos, principalmente na área social. (Costa 1998).

Estabelecer um ordenamento jurídico básico, manter um conjunto de políticas macroeconômicas, investir em serviços sociais básicos e infra-estrutura, proteger os grupos vulneráveis e defender o meio ambiente constituíram-se nas funções precípua do Estado, delineadas nos projetos de reforma sob orientação do Banco Mundial. Mesmo considerando seu papel fundamental para o processo de desenvolvimento econômico e social, ao Estado não compete mais assumir a função de agente direto do crescimento, mas apenas a de sócio, elemento catalisador e impulsionador desse processo (Banco Mundial, 1997).

Para Przeworski (1996), o objetivo de reformar o Estado seria a construção de instituições que pudessem dar poder ao aparelho de Estado para fazer o que deveria fazer e o impedisse de fazer o que não deveria fazer.

De acordo com Cardoso (2005) a reforma do Estado não significa o seu desmantelamento. Ela jamais pode significar um processo de desorganização do sistema administrativo e do sistema político de decisão. Também, muito menos levar à diminuição de sua capacidade regulatória ou a diminuição de seu poder de alavancar processos de mudança, definindo qual rumo o Estado deveria seguir. As crises que vem ocorrendo no mundo mostram as distinções entre os conceitos de Estado e governo: as crises normalmente paralisam o governo, mas o Estado e suas instituições continuam funcionando, o que demonstra a necessidade de um Estado forte e dotado de legitimidade política para fazer frente a eventuais cenários de crises.

Nas palavras de Bresser Pereira e Pacheco (2006 pág. 151),

“O Estado é, por excelência, o instrumento da ação coletiva da sociedade, e devido a isto, uma instituição fundamental para o desenvolvimento de uma nação. Ele é um instrumento positivo na medida em que estimula o investimento em capital físico e humano e o progresso técnico e científico, todavia pode ser também um empecilho ao permitir que suas instituições estabeleçam privilégios e favoreçam a captura do patrimônio público por interesses particulares”.

Para estes autores, existe na atualidade um elemento muito claro que obriga as burocracias dos Estados nacionais a se tornarem competentes, eficientes e capazes: a competição entre países. O risco permanente é o de perder mercado. Se o custo do aparelho do Estado for excessivo, isso pesará em cima das empresas e o país perderá terreno na competição global. Portanto, esse é um desafio fundamental e, diante dele, é

claro que a nova gestão pública, com as idéias de autonomia e de responsabilidade para os gestores, é uma forma muito mais adequada de resposta.

Uma questão primordial para qualquer governo atualmente é o de realizar uma reforma de Estado que, ao introduzir uma mudança de gestão crie condições para a implementação de um modelo de desenvolvimento econômico – social pautado nos valores consolidados de um regime democrático (Santos 2000).

Segundo Bresser Pereira e Pacheco (2006), um Estado forte e democrático deve reunir um conjunto de características políticas, financeiras e organizacionais. Do ponto de vista político, este se baseia num sistema constitucional-legal dotado de legitimidade e efetividade. Suas instituições devem ser democráticas; permitem eleger governos com legitimidade política. Do ponto de vista financeiro, é um Estado fiscal e monetariamente forte, com suas finanças assentadas em equilíbrio fiscal, dotado de moeda forte. Do ponto de vista organizacional, o conceito de Estado forte remete a uma estrutura administrativa e a um serviço público fortes.

Segundo Trosa (2001), o debate de pró-Estado versus anti-Estado tende a ser tornar obsoleto. Torna-se muito difícil à defesa por um Estado paternalista que pensa conhecer as necessidades dos cidadãos melhor do que eles próprios, assim como se torna muito difícil a defesa de Estado liberal mínimo, simples executor da vontade do governo.

Para a autora, é necessário um Estado que não se impõe baseado na negociação, que não é submisso, um Estado mediador de pontos de vista e interesses, por vezes, divergentes - o Estado contratual.

Conforme Drucker (1994), o megaestado que foi construído no século XX está falido, moral e financeiramente. Ao analisar a falência do megaestado, Drucker afirma que o seu sucessor não pode ser um governo “pequeno”. O dilema não reside no tamanho do Estado, mas na questão ineficácia – eficácia.

Para Melo (1996), as diversas concepções econômicas sobre o papel e a amplitude do Estado em sua relação com a sociedade e com o mercado influenciaram na proposição de diferentes modelos de Administração Pública repercutindo no funcionamento das instituições públicas. Desta forma, as transformações na Administração Pública se originaram mais da necessidade de enfrentamento de profundas mudanças econômicas, sociais e tecnológicas do que de ideologias.

Dentre essas mudanças, tem destaque o processo de globalização, a maior exigência dos cidadãos na qualidade e quantidade de prestação de serviços, a



concorrência e ampla participação de grupos organizados e da própria sociedade civil, a crescente necessidade de transparência e de prestação de contas e a falência das tradicionais relações hierárquicas no *modus operandi* da Administração Pública (Melo 1996).

Para Marini (2003a), a gestão pública contemporânea, a partir da discussão de âmbito mundial que se convencionou denominar de Nova Gestão Pública (NPM) coloca em questão uma nova perspectiva de relacionamento do Estado: a Contratualização.

O autor coloca que a proposta da Nova Gestão Pública, na qualidade de movimento e discussão acadêmica e profissional sobre transformações nos Estados nas décadas de 80 e 90, apareceu fortemente imbuída da visão neoinstitucionalista e propunha processos de ajuste nos arranjos organizativos estatais de sorte a reduzir seu tamanho e aplicar tecnologias gerenciais adotadas no setor privado. A “nova gestão pública” seguiu caminhos diversos, resultando em concepções mais radicais que previam a drástica redução do Estado e a aplicação maciça de tecnologia gerencial privada no setor público (casos da Nova Zelândia, Austrália, Grã Bretanha e Estados Unidos) e concepções mais conciliadoras que visavam a construção de uma burocracia governamental menos ortodoxa (rígida, procedimental e insulada) e mais flexível, orientada para resultados, focada no cidadão e sujeita a crescente controle social (casos da Suécia e Grã Bretanha, dentre outros).

A contratualização é apontada como uma das estratégias principais da Nova Gestão Pública (*New Public Management*), dentre as que mais promoveram mudanças significativas na qualidade dos serviços públicos (Jann & Reichard, 2002).

Para Santos (2000), a idéia de administração por contratos ou contratualização é utilizada para referir as características de gestão do setor público resultantes do desenvolvimento de novos relacionamentos no seu interior. Esta se baseia na idéia nuclear de quebrar a hierarquia como modelo de coordenação e controle típicos do setor público e estabelecer um relacionamento mais livre através da delegação do centro para uma subsidiária ou uma organização autônoma do setor público ou do setor privado através de um contrato. O elemento essencial no modelo de coordenação por contratos consiste na divisão da responsabilidade pelo fornecimento e no fornecimento em si mesmo. Numa relação contratual o governo retém a responsabilidade de financiar o serviço ou o produto, mas delega a autoridade da produção/fornecimento a outro ente. Este modelo baseia-se na teoria do principal-agente na qual o governo como principal

deve formular um contrato que induza o contratado, como agente, a ter um comportamento de acordo com os desejos do governo.

De acordo com este autor, o governo decide o que quer, formula um contrato em que define os objetivos, e procura alguém que se comprometa a realizar esses objetivos ao mais baixo custo. Este é um mecanismo pelo qual os governos procuram beneficiar da eficiência inerente ao mercado. E é esta divisão que origina uma quebra nos princípios organizacionais da hierarquia ou da integração vertical, típico do setor público, para uma estrutura de fornecimento de serviços baseada em relações contratuais. A separação entre comprador e fornecedor de serviços e a utilização de contratos ou quase-contratos para coordenar as atividades de fornecimento de bens e serviços introduz uma nova forma de coordenação.

O contrato não só reflete um processo de alocação de recursos baseado em indicadores e medidas de desempenho como também conduz à reformulação das relações dentro da hierarquia do setor público. Um dos efeitos desta mudança consiste na substituição de um único fornecedor por uma pluralidade possível de fornecedores. O governo passa a ser o núcleo de uma constelação de organizações responsáveis pelo fornecimento de serviços públicos e que se relacionam numa base contratual (Santos 2000).

Baseado na idéia de concessão de maior flexibilidade executiva e gerencial para as organizações, a contratualização surge como um processo essencial para o alcance de eficiência, eficácia e efetividade no setor público. Para isto, a forma prioritária de evitar a autonomia sem responsabilização seria a fixação de metas de desempenho através de instrumentos contratuais, firmados entre as instâncias regionais /organizações e o nível central. Nesse contexto, tem-se colocado como alternativa capaz de mitigar a obrigação de sujeição das instituições aos requisitos organizacionais de uma estrutura administrativa hierárquica clássica (Santos 2000).

Para Marini (2003a), colocado nesta perspectiva, o objetivo da reforma do Estado seria o de produzir bons contratos, ao se aperfeiçoar as relações contratuais entre as partes. Dado o risco de aumento dos custos de transação, porque aumenta a possibilidade de ocorrência de seleção adversa (baixo padrão produtivo, risco moral auto-orientação), prescreve-se para os diferentes atores, o estabelecimento de incentivos, visando ao aumento da eficiência dos agentes, que precisam ser enquadrados numa estrutura de incentivos e, também de prestação de contas e verificação de resultados. Por isto, para este autor, a introdução dos contratos não seria uma simples

substituição de uma estrutura de gestão por outra. No seu entendimento, a contratualização não se confinaria a mudar linhas hierárquicas de comando e substituí-las por contratos.

A introdução de contratos tem implicações importantes na forma como o governo funciona e como se articula com as outras organizações. Há um deslocamento das considerações políticas para uma abordagem mais gerencial que consiste em assegurar o fornecimento eficiente dos serviços públicos (Marini 2003a).

Para Araújo (2000), a administração por contratos transforma o governo num comprador altamente qualificado, utilizando os vários produtores de forma a alcançar os objetivos políticos. Isto é uma forma sutil de re-introduzir a dicotomia política-administração, e, portanto reduzir a parte operativa do governo.

Para este autor, a especificação daquilo que os serviços públicos devem fazer não é só uma mudança na gestão, também implica uma mudança na forma como as decisões de política são tomadas. A contratualização implica saber o que comprar (a especificação do produto ou serviço), a quem comprar (a existência de oferta), como comprar (a escolha entre um preço fixo ou o custo mais o lucro ou uma solução intermédia), a duração do contrato e a frequência de contratação, o sistema de fiscalização e cumprimento do contrato.

Naturalmente que os contratos são fáceis de elaborar quando é fácil especificar qual é a atividade ou tarefa a contratar, como vai ser avaliada e o que é considerado bom desempenho. A concorrência será mais provável quando existe um mercado no setor privado. Estas condições verificam-se com maior frequência nos serviços de apoio e auxiliares do setor público e em áreas operativas. E é nestas atividades que os princípios de contratualização são mais utilizados (Araújo 2000).

Ainda segundo o mesmo autor, o principal argumento a favor dos contratualização, no entanto, pode tender ao resumo de questões de carácter económico e de saber escolher entre produzir os bens e serviços internamente ou comprá-los no mercado. Mas há considerações nesta decisão que não são meramente económicas. Assumir que qualquer atividade ou tarefa executada por entidades públicas pode ou deve ser objeto de formas contratuais é uma abordagem mercantil e redutora das atividades dos governos. A natureza de muitos serviços públicos, os seus objetivos e a forma como são fornecidos apresentam características que tornam difícil, senão impossível, a sua delimitação e a redação sob a forma de um contrato. Por vezes é difícil definir exatamente a tarefa ou serviço a fornecer ou é difícil controlar os resultados em

termos quantitativos e qualitativos. Por exemplo, é difícil, senão impossível, escrever um contrato tecnicamente completo em áreas como a saúde, serviços sociais ou educação.

Para Walsh (1995) apud Araújo (2000), os contratos requerem uma especificação clara do trabalho a executar e os mecanismos de controle do trabalho já executado, o que nem sempre é fácil. Alterações no fornecimento devem ser objeto de negociação ou de nova contratação, o que retira flexibilidade deste instrumento. De acordo com Williamson (1975) em determinadas ocasiões, a incerteza é elevada, as transações variam ou o acesso à informação é limitado, devendo, portanto, os contratos serem substituídos pelo controle hierárquico.

Ainda para Araújo (2000), o problema central numa relação contratual é a assimetria da informação entre o comprador e o fornecedor. Nesta relação o comprador tem, por vezes, menos informação sobre a tecnologia e as condições de produção do que o fornecedor, principalmente quando se trata de tarefas complexas. Nestas circunstâncias o fornecedor parte de uma situação de vantagem, podendo, portanto obter benefícios acima daquele obteria numa situação de igual acesso à informação.

Sob a ótica privada, a manutenção de uma concorrência genuína e a rivalidade nos contratos não é fácil, principalmente para evitar a associação de empresas privadas, a colusão nos concursos e a possível corrupção na escolha de propostas. Por outro lado, sob a ótica pública, para muitos serviços, especialmente os serviços sociais, não há verdadeiros mercados, essencialmente pela inexistência adequada de oferta. E tal como a teoria econômica já demonstrou a ausência de competitividade num mercado limita o benefício econômico, logo o benefício que a contratualização poderia proporcionar (Araújo 2000).

De acordo com Abrucio (1996), o estabelecimento de relações contratuais parte de três pressupostos. O primeiro reflete situações de escassez de recursos, onde a melhor forma de aumentar a qualidade seria a introdução de relações contratuais de competição e controle *a posteriori*. O segundo defende que a forma contratual evitaria as situações de monopólio. Por fim, poderia existir maior possibilidade de avaliação e controle por parte da sociedade.

Para ele, a reforma gerencial da administração pública, ao introduzir modificações substanciais nas formas de controle dos serviços públicos, iria propiciar maior transparência às decisões administrativas e contribuir para o aumento da responsabilização dos administradores públicos.

De acordo com Martins (2005), a orientação finalística da contratualização, reitera que um sistema de gestão dos recursos públicos deve estar voltado a suprir as ações governamentais com insumos necessários à geração das finalidades negociadas previamente; ao invés das ações e fins terem de se conformar ao modo pelo qual os meios são geridos. Para isto, a contratualização pressupõe que o estabelecimento de resultados desejados é necessário e seu alcance pode ser, em alguma extensão, programado, induzido e controlado.

Os resultados a serem alcançados devem ser negociados entre os formuladores das políticas públicas e a instituição encarregada de implementá-la. Neste sentido, a identificação precisa dos objetivos e metas a serem alcançados, assim como dos responsáveis pelo seu alcance em todos os níveis da organização, justificaria a celebração de contratos de gestão. O controle de resultados seria muito mais propício à construção de mecanismos de responsabilização do que controle de processos. Assim a contratualização, através de seus instrumentos e congêneres, visa, em essência, estabelecer uma amarração entre metas finalísticas, meios, controles e incentivos (Martins 2005).

A contratualização foi apontada por Majone (1999) como uma das características do Estado regulador, que vem substituindo o Estado positivo ou intervencionista.

Problemas de regulação são abordados na literatura econômica de acordo com três aspectos principais no que se refere a grandes setores industriais (Laffont & Tirole, 1993 apud Ribeiro 2001). Estes podem ser resumidos em restrições de caráter informacional, de caráter transacional e de caráter administrativo e político.

Para Pereira Filho (2004), as restrições de caráter informacional têm especial relevância para mercados relacionados a bens e serviços de saúde e os dois tipos mais comuns são: o risco moral (*moral hazard*) e seleção adversa (*adverse selection*). Na ausência de regulação através de políticas, o mercado de saúde conduz a um excesso de oferta em razão da assimetria de informação e do risco moral. Segundo este raciocínio, na teoria econômica convencional a informação seria condição *sine qua non* para o equilíbrio entre oferta e demanda em condições concorrenciais. Desta forma ela resultaria no estabelecimento justo de preços de bens e serviços. Contudo, no setor Saúde existe grande assimetria neste processo. Primeiro pelo fato de o indivíduo não procurar o mercado em saúde por livre e espontânea vontade, mas sim por necessidade, isto é, por circunstâncias alheias ao seu desejo. Segundo, ao ingressar num serviço de

saúde, o indivíduo não sabe que tipo de intervenção irá sofrer, ou que tipo de exame e medicamento irá consumir. Ele faz uma *escolha às cegas*. A informação é totalmente dominada pelo profissional médico, o qual estabelece o preço do serviço.

Portanto, destituído de informação sobre o preço, quantidade e natureza do serviço a ser consumido, ele encontra-se a mercê do poder do profissional e das instituições de saúde. A seleção adversa se expressa de modo intenso no jogo regulatório quando empresas controlam o fluxo das informações e orientam os reguladores em direções de seu interesse ou os sobrecarregam com excesso de informações de processamento difícil.

O problema do risco moral pode aparecer tanto do lado da demanda, no crescimento da cobertura quando os pacientes não arcam com o total dos custos marginais do excesso de utilização, quanto na oferta, no incentivo ao excesso de oferta de serviços médicos quando um terceiro agente é responsável pelo pagamento da maioria dos serviços.

De acordo com Laffont & Tirole, (1993) apud Ribeiro (2001), as restrições de características transacionais dizem respeito à natureza dos contratos e crescem à medida que os fatores passíveis de intervirem na relação contratual sejam pouco previsíveis e de formulação difícil. Desta forma o impacto dos custos transacionais é mais intenso em setores de elevada densidade tecnológica.

As restrições de caráter administrativo e político envolvem aspectos institucionais do jogo regulatório. Os mesmos autores destacam elementos como a limitação do escopo da regulação (que afasta setores e indústrias correlatas ou associadas às empresas controladas); limitação no uso de instrumentos; limitação no horizonte de tempo; aspectos vinculados aos procedimentos (como modo de coletar informações ou empresas). As restrições políticas são evidentes e dizem respeito ao sistema político de cada país e aos interesses específicos de políticos em determinado setor regulado da economia.

Para Martins (2005), através de arranjos contratuais ou quase-contratuais, entidades públicas (estatais ou não estatais), organizações sem fins lucrativos ou mesmo prestadores de serviço privados vêm se submetendo a novas formas de controle e responsabilização perante as entidades responsáveis pela formulação das políticas públicas.

Para Trosa (2001), a contratualização seria uma das maiores inovações institucionais geradas no âmbito das reformas do aparelho do Estado nas últimas décadas. Ela enfrentaria, simultaneamente, os dilemas do esgotamento do paradigma

clássico da administração, e os imperativos de novas formas de controle sobre o gasto e sobre o desempenho das organizações públicas.

Os pressupostos centrais da contratualização (Ostrom, 1999 apud Ana Escoval 2003), indicam duas características importantes:

- A contratualização é uma luta contra o acaso: o estabelecimento de resultados desejados é necessário e seu alcance pode ser, em alguma extensão, programado, induzido e controlado.
- A racionalidade é limitada, mas pode ser maximizada até um ponto satisfatório. Daí decorre a necessidade de criação de estruturas (um conjunto de regras e incentivos) que enquadre os atores, modele seus comportamentos, na direção dos resultados visados, impedindo que os atores busquem maximizar seus interesses próprios.

Para Martins (2000), a sobrevivência das organizações na atualidade é cada vez mais dependente da sua capacidade e autonomia gerencial (normativa e operacional, para definir suas regras e operar seus sistemas de gestão) para construir um modelo de gestão (conjunto das regras operacionais, incluindo-se estrutura organizacional e mecanismos de incentivos ao alcance dos resultados propostos) apto a responder a um cenário de complexidade e instabilidade cada vez maiores.

O autor ainda afirma que, os modelos de gestão mecanicistas não são responsivos no contexto contemporâneo dado a sua natureza complexa, exceto em condições muito especiais cada vez mais raras. Um grande desafio das organizações contemporâneas é transpor a barreira entre modelos de gestão mais mecanicistas e outros mais estratégicos. O grande atrativo do modelo orgânico-estratégico é sua configuração flexível, necessária em um mundo em contínua mudança e que está presente nas novas matrizes e tendências que hoje norteiam as inovações nas organizações.

Ainda segundo ele, as organizações estatais também estão sujeitas a esta mesma dinâmica, na medida em que, a oferta e demanda de bens públicos se torna mais competitiva e diferenciada. O novo contexto atual é caracterizado por uma multiplicidade de atores e modelos de gestão envolvidos na produção de bens públicos. O Estado não detém mais o monopólio da oferta de bens públicos. Observa-se hoje a emergência de um mercado de bens públicos, enquanto arena na qual coexistem diferentes ofertantes e demandantes e uma crescente competitividade entre os atores sociais organizados, o Estado e os investidores privados. A extensão na qual um ou

outro ator se legitima como provedor de bens públicos é cada vez mais resultado da satisfação, qualidade e efetividade na satisfação das demandas da sociedade.

Para Santos (2000), a contratualização na Administração pública é um processo de ajuste de condições específicas no relacionamento entre órgãos e entidades públicas e privadas, que envolve a pactuação de metas de desempenho para o exercício da atividade pública, orientadas ao alcance dos objetivos das políticas públicas. Na maioria dos casos, a contratualização vem proporcionar flexibilidade e autonomia de gestão que simplificam processos internos das instituições partícipes.

Podem existir situações diferenciadas de contratualização formalizadas por meio de acordos ou ajustes de desempenho, termos de compromisso, contratos de gestão e outros, com o propósito de ampliar a capacidade do governo de implantar políticas públicas setoriais orientadas para o atendimento às demandas e prioridades da sociedade observadas a eficácia, eficiência e a efetividade da ação pública. De acordo com Martins (2000 pág.4):

“Tornou-se lugar comum no contexto atual, situações nas quais o Estado deixa de atuar como provedor legal (por disposição constitucional, por exemplo) e legítimo (na medida em que se inspira em valores socialmente aceitos tais como universalidade) de bens públicos puros de alta relevância (saúde, educação, segurança etc.) em virtude da obsolescência de seu modelo gerencial, abrindo espaço não apenas para formas legítimas de competição junto ao setor privado e terceiro setor (embora os limites da exclusão sejam tênues), mas abrindo perigosos flancos na própria noção de soberania. Os guetos, as favelas, são hiatos de Estado, onde a ordem econômica, social e civil já foi subtraída pelos poderes paralelos do crime e da corrupção. O Estado compete, neste sentido, com sua própria ineficiência em proporcionar condições para o desenvolvimento de modelos de gestão mais efetivos, mais alinhados com a complexidade do contexto onde atua e do qual faz parte.”

Ainda para este autor, este fenômeno coloca a urgência na revisão das regras de gestão das organizações estatais brasileiras para que estas possam construir e operar modelos de gestão mais orgânicos, mais adequados à complexidade do contexto (competitivo) onde estão inseridas. Essas organizações públicas têm a premência de alcançar crescentes níveis de autonomia gerencial a fim de responderem de forma mais efetiva às demandas externas nos seus respectivos escopos de atuação.

Todavia, a autonomia das organizações estatais não pode ser irrestrita e necessita de regulação (pelo Governo e pelo sistema político) e possuir inserção social



(orientada para os interesses do cidadão), de tal forma que se evitem disfunções burocráticas causadas por ausência ou precariedade desses dois fatores, tais como captura por interesses ilegítimos, predação fisiológica, insulamento burocrático, auto-orientação etc. (Martins 2000).

Para ele, a posição do autor clássico Max Weber (1971) em seu livro “*Os fundamentos da organização burocrática: uma construção do tipo ideal*” é clara quando põe em destaque a necessidade de controle político sobre a burocracia, pelo perigo que representa a crescente autonomia de sistemas burocráticos em definir e implementar políticas, sobrepondo seus interesses aos de outras arenas envolvidas no jogo político.

Conforme Santos (2000), a burocracia pública compete por autonomia e esta autonomia, se não é regulada pelo sistema político (regulação política dos representantes, das comissões, dos aparatos de controle interno e externo) ou pelo sistema social (inserção, controle social, opinião pública, acesso e permeabilidade ao cidadão) é pouco confiável, pois corre o risco de ser revertida na prevalência de interesses burocráticos ou de segmentos específicos, levando a situações de insulamento e predação. Desenvolver recursos institucionais de inserção e regulação política se torna fundamental para a minimização do problema da autonomia na administração pública.

Pacheco (2004) afirma que em contextos complexos, que exigem crescente capacidade de resposta, a autonomia das organizações estatais necessita ser expandida e, ao mesmo tempo regulada e inserida. A questão-chave repousa no desenvolvimento de mecanismos de expansão da autonomia em bases reguladas e inseridas. A contratualização se propõe como um exemplo destes instrumentos, na medida em que amplia a autonomia de gestão e estabelece mecanismos de controle finalísticos e controle social.

Esta autora coloca ainda que a ampliação da autonomia gerencial das organizações estatais é um pressuposto essencial, e ultimamente, há um maior reconhecimento por autoridades e dirigentes deste fato. O desenvolvimento de mecanismos de regulação política e inserção social, com a finalidade de tornar as organizações mais eficientes (economia de recursos), efetivas (satisfação dos cidadãos) e responsáveis, é uma peça-chave no resgate da autonomia gerencial da Administração Pública brasileira.

Desta forma, a tarefa de reformar o aparelho do Estado visando maior desempenho das suas organizações requer mais do que prêmios de boas práticas de gestão (auto-estímulo); requer uma política pública para a gestão que aponte caminhos institucionais, e assuma o desafio de identificar obstáculos à melhoria do desempenho institucional e construir alternativas de superá-los. A contratualização parece ser um destes caminhos, um dos pilares de uma política pública orientada para a melhoria de desempenho das organizações públicas, ao equacionar de forma adequada, os requisitos de autonomia (de gestão) e controle (de resultados) (Pacheco, 2004).

No modelo de Estado brasileiro, proposto na Reforma do Estado, o instrumento mais potente para se trabalhar com resultados e modernizar o serviço público seria o Contrato, em sentido amplo e estrito. Amplo quando se refere ao acordo de vontades dos atores da Administração Pública e das instituições que estes representam, e estrito no sentido de se fazer os pactos, de se restringir ou focar as atividades das organizações ao previsto e acordado (BRASIL, 1995).

Para Bresser Pereira e Pacheco (2006 pág. 156), em relação à Reforma de Estado e especificamente aos novos instrumentos de gestão,

“A idéia é tornar o gestor público mais autônomo e mais responsabilizado; é dar a ele maior liberdade para tomar decisões visando atingir os objetivos estabelecidos, e depois cobrar dele os resultados. Nesta direção, além do contrato de gestão, têm sido largamente utilizadas ferramentas voltadas à mensuração e comparação de resultados, à competição administrada por excelência, ao planejamento e a gestão estratégica de organizações públicas, à transparência e accountability.”

Assim novos formatos institucionais, novos instrumentos de gestão e novas formas de controle, criam condições para que a reforma administrativa proposta no Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado possa contribuir para um processo de aprendizado político e organizacional tornando as instituições públicas mais responsáveis.

## **3.2. As Experiências Contratuais**

### **3.2.1 Âmbito Internacional**

Conforme Martins (1998), talvez a primeira manifestação da chamada contratualização tenha acontecido em um país de fortíssima tradição burocrática: a França. A experiência francesa compreende até a atualidade quatro fases. A primeira é a de contrato-programa, fruto do relatório Nora em 1967, que recomendava como forma

de enfrentar o alto grau de ineficiência das empresas públicas francesas, cada vez mais dependentes de subsídios governamentais, a contratualização das relações de supervisão entre Estado e empresa. O contrato de 60 meses continha objetivos financeiros, previa autonomia para fixar preços, redução de quadros de pessoal e definia produtos e operações.

Pela primeira vez, recomendou-se a utilização dos contratos de programa como forma de enfrentar a ineficiência na administração das empresas estatais, em função da demanda por mecanismos de controle mais flexíveis como condição para atingir maior nível de autonomia gerencial, desempenho e eficiência. O contrato passou a ter um caráter de instrumento de controle prévio, simultâneo e posterior, cuja idéia central era estabelecer relações de tutela e de consenso entre as partes. O relatório defendia a necessidade de “destinar uma função reforçada, mas renovada, de eficiência e de coerência” às empresas estatais, por meio de planejamento central.

A segunda fase é a dos contratos de empresa, a partir de 1977 que encurtava o período de vigência para 36 meses e tornava os indicadores mais abrangentes, estendendo-se à produção, sem, contudo, alterar os níveis de autonomia dos contratados (Martins 1998).

Em 1982, temos a terceira fase, introduzindo-se assim a figura do contrato de plano. Sua ênfase era no deslocamento de metas financeiras e de produção para produtividade e participação no mercado e ações relacionadas ao desenvolvimento de novos produtos, pesquisa, modernização da produção e competitividade. Contudo, o decreto de regulamentação da Lei que o estabeleceu em 1982, nunca foi editado (Martins 1998).

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

Para Cardoso (1997), a experiência francesa representa uma trajetória de descoberta do valor gerencial do contrato. De forma geral, o movimento de contratualização na França visa de fato, viabilizar a manutenção da presença do Estado em diversos setores, pois este é um país de forte tradição estatal. Essa experiência

proporcionou um razoável ganho de autonomia e responsabilização na tradicional administração burocrática francesa onde a regra era "modernizar para não privatizar".

Já a experiência da Grã-Bretanha, de acordo com a mesma autora, nasceu imbuída de um forte teor gerencial. A introdução de mecanismos contratuais tinha como compromisso o combate da lógica centralizadora da burocracia. Há dois momentos cruciais na experiência inglesa. O primeiro se dá no âmbito do *Citizen's Charter*, um programa que previa iniciativas como privatização, ampliação da competição e terceirização e estabelecimento de parcerias com organismos atuantes na esfera pública mediante uma lógica de contratualização baseada em incentivos e premiações, divulgação de resultados, avaliações periódicas entre outros. O segundo momento está relacionado ao programa *Next Steps* que incentiva a criação de agências autônomas com planejamento e avaliação anual de metas e com a lógica de controle baseada mais no desempenho (*performance*) e menos na conformidade as regras (*compliance*).

A lógica da contratualização britânica seria a redução do controle burocrático, ampliação da autonomia e aumento da responsabilização por resultados (*accountability*). De forma geral pode-se caracterizar esse movimento britânico de contratualização como um modelo calcado nas seguintes dimensões (Abrucio, 1996):

- Extensão das relações contratuais no fornecimento de serviços públicos entre o setor público, o setor privado e o voluntário/não-lucrativo, criando uma nova estrutura de pluralismo institucional, em contraposição ao antigo modelo de monopólio estatal;
- Extensão das relações contratuais para dentro do setor público, envolvendo descentralização, delegação e mecanismos de *quasi-mercado*;
- Desenvolvimento de contratos de qualidade entre provedores de serviços e consumidores/clientes.

O legado que a experiência britânica proporcionou foi a necessidade de integração e relação de dependência entre os instrumentos contratuais e as iniciativas de reformas institucionais do Estado (Cardoso 1997).

### **3.2.2 Âmbito Nacional**

Segundo Martins (1998), a experiência brasileira de contratualização tem três núcleos, dois dos quais referenciados na experiência francesa (empresas estatais federais na década de 80 e a Administração pública paulista) e outro na experiência britânica (implantação de Agências Executivas e as Organizações Sociais nos anos 90).

A experiência federal com contratualização tem início em 1983 com a proposta de contrato a ser firmado entre o Estado e a RFFSA. No período de 1983-1990, algumas propostas de contratualização surgiram, mas nenhuma chegou a ser implementada. Nesse período, o Ministério das Minas e Energia formalizou compromissos de gestão, denominados “Convênios de Desempenho”, com oito empresas estatais: a Companhia Vale do Rio Doce, a Companhia de Pesquisa de Recursos Minerais, a Usiminas, a Açominas, a Companhia Siderúrgica de Tubarão, a Companhia Siderúrgica Nacional, a Aços Finos Piratini e a Companhia Siderúrgica Paulista (Martins 1998).

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

Também neste mesmo ano, a Associação das Pioneiras Sociais (APS) firmou um contrato de gestão com a União. A partir de então, foi liberada das normas e regulamentos da administração direta, com a manutenção apenas dos princípios de licitação e do controle do TCU. A diretoria da APS dispõe de autonomia para contratar pessoal, definir níveis de remuneração, bem como celebrar contratos de prestação de serviços com quaisquer pessoas físicas ou jurídicas. A associação pode constituir patrimônio próprio, que, em caso de extinção, deve ser incorporado ao patrimônio da União. A APS recebe dotações orçamentárias da União e fica obrigada a prestar contas do uso dos recursos ao TCU. A renovação do contrato depende da avaliação anual da execução do Plano Plurianual, a cargo do Ministério da Saúde. Este emite parecer ao TCU, que, por sua vez, é responsável pelo julgamento final e decisão sobre a renovação do contrato (Martins 1998).

A experiência do governo do estado de São Paulo a partir do final do governo Montoro em 1986 merece destaque onde a introdução dos contratos de gestão proporcionou o acompanhamento da execução orçamentária das empresas estatais do estado, facilitando suas avaliações de desempenho. São Paulo também realizou tentativas de contratualização para a administração pública não estatal, contudo sem

indicadores de desempenho para a dimensão de eficiência e estipulando apenas metas de eficácia e volume de serviços (Martins 1998).

O terceiro núcleo surge a partir de 1997 com a implementação dos projetos de Agências Executivas e Organizações Sociais decorrentes de estratégias de descentralização previstas no plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado (Martins 1998).

Conforme este autor e pelo que tinha sido proposto no PDRAE (1995), a reforma gerencial da Administração Pública era calcada no advento de um modelo de gestão estratégico em diferentes segmentos de atuação do Estado: na administração direta, responsável pela formulação e supervisão da implementação de políticas públicas; e em instâncias voltadas predominantemente à implementação das políticas, onde se aplicariam os modelos de Agências Executivas e Organizações Sociais, (modelos contratuais de gestão baseados na ampliação de autonomia gerencial de entidades estatais e na parceria com entidades não estatais, respectivamente).

A ampliação da autonomia gerencial nas Agências Executivas deveria originalmente abranger as áreas de recursos humanos (para formar um plano próprio de cargos, salários e benefícios), finanças (orçamento global e não contingenciamento), aquisições (regras diferenciadas de licitações e contratos) e serviços gerais (regras mais flexíveis de gestão patrimonial e de serviços) (BRASIL 1995 apud Martins 1998).

Já às Organizações Sociais caberia a execução de serviços não-exclusivos (ensino, pesquisa científica, preservação ambiental, cultura, saúde), que seriam contratados pelo Estado. As Organizações Sociais são entidades de direito privado que operam segundo um modelo de gestão privado com ampla autonomia gerencial (cabe a seu Conselho de Administração definir as regras de gestão de forma flexível e fiscalizar seu cumprimento). No que se referem às finalidades, em ambos os casos estas deveriam estar conectadas a objetivos de política pública (BRASIL 1995 apud Martins 1998).

No que tange à arquitetura do contrato, este seria mais um contrato de desempenho que de plano, um instrumento de implementação de políticas, de gestão por resultados e de planejamento e controle. No entendimento do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), os elementos indissociáveis do contrato de gestão seriam metas (e respectivos indicadores), meios (recursos necessários ao alcance das metas) e mecanismos de controle (meios de verificação e avaliação do alcance das metas) (Martins 1998).

A implementação dos contratos de gestão com as Agências Executivas e com as Organizações Sociais tem pontos em comum e peculiaridades relativas tanto ao contrato em si quanto à engenharia institucional dos modelos que visam implementar (Martins 1998).

As três principais restrições em relação a estas experiências estão relacionadas às flexibilidades das Agências Executivas, aos papéis do contratante na definição e monitoramento de metas e indicadores de gestão e o provimento de recursos necessários ao alcance das finalidades pactuadas (Martins 1998).

Para este autor, o que marca o terceiro momento, com clara inspiração na matriz britânica, é a atribuição de um alto valor gerencial aos contratos de gestão, instrumentos a serviço de um esforço sistemático de reforma do Estado. Este terceiro momento de implementações de contratos de gestão na Administração Pública brasileira tem como característica a sua incompletude, na medida em que muitas condições e objetivos desejáveis não se concretizaram; todavia, pode-se afirmar que tem ainda um sentido de transformação, na medida em que os contratos vigem e os esforços de mudanças da administração pública prosseguem em sentidos complementares àqueles estabelecidos no Plano Diretor.

Ainda de acordo com Martins (1998), isto não representa um fracasso ou uma frustração, mas uma trajetória de evolução no sentido de contribuir para equacionar um problema que demanda atenção cada vez mais qualificada: o hiato e o desalinhamento entre o atual modelo de gestão pública e a complexidade do contexto. Isto indica que a experiência de contratualização na administração pública pode seguir caminhos alternativos fora do escopo específico dos projetos de Agências Executivas e Organizações Sociais.

### **3.2.3 Os exemplos no setor saúde do Brasil – O caso das Organizações Sociais (OS) e a proposta das Fundações Estatais de Direito Privado**

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

Segundo Alcoforado (2005), a modalidade de contratualização entre o setor público e o terceiro setor é bem específica para os serviços sociais. Tem sido utilizada no Brasil com maior ênfase no final dos anos 90, depois de já ter grande êxito em diversos outros países. Trata-se da parceria estabelecida com organizações da sociedade civil, para a prestação de serviços públicos.

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

Em 1995, o então ministro da Administração Federal e Reforma do Estado, Luiz Carlos Bresser Pereira, colocou alguns pontos sobre a Reforma Administrativa do Sistema de Saúde do Brasil, no Colóquio Técnico prévio à XXV Reunião do Conselho Diretivo do CLAD. A sua proposta de reforma, continha os seguintes pressupostos:

- A descentralização permitiria um controle muito melhor da qualidade e dos custos dos serviços prestados localmente.
- A descentralização acompanhada de controle social por parte da comunidade atendida pelo serviço tornava-se duplamente efetiva.
- A separação clara entre a demanda e a oferta de serviços permitiria, entre os fornecedores dos serviços médico-hospitalares, o surgimento do mecanismo de competição administrada altamente saudável.
- O sistema de encaminhamento via postos de saúde e clínicos gerais evitaria uma grande quantidade de internações hospitalares desnecessárias.
- A partir da efetiva responsabilização dos prefeitos e dos Conselhos Municipais de Saúde, a auditoria realizada pelo Ministério da Saúde nos hospitais passaria a ter caráter complementar à auditoria permanente realizada a nível municipal, onde, de resto há muito mais fiscalização e participação comunitária. Como ponto importante, o documento sugeria que se deslocasse o eixo do modelo assistencial, da oferta de serviços oferecidos pelo poder público, para um modelo em que o mercado pudesse assumir um papel relevante.

Esta sem dúvida era a principal questão em jogo com a proposta, que colocava a idéia de como seria realizada a inserção do mercado no sistema de saúde. A competição administrada, como sugere a proposta do MARE para a saúde, combina um *mix* de mercado com regulação do Estado, que poderia se dar de diversas formas, entre elas, através da definição de clientela, protocolos de atendimento e outros instrumentos em geral.



O documento do Ministério concluía com a proposta das Organizações Sociais como um dos *locus* operacionais da reforma, dando-lhe materialidade. O documento era bem claro ao dizer que os hospitais públicos deveriam ser transformados em organizações sociais, ou seja, em entidades públicas não-estatais de direito privado com autorização legislativa para celebrar contrato de gestão com o poder executivo e assim participar do orçamento federal, estadual ou municipal.

De acordo com o caderno n.º 2 do MARE ( BRASIL 1997), as Organizações Sociais foram criadas através da Medida Provisória No. 1.591 de 9 de outubro de 1997. Elas podem abranger o setor de atividades não exclusivas do Estado (ensino, pesquisa, tecnologia, meio ambiente, cultura e saúde), a partir da transformação de instituições públicas em pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos. Podem também assumir a forma de fundações de direito privado ou de associação civil sem fins lucrativos.

Para Alcoforado (2005), as organizações do Terceiro Setor podem ser constituídas, juridicamente, como Associações ou Fundações, de acordo com o disposto no Código Civil Brasileiro, em vigor. Estas, para firmarem Contratos de Gestão ou Termos de Parceria com o Estado, devem ser qualificadas como Organizações Sociais ou OSCIPs – Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público. Ambas, OS – Organização Social e OSCIP são títulos que podem ser concedidos pelas Esferas de Governo que têm competência legal para tanto.

A Organização Social é apropriada para a execução dos serviços sociais que requerem flexibilidade de gestão e agilidade, sem ter que se submeter às leis de licitação públicas, nem a contratação de pessoal por concurso. Isto não quer dizer que a organização não disponha de controles. Ao contrário, existem regras que se adequam às atividades desenvolvidas pela organização, mas que não acarretem demora, nem utilizem etapas que venham a dificultar ou atrasar a prestação do serviço público à população. Além disso, a Organização Social utiliza controles de empresa privada, principalmente em relação às áreas contábil, financeira, suprimentos e recursos humanos (BRASIL, 1997).

De acordo com este documento, as Organizações Sociais - O.S. possuem como premissas básicas:

1. Representam uma tentativa de descentralização, quando retiram da responsabilidade do núcleo burocrático do Estado as ações relativas à saúde, educação,

cultura e ciência e tecnologia, transferindo essas atividades para o ente público não estatal;

2. A compreensão de público diferente de estatal, assim, o novo conceito criado seria a publicização, no qual o estatal e o privado não lucrativo seriam compreendidos como público, a partir do momento em que, tivessem como função realizar prestação de serviço público aos cidadãos, avaliados os parâmetros de eficiência e qualidade, uma questão de competitividade;

3. O contrato de gestão, pelo qual serão regidas as O.S., significará a maneira ideal de consolidação das entidades públicas não estatais, sem fins lucrativos e de direito privado.

Dessa maneira, haveria a flexibilização na contratação de pessoal e maior mobilidade da estrutura organizacional, visando à participação do setor privado na articulação e comando da prestação de serviços públicos - autonomia.

Segundo Gomes (2004), o maior exemplo no Brasil de experiências contratuais com Organizações Sociais é do governo do Estado de São Paulo.

O modelo das Organizações Sociais de Saúde - OSS possibilitou ao governo Covas colocar em funcionamento parte dos hospitais previstos no Plano Metropolitano de Saúde (as primeiras unidades estavam em operação desde os anos 80, na administração direta). Em razão das limitações impostas na ocasião pela Lei Complementar n. 82/95, o estado não podia contratar pessoal para as unidades hospitalares que estavam sendo concluídas. Assim, procurou-se uma solução nova, alinhada com as propostas de modernização do setor público que haviam sido delineadas na esfera federal pelo Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, apresentado em 1995 pelo governo Fernando Henrique Cardoso.

Nesse contexto, os hospitais públicos seriam transformados em organizações sociais, entidades sem fins lucrativos, contratadas pelo governo por meio de um contrato de gestão. No caso das OSS paulistas, não houve a transformação dos hospitais públicos em organizações sociais. A Lei Complementar n. 846, de 4 de junho de 1998, regulamentou a parceria do Estado com organizações filantrópicas para o gerenciamento de novos equipamentos públicos de saúde, ou seja, permitiu a contratação da gestão somente de novas unidades, que continuaram pertencendo ao patrimônio do Estado (Gomes 2004).

A referida Lei Complementar, que dispõe sobre a qualificação de instituições como Organizações Sociais de Saúde, determina ainda: a obrigatoriedade de atender

exclusivamente pacientes SUS; a criação de Contrato de Gestão como instrumento que permita ao poder público definir os objetivos de assistência à saúde a serem desenvolvidos pelos hospitais, bem como as metas a serem alcançadas em determinado período de tempo; a forma de financiamento das atividades realizadas. A avaliação dos resultados obtidos nos Contratos de Gestão estabelecidos é feita pela Comissão de Avaliação da Execução dos Contratos de Gestão, composta de membros do Conselho Estadual de Saúde, da Comissão de Higiene e Saúde da Assembléia Legislativa e demais representantes de renomado saber na área de saúde pública, designados pelo Secretário da Saúde para essa função, garantindo-se nessa instância o efetivo controle social do processo (Gomes 2004).

Ressalta-se ainda o controle da prestação de contas das instituições, feito pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, objeto da Instrução TCE 04/98, dada à peculiaridade da matéria, que não tinha precedente, o que tornou obrigatória a edição de instruções específicas sobre o assunto.

O autor conclui que os resultados apresentados em relação às unidades sob gestão da Administração Direta são bem significantes.

O momento atual da gestão pública de Saúde na Brasil traz a discussão sobre as Fundações Estatais de Direito Privado. Seria uma proposta do Governo Federal de criação de nova forma jurídico-institucional no seio da administração pública indireta, para atender às necessidades de flexibilidade e agilidade das áreas do Estado que executam atividades de natureza não exclusiva, ou seja, onde não é necessário o uso do poder de autoridade, tais como saúde, educação, tecnologia, cultura, esporte, turismo, dentre outras.

Para Barbosa (2007), como fatos motivadores, tivemos a crise dos hospitais federais do Rio de Janeiro e o questionamento da legalidade e constitucionalidade das relações entre os hospitais e as fundações de apoio com a determinação de suspensão dos convênios pelo Ministério Público e TCU.

Já para Lenir Santos (2007) essa figura promoverá mudança radical na gestão dos serviços públicos, pelo fato de a fundação estatal estar sendo dotada de personalidade jurídica de direito privado e por gozar de autonomia administrativa, gerencial, financeira e orçamentária. A estrutura da fundação estatal romperá com o formato engessado da administração pública direta e autárquica, assumidamente inadequados para a prestação de serviços públicos sociais, em que os resultados positivos estão, na maioria das vezes, condicionados à flexibilidade e a agilidade da

gestão. Esta nova fundação é equiparada ao formato das empresas estatais no tocante à flexibilidade de gestão. Como atuará em áreas sociais, de acesso universal e muitas vezes gratuito, como é o caso da saúde e da educação, será tratada como uma prestadora de serviços do ente supervisor, acordando-se metas, numa verdadeira relação de compromissos mútuos acompanhados permanentemente.

Finalmente, o modelo garante controle interno e externo, incluindo sistema de governança que assegure aos cidadãos e à sociedade transparência na gestão e responsabilidade pelos resultados. Com as fundações estatais estão abertas novas perspectivas para o fortalecimento da administração pública na área social (Lenir Santos 2007).

A proposta ainda é alvo de controvérsias e interpretações díspares entre os diferentes atores que compõe a arena política do SUS. Hoje, ela ainda encontra-se em processo de negociação e avaliação de pertinência.

De acordo com Campos (2007), um dos meios de garantir o avanço do SUS na superação de obstáculos de gestão e de reorganização do modelo de atenção, assegurando a viabilidade dos princípios da universalidade e da integralidade da atenção à saúde seria a melhor utilização e gerenciamento de recursos do SUS, ao se adotar um modelo misto de repasse de recursos com base na capacidade instalada, base populacional e encargos sanitários, como também transferências capitaneadas em contratos de gestão com responsabilidades definidas e metas a serem cumpridas pelos gestores.

Assim, a disponibilidade e o volume de recursos públicos investidos em organizações de saúde decorreria de processos de contratualização, cujo maior efeito seria a produção de modos e formas de relacionamento decorrentes de pactuação e negociação de objetivos e metas e não apenas da produção física de serviços definida em tetos.

Nas palavras de Pasche 2007 - pág 313, “Isto certamente implicaria em modificações substantivas nas relações entre gestores e produtores de serviços. Esta mudança em si provocaria alterações nos modos de atenção e de gestão, pois exigiria novos acordos e pactos, derivados de processos de negociação entre sujeitos. Em tese, este movimento poderia contrapor-se a uma característica importante do sistema de saúde brasileiro, que é a combinação de alto grau de autonomia com baixa responsabilidade dos prestadores de serviços, cuja precariedade dos processos

regulatórios tende à preservação de interesses privados e corporativos, em detrimento de orientações programáticas do sistema de saúde”.

O estabelecimento de contratos de gestão como modalidade fundamental de repasse de recursos financeiros entre gestores públicos combina este repasse com um sistema de planejamento, controle e avaliação que se materializa no instrumento contratual, onde são definidas as expectativas, metas a serem atingidas, recursos correspondentes, responsabilidades e sanções (Fleury 2007).

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

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

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

### **3.3 - O Instrumento da contratualização – Contrato de Gestão**

O sucesso das propostas de reforma do Estado e da Administração Pública colocadas em prática na América Latina - que trataram, em parte, de transformar as estruturas burocráticas em gerenciais – teve como condicionante principal a implantação adequada, nas organizações públicas, de sistemas de controle e acompanhamento voltados menos para si próprios (controle dos meios) e mais para o desempenho da instituição (controle dos resultados da gestão).

De acordo com (Martins 2005), um dos instrumentos gerenciais propostos para fortalecer o acompanhamento e controle de resultados na administração pública direta e

indireta seria o *Contrato de Gestão*, gerando maior flexibilidade administrativa e condições de competitividade no mercado.

Cardoso (1997 pág. 45) afirma que o contrato de gestão pode ser compreendido como:

“Um instrumento institucional ou gerencial que estabelece os princípios básicos de negociação entre o Estado - representado por seus Ministérios - e uma empresa, agência executiva ou entidade pública não-estatal (organização social), com vistas a alcançar uma gestão aberta e integrada, voltada para o cumprimento de resultados, com superior qualidade do produto ou serviço prestado ao cidadão.”

Ainda para esta autora, o Contrato de Gestão para a Administração Pública não pode ser considerado um instrumento jurídico, mas um instrumento gerencial, que formaliza um compromisso de alcance de melhores resultados entre órgãos do Poder Executivo e o Estado. Os contratos de gestão podem variar de conteúdo de uma organização para outra, dependendo de sua missão, visão de futuro e objetivos e, também, do tipo de regime de propriedade (pública ou privada estatal ou não-estatal).

Esta autora destaca que, de acordo com Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado, o Contrato de Gestão se tornaria um instrumento de compromisso mútuo entre o Núcleo Estratégico, onde as decisões estratégicas são tomadas, e os setores de Atividades Exclusivas, Serviços não-exclusivos e Produção para o Mercado (representados, respectivamente, pelas Agências Executivas, Organizações Sociais e Empresas Estatais).

Segundo Maristela de André (1994), o contrato de gestão é um instrumento gerencial moderno da chamada Administração por objetivos criado na França na década de sessenta. Ele tem origem no direito francês, cujo ordenamento é muito mais flexível do que o direito administrativo brasileiro. O instrumento consiste no estabelecimento periódico e sistemático de compromissos negociados e pactuados entre o nível local e o central sobre os objetivos e metas para um período de gestão. Para esta autora, o contrato de gestão viria substituir os controles *a priori* e interferências pontuais por avaliações de resultado *a posteriori*, a partir de um conjunto de indicadores de desempenho. Basicamente, ocorre uma descentralização de recursos com autonomia no que fazer, com negociação sobre o que fazer e com uma centralização de prestação de contas sobre o que foi feito.

Para Lima (1996), seu intuito seria o de indução para uma participação maior e co-responsabilização na operacionalização dos referidos objetivos e metas em cada

período. Como contrapartida, o nível central dá ao nível local, maior autonomia gerencial, deixando de controlar os meios, e a cobrança passa a ser em cima dos resultados alcançados.

Rivera (1995) considera o contrato de gestão um valioso instrumento para as organizações públicas de saúde, pois está baseado num processo de negociação de recursos em função de metas e objetivos finalísticos. Simultaneamente, permite uma autonomia financeira e administrativa num contexto de negociação de compromissos e de formas de controle constantes.

Para Morgan (2002) as organizações podem ser compreendidas como "máquinas, organismos, culturas, sistemas políticos, prisões psíquicas, fluxos e transformações, instrumento de dominação" e outras mais passíveis de imaginação.

O contrato de gestão pode ser o mecanismo pelo qual se viabilize o que Lima (1996) denomina um processo de definição e implementação de objetivos em organizações públicas de saúde a partir de uma perspectiva integradora, porque possibilita lidar com as dimensões política, natural/sistêmica e racional das organizações.

Para esta autora, o contrato de gestão talvez seja a ferramenta que assegure a coordenação do trabalho através da negociação e do estabelecimento de compromissos em torno de resultados a serem alcançados, mas que serão também sistematicamente avaliados e cobrados, numa interação permanente com o ambiente, considerando assim as três dimensões mencionadas.

Contudo ela faz questão de ressaltar que o contrato de gestão tem uma forte dimensão racional, influenciando, primeiro, a responsabilização (prestação de contas) e, segundo, a governabilidade (autonomia).

Para Santos (2000), o contrato de gestão não partindo de negociação ou de projetos políticos bem delineados tende a ser uma mera formalidade, uma maneira a mais de gerar comportamentos auto – referentes e de permitir a burla aos controles prévios sem a garantia de melhores resultados.

Portanto para este autor, sem o efetivo fortalecimento das instituições, sem que o planejamento estratégico seja estruturado e implementado, não será alcançado nenhum resultado duradouro que justifique a utilização dos contratos de gestão em substituição aos atuais mecanismos de supervisão ou de relação hierárquica. Assim, a gestão, seja por meio de contratos ou sem eles requer capacidade gerencial instalada, planejamento e participação.

Ao se discutir a questão dos contratos de gestão, Santos (2000) coloca que a simples existência deste instrumento, não é meio capaz de converter-se na solução para todos os problemas, nem tampouco se pode permitir que através dele, se abra a possibilidade de uma gestão com baixo controle e temerária por parte das organizações. Uma preocupação pertinente para a gestão é a tendência de que as organizações subavaliem as suas potencialidades, de modo a tornarem as metas mais fáceis de serem atingidas. Por outro lado, pode haver resistência ao contrato ou ao seu estabelecimento sem que haja um efetivo comprometimento com sua implantação, em vista das reduzidas vantagens que os contratos podem oferecer em termos de autonomia de gestão.

Para Gasparini (2002), o contrato de gestão trata-se de ajuste celebrado pelo Poder Público com órgãos e entidades da Administração direta, indireta e entidades privadas qualificadas, para lhes ampliar a autonomia gerencial, orçamentária e financeira ou para lhes prestar variados auxílios e lhes fixar metas de desempenho na consecução de seus objetivos.

Do ponto de vista jurídico, o simples fato de ser celebrado com um órgão sem personalidade é um demonstrativo que o vocábulo "contrato", só é empregado, provavelmente, porque não se conseguiu outro termo melhor, visto que, na realidade, não se trata de um verdadeiro contrato, que supõe que as duas partes possuam personalidade jurídica própria.

Conforme coloca Di Pietro (2002) a lei no Brasil qualifica como contrato, o ajuste celebrado entre partes capazes, com obediência à forma estabelecida ou não defesa em lei, e cujo objeto seja lícito, possível e idôneo. As partes do acordo (contrato) são objeto de crítica sob o ponto de vista jurídico. Se o contrato de gestão for firmado entre órgãos da Administração direta e entes paraestatais ou privados não há problema na utilização do contrato de gestão como instrumento consolidador do ajuste. Afinal, a Administração Pública pode perfeitamente firmar contratos com particulares, pessoas físicas ou jurídicas, para a prestação de serviços públicos, para a compra e venda de bens, construção de obras e outras espécies.

A crítica é merecida quando se cogita a hipótese de contrato firmado entre órgãos dentro da Administração direta ou entre estes e entidades da Administração indireta. Com efeito, falta participação de agentes titulares de direitos e obrigações, ou seja, de agentes dotados de capacidade. Os órgãos da Administração direta não são dotados de personalidade, atuando em nome da pessoa jurídica a que estão integrados,



sendo inadmissível que a mesma pessoa tenha interesses divergentes defendidos por órgãos diversos (Di Pietro 2002).

Essa mesma autora faz um excelente comentário sobre essa questão, quando afirma que esses contratos na verdade corresponderiam quando muito, a termos de compromisso assumidos por dirigentes de órgãos, para alcançarem algum grau de autonomia e se obrigarem a cumprir metas. A referida autora encara então, o contrato de gestão como um instrumento de pouca valia em termos de dotar ou aumentar a autonomia das agências ou das autarquias. Para ela, esse tipo de contrato se prestaria somente às funções de controle da atuação administrativa do órgão sob supervisão e de avaliação de desempenho, sobrepondo-se em certo grau ao controle já exercido por outros órgãos da Administração Pública, como a Secretarias de fazenda, Tribunais de Conta, ou através de mecanismos outros de acompanhamento de resultados e gerenciamento de ações, como no caso o Plano Plurianual (PPA).

Justen (2002) classifica os contratos de gestão como instrumentos de natureza consensual e não contratual, visto que não reproduzem acordos de vontades destinados a gerarem direitos e obrigações para uma ou ambas as partes neles envolvidas, simplesmente, porque na Administração Pública, essas partes são sujeitos que integram uma mesma órbita jurídica, sem qualquer contraposição ou dissociação de interesses.

De acordo com Ungarete (2004), o caráter relevante do contrato de gestão está muito mais ligado ao campo político do que o jurídico, por ele ser em essência, uma combinação de fatores como transparência governamental, ampliação da racionalidade estatal e definição de metas e estratégias de políticas setoriais ou mais gerais.

Para a referida autora, um contrato de gestão, nas condições acima descritas, funcionaria mais como um mecanismo instrumental de avaliação do potencial de uma Administração, a partir da escolha de metas concretas e factíveis e de critérios claros e objetivos de desempenho, que dessem rumo à atuação dos entes públicos e refletissem a coerência entre decisões pretéritas e os compromissos futuros.

Mesmo assim, o contrato de gestão pode ser um importante instrumento de ação do Poder Público, quer sob a forma de contratualização com entidades da Administração direta e indireta, quer sob a forma de parceria com a iniciativa privada (Di Pietro 2002).

Se no caso da Administração Indireta, o contrato de gestão tem como contrapartida a flexibilização de regime jurídico administrativo, no caso da entidade privada, o contrato tem o objetivo oposto, pois ao invés de permitir a submissão integral

ao regime jurídico privado, exige da entidade a obediência a determinadas normas e princípios jurídicos da *publicização* (Di Pietro 2002).

Portanto segundo esta autora, a celebração de contratos de gestão com entidades da Administração indireta é em tese possível, mas encontra muitas restrições no direito positivo brasileiro, já que a possibilidade de flexibilização do funcionamento da entidade é quase inviável, a menos que haja alteração no texto constitucional. Contudo, a utilização do instrumento é importantíssima podendo-se desconsiderar o seu *nomen juris* pelo entendimento que de contrato não se trata, por faltarem interesses opostos e exigência de contraprestação.

## CAPÍTULO 4

---

### Os Diferentes Olhares Teóricos sobre Contratualização

“Se eu partisse amanhã  
Você ainda se lembraria de mim?  
Pois eu devo seguir viagem, agora  
Pois há muitos lugares que  
Eu preciso conhecer.”

Free Bird – Lynyrd Skynyrd

#### **4.1 A Teoria Macroorganizacional e Gestão Estratégica**

Administrar qualquer estrutura governamental é tarefa por demais complexa, árdua, inflada de pragmática, que, portanto, jamais pode ser reduzido a uma teoria. Em verdade, é um exercício da capacidade intelectual do ser humano, requerendo um domínio seguro, teórico e prático, principalmente sobre os sistemas sociais (Drucker 2006).

Partindo da constatação que as capacidades de direção dos governos estão cada vez mais afastadas das necessidades advindas da complexidade dos sistemas sociais; que as falhas do planejamento tradicional não se devem à sua prática deficiente, mas aos seus fundamentos técnico-metodológicos inadequados para tratar de sistemas complexos; que o objetivo do planejamento não é o futuro, mas o presente e desta forma deve-se resgatar o sentido prático do planejamento; e que o planejamento econômico é inseparável do planejamento político na teoria e na prática, Matus (1991) defende a necessidade de mudança no estilo de fazer política e nos sistemas de alta direção dos governos com a reforma radical dos seus sistemas de planejamento.

Para isto, o autor, se desloca do conceito restrito de produção econômica, avançando para a noção de produção social. A produção social pode ser vista como um circuito em que toda a produção realizada por um ator social supõe, inevitavelmente e entre vários outros, o uso de recursos econômicos e de poder, a aplicação de valores e de conhecimentos. Por sua vez, toda produção social reverte ao ator produtor como acumulação social (ou desacumulação) de novos recursos econômicos, de poder, de reafirmação, questionamento ou surgimento de novos valores e acumulação de novos conhecimentos.

O processo de produção social é semelhante a um jogo, especial e complexo. O jogo é criativo, tem regras e certas jogadas têm conseqüências predizíveis, mas é muito difícil ou impossível prever as próprias jogadas, pois elas correspondem às estratégias dos jogadores.

O jogo tem regras equivalentes às do sistema social. Ao competirem pela vitória, os jogadores desempenham papéis semelhantes aos dos atores sociais. Aqueles aproveitam seus recursos disponíveis para produzir jogadas que são equivalentes às ações econômicas e políticas. Os movimentos ou jogadas são o meio utilizado pelos jogadores para alterar suas acumulações, da mesma maneira que os atores sociais alteram a situação através da ação humana. Os jogadores são motivados por valores de acumulação, lucro, prestígio, etc., que são conflitantes e, sem os quais o jogo não teria dinâmica interativa. O mesmo ocorre no sistema social com as ideologias e valores dos atores sociais.

O jogo social não tem começo nem fim e desenvolve-se com completa continuidade e indivisibilidade no tempo. Isso altera todos os critérios de eficácia e justifica uma teoria de planejamento que considere os atores sociais como apostadores e os resultados do sistema como as recompensas e perdas do jogo situacional. A teoria do Planejamento Situacional é a teoria de um jogo.

Matus (1996) constrói uma proposta analítica sobre o que seria um bom governo na qual argumenta que um governo possuirá mais margens de ação efetiva se houver articulação das variáveis que compõe o que ele chama de triângulo de governo: projeto de governo; capacidade de governo e governabilidade do sistema.

**Figura 3: Triângulo de Governo de Carlos Matus (1996)**



O conceito de triângulo de governo (Matus 1996) remete a:

- Todo ator em situação de governo é um ator coletivo, mesmo que seja representado por uma só pessoa;
- Sempre este ator atua apontando uma direção, representada por seu projeto, mesmo que este não esteja escrito ou totalmente explícito, mas suas ações têm sempre direcionalidade;
- No cenário, este projeto é uma aposta de alguns atores, mas não de todos;
- Todo ator em situação de governo encontra diante de si outros atores, que também governam e disputam com ele a direcionalidade da situação com os recursos que contam;
- Cada projeto em disputa necessita contar com certos recursos para sua efetivação, porém o ator não os controla, dividindo com os outros a sua governabilidade, que é certa "balança" entre os recursos que controla e que não controla para a realização de seu projeto;
- Mesmo tendo projeto e uma razoável governabilidade, os atores em situação de governo, precisam saber governar e ter ferramentas para isso, o que comporia a sua capacidade de governar;
- Em cada nível de governo que o ator se coloca há a necessidade de uma caixa de ferramentas adequada ao seu projeto e a sua governabilidade;
- Quando um ator joga bem no cenário ele pode ganhar governabilidade e com isso melhorar a sua posição na implantação de seu projeto.

A contratualização seria uma ferramenta de extrema utilidade, pois possibilitaria ao ator adequar seu projeto e aumentar sua governabilidade precisando para isto ter capacidade de governar, ou seja, saber utilizar a ferramenta.

Assim, o projeto envolveria, necessariamente, objetivos estratégicos, planos operacionais, desafios e metas. Seria o conjunto de propostas e objetivos governamentais estruturados a partir das crenças e valores que os integrantes do governo compartilham e se materializam em planos e programas governamentais concretos.

A capacidade de governo seria a capacidade de direção, condução, administração e vigilância (controle e regulação) que o governo possui a partir do acervo de técnicas, métodos, destrezas e habilidades da equipe de governo, como

também, a partir das capacidades institucionais e organizacionais com as quais conta o referido ator.

A governabilidade, por seu turno, seria a relação entre os recursos que o gestor controla e os que não controla. O gestor deve buscar viabilizar o seu projeto, adequando sua capacidade de governo e governabilidade, através de apoios e parcerias, buscando a estabilidade entre os requisitos para governar, devendo ter em conta o aparato legal, possuir liderança, reconhecendo esta última como fator fundamental para enfrentar as dificuldades de implementação de processos de mudança nas organizações públicas de saúde - incluindo aspectos relativos à organização da assistência, sua humanização e a busca de maiores níveis de responsabilidade institucional para com os seus resultados e capital político, além de recursos para atingir os objetivos sociais e capital político, além de recursos para atingir os objetivos sociais.

Um projeto de governo não deve ser necessariamente desintegrado para atender a constelações de necessidades, mesmo que ele vá mudando de hierarquias e prioridades na medida em que se realiza. Ele deve ser entendido como o conteúdo propositivo do plano, que contém as propostas de ação a realizar para o alcance dos objetivos a serem atingidos. O projeto de governo não corresponde tão somente ao que interessa ao governante, mas também à capacidade que ele tem de explicar a realidade e suas propostas para modificá-la de forma criativa e eficaz. Sem um projeto, parte-se para o improvisado, para as falsas premissas, para a gestão temerária.

A capacidade de governo é aferível pela qualidade da gestão, técnicas, habilidades, metodologias, envolvendo, a toda evidência, planejamento, monitoramento, avaliação, dentro de uma estruturação organizacional, com instrumentos de gestão, cuja finalidade é o desenvolvimento humano.

Desta forma, com o domínio do conhecimento, das técnicas, do embasamento legal e com a estruturação do sistema em mãos de um conjunto de pessoas aptas a cada uma das diversas áreas de atuação, que ainda não é o suficiente, discute-se a governabilidade.

A governabilidade do sistema então para Matus (1996) é uma relação entre as variáveis, relevantes para o projeto, que o ator controla e as que ele não controla, de tal modo que quanto mais variáveis o ator controla, maior é sua liberdade de ação e, portanto, maior a governabilidade do sistema em relação a este ator. Ela é relativa a um ator determinado, às exigências colocadas pelo projeto de governo a este ator e à sua capacidade de governo.

De acordo com este autor a baixa capacidade de governo afeta a governabilidade, qualidade da proposta e a gestão do governo. As exigências do projeto de governo põem em prova a capacidade de governo e governabilidade do sistema. A governabilidade do sistema, por fim, impõe limites ao projeto de governo e faz exigências à capacidade de governo.

Para Artmann (1997), as três variáveis se condicionam mutuamente. Assim, quanto maior a capacidade de governo maior a governabilidade sobre o sistema e maior a possibilidade de implementação do projeto de governo. Desta maneira, é de vital importância sensibilizar e capacitar os profissionais ligados à assistência em saúde, especialmente àqueles que exercem funções gerenciais, considerando-se que nos serviços de saúde depende-se, em grande medida, desses profissionais para a obtenção de bons resultados.

Diante deste referencial assume-se que o processo de contratualização está fortemente condicionado pela capacidade de governo da alta direção. Apostar no processo sem avaliação faz com que se assumam uma experiência sem sentido fadada ao modismo que as inovações sem sustentabilidade carregam.

O gestor, responsável por conduzir o processo para alcançar objetivos sociais, estuda, consulta, debate, altera e constrói, segundo as circunstâncias, seu projeto, superando os obstáculos de maneira a demonstrar capacidade de governo.

Uma das propostas de Matus (1996) para elevar a capacidade de governo e consequentemente fortalecer o desejo de se apostar no ideário da contratualização consiste na criação de "sistemas organizativos de alta responsabilidade", que se encarregaria de um rigoroso sistema de petição e prestação de contas e contribuiria para a substituição da improvisação pelo planejamento da ação política de governo.

Portanto, para garantir a viabilidade desse processo de governo, há que se considerarem, para o autor, três aspectos: o ator que planeja deve articular um projeto (intencionalidade), com a governabilidade do sistema (controle dos recursos) e com a capacidade de governo (a forma de governo). Mais ainda, fazer uma boa gestão significa conseguir, minimamente, que sejam adotadas pelas organizações as regras do jogo macroorganizacional. Há a necessidade de clara definição de responsabilidades e dispositivos de prestação regular de contas.

O conceito de macroorganização desenvolvido por Carlos Matus (1996) permite compreender a interação entre duas ou mais organizações regidas por regras que não implicam relação de hierarquia entre elas.

Para entender este conceito o autor distingue três elementos, que interagem entre si e por sua vez fazem parte do capital social: o capital humano, o capital material e o capital organizativo. O primeiro composto por valores, ideologias e conhecimentos das pessoas; o segundo tem a ver com os recursos físicos e meios materiais escassos, e o último com a tradição e os valores que dominam a prática do trabalho e as regras do jogo macroorganizacional.

A interação destes três tipos de capital geram dentro das organizações dinâmicas de progresso ou estagnação que diferem entre si de acordo com o tipo de capital que está melhor conformado. Contudo, em todos os casos, o capital humano tem preponderância, pois existe uma estreita relação entre déficit de capital humano e um déficit de capital organizativo, de tal forma que para superar a estagnação deve investir-se em capital humano; e porque, do outro lado, a formação de capital material é extremamente dependente do capital organizativo.

O autor conceitua organização como uma forma de interação humana que cumpre uma missão consistente sujeita as regras de um sistema macroorganizacional e a regras internas que balizam as primeiras dentro de suas fronteiras.

Seu funcionamento implica num esforço coletivo e coordenado de interação com outras organizações do sistema. E neste sistema, cada organização é um departamento da macroorganização, com um espaço prático e reconhecido de operação. Ainda para ele, macroorganização seria um conjunto de sistemas microorganizacionais que operam num espaço político institucional segundo as regras de direcionalidade, departamentalização, governabilidade e responsabilidade que estabelece o jogo macroorganizacional. Portanto, a macroorganização é um jogo onde cada organização participante é um jogador com grau relevante de autonomia.

Conforme colocado por Matus (1996), a diferença fundamental entre uma micro e uma macroorganização reside no fato de que na segunda ninguém tem o mando absoluto sobre as organizações que a integram. Pelo contrário, trata-se de um jogo que encontra seu equilíbrio na legitimidade dos campos operacionais e nas relações de força política entre as várias organizações, vários poderes e vários governos. A coordenação ocorre pelo equilíbrio e adequação às regras.

As relações entre as microorganizações que compõe uma macroorganização são paralelas ou de interação, pois elas interagem entre si num jogo submetido a regras que, por definição, excluem a dependência hierárquica: não há relações de dependência que impliquem em obediência (o qual não se opõe a que existam ou possam existir



desigualdades). Este conceito se aplica a qualquer estrutura na qual exista mais de uma autoridade sobre as organizações componentes (Matus 1996).

Para Lima (2003) um sistema regional de saúde, pode ser caracterizado como um exemplo de Macroorganização onde estão presentes várias outras macroorganizações (coordenadorias regionais, secretarias municipais) e microorganizações (hospitais, postos de saúde, unidades de apoio e diagnóstico), e onde não ha autoridade absoluta e conseqüentemente subserviência entre as organizações. Destarte, a Coordenação Regional de Saúde, embora seja teoricamente o órgão gestor do sistema local, não detém poder total para influenciar os serviços de saúde de determinada localidade, pois lá também reside outra organização (secretaria municipal de saúde) também responsável pela gestão da saúde em seu território. As fronteiras de uma Macroorganização não são bem definidas. Não se diferencia exatamente onde inicia a autoridade de um ator e termina a de outro.

Já as Microorganizações são caracterizadas pelas relações hierárquicas de coordenação, as quais são relações de dependência e que impõem obediência. A coordenação se dá pela capacidade de emitir ordens, diretrizes, por parte da autoridade maior e pela disposição em atendê-las por parte dos subordinados. Além disso, uma Microorganização caracteriza-se ainda pela clara definição dos limites (fronteiras) organizacionais e pelas formalidades para se ingressar e submissão às relações hierárquicas (Lima 2003).

Um elemento comum tanto às organizações quanto às macroorganizações são as regras do jogo, pois as interações humanas que se dão entre os membros de uma organização e as relações entre organizações que se observam dentro de uma macroorganização dependem das regras do jogo vigentes. Este elemento nos leva diretamente ao papel relevante das instituições, alvo também da segunda análise teórica deste trabalho.

As regras não são só as formais, mas também as que na prática são derivadas do jogo social e que dependem diretamente das práticas de trabalho arraigadas na cultura organizacional; e mais, as primeiras deixam de ser apenas modelos uma vez que se incorporam as práticas de trabalho e a cultura institucional, de tal maneira que, de um lado, as práticas de trabalho podem mudar sem alterar as forma organizacionais e, de outro, as formas organizacionais podem mudar sem que se modifiquem as práticas de trabalho (Matus 1996).

Neste sentido as relações que ocorrem entre as unidades de saúde ou entre os atores do sistema de saúde não podem ser concebidas com arranjos de comando e controle e sim estarem calcadas em relações de confiança, baseadas em assunção de compromissos negociados – fato que a contratualização vem a oferecer.

Portanto, para Matus (1993) apud Rivera (1995), a qualidade de uma macroorganização se dá em função de suas características fundamentais e de suas regras: de direcionalidade, de estrutura organizativa / departamentalização, de governabilidade e de responsabilidade.

- A direcionalidade corresponderia à missão, às funções que deve cumprir para dar resposta e satisfazer às necessidades sociais, atuais ou potenciais. Podem-se conceber as organizações, com base nesta regra, como adequadas ou inadequadas (em dois tipos ideais), dependendo de ela satisfazer ou não àquela demanda.

- A governabilidade expressaria a distribuição do poder administrativo (recursos críticos necessários ao exercício das funções atribuídas às unidades de produção) e das competências dos vários níveis organizativos. Exprime-se na forma de distribuição das capacidades de tomar decisão pelo interior da organização, o que está intimamente relacionado com a distribuição do poder. Estas regras definem o grau de centralização ou descentralização do sistema macroorganizacional.

- A departamentalização equivaleria à transformação da direcionalidade em formas organizativas específicas, constituídas por sistemas de produção terminal e intermediária que se relacionam em determinada rede, com mecanismos de coordenação e de comunicação definidos.

- A responsabilidade estabelece a distribuição de obrigações e/ou compromissos pelo interior da organização e, principalmente, a forma pela qual é exigido o cumprimento dos acordos assumidos. Define a organização como de alta ou baixa responsabilidade.

Embora todas as regras sejam interdependentes, para Matus (1996) esta última é a que apresenta maior determinação sobre as demais.

Segundo o autor, as regras do jogo macroorganizacional se expressam num Sistema de Direção Estratégica que se apóia fundamentalmente em um triângulo, denominado triângulo de ferro, onde cada vértice representa um sistema chave – sistema de constituição da agenda dos dirigentes, de petição e prestação de contas por desempenho e de gerência por operações.

O sistema de constituição da agenda dos dirigentes deve produzir a listagem diária de decisões do dirigente, através da qual irá decidir o embate entre urgências e importâncias, ou seja, entre a improvisação e o planejamento. Aloca os dois recursos mais escassos do sistema – tempo e foco de atenção.

O sistema de petição e prestação de contas por desempenho deve produzir uma avaliação sistemática e periódica do cumprimento dos compromissos assumidos e declarados. Por meio dele se decide à antinomia entre responsabilidade e irresponsabilidade. Aborda a avaliação da marcha do processo de mudança situacional segundo a distribuição de responsabilidades institucionais e organizativas. Estabelece, com antecedência, a designação de responsáveis. Como se trata de avaliação por desempenho, a dificuldade deste sistema reside na necessidade de relacionar o que foi planejado com o contexto existente.

O sistema de gerência por operações é o sistema que realiza a tradução das decisões em ações. Opera com base em objetivos e metas concretos relacionados com os problemas do plano e a programação das atividades próprias de cada unidade organizacional.

Esse sistema mostra que dirigir não é uma função superior de cúpula, mas de todos os níveis, para que se possa conduzir uma organização complexa. A sua importância está em distribuir e descentralizar as responsabilidades de direção e administração por objetivos ou módulos de ação (Matus 1996).

A força do triângulo de ferro baseia-se numa assertiva bem simples: se ninguém é responsável por nada, não há prestar contas a ninguém sobre sua eficiência e eficácia, se não ocorre cobrança do desempenho de ninguém, então: (a) a agenda não terá quem a defenda da improvisação e dos casos de urgência; (b) a gerência não terá recursos para vencer a força da rotina; (c) qualquer sistema que vise a elevar a qualidade da gestão será supérfluo, será descartado (Matus 1996).

Estes três sistemas e, portanto o triângulo de ferro, que eles conforma, determinam a qualidade da gestão, sendo o vértice mais importante para Matus o da petição e prestação de contas, sendo a regra da responsabilidade a motriz para as outras.

De acordo com Matus (1996) a modernização da gestão das organizações (entre elas as organizações públicas) exige a compreensão de como operam as regras do jogo macroorganizacional e como se comportam a organização e o sistema macroorganizacional frente aos processos de inovação na gestão. Para ele, as reformas horizontais dos sistemas resultam na maioria das vezes em inoperância, pois não levam

em conta as regras básicas do jogo macroorganizativo nem a forma na qual essas regras operam num sistema de baixa responsabilidade.

Para Mintzberg (2003), as estruturas das organizações poderiam ser descritas como o somatório de como o trabalho é dividido em tarefas e como é realizada a coordenação entre essas tarefas, sendo que as organizações, em termos de configurações, seriam explicadas através de suas características, modos de funcionamento e problemas específicos.

Morgan (2002) afirma que essa abordagem tem como ponto inicial demonstrar que a organização eficaz depende do desenvolvimento de um conjunto coeso de relações entre planejamento da estrutura, a idade, o tamanho, a tecnologia da empresa e as condições existentes no ramo de atividade no qual se acha operando.

Para Hall (1984), essa é uma abordagem multifacetada, predominantemente baseada nos modos como as organizações se estruturam para fazer face às várias contingências que enfrentam.

De acordo com as diferentes formas pelas quais os mecanismos de divisão e coordenação do trabalho se combinam, para Mintzberg (2003), seriam cinco as Configurações Organizacionais: a estrutura simples, a burocracia mecanizada, a burocracia profissional, a forma divisionada e a adhocracia. Cada uma das formas configuração favorece uma forma de descentralização, e em cada uma dessas formas um dos mecanismos de coordenação e uma das partes da organização tendem a dominar. As organizações de saúde, na tipologia organizacional de Mintzberg (2003), são burocracias profissionais, também denominadas organizações profissionais. O termo burocracia profissional vem da denominação dada por este último autor às organizações com base na padronização de habilidades e em seus parâmetros de design associados, o treinamento e a doutrinação, tendo como componente principal o núcleo operacional. Seus processos de trabalhos são essencialmente baseados na especialização das tarefas com profissionais especializados e devidamente treinados para exercício profissional gerando uma dada concessão de controle sobre seu próprio trabalho. O profissional age independentemente de seus colegas, com relativa autonomia para exercer suas atividades.

A autonomia enfatiza Mintzberg (1995: 207): “ não somente permite a certos profissionais ignorar as necessidades de seus clientes, como também encoraja muitos deles a ignorar as necessidades da organização. Os profissionais nessas estruturas geralmente não se consideram partes de uma equipe. Para muitos, a organização é quase

um incidente, apenas um lugar conveniente para exercer suas habilidades. Com isso, são leais para com sua profissão e não para com o local onde ocorre praticá-la” .

Na Burocracia Profissional, a tecnoestrutura e a linha intermediária da administração não são bem elaboradas. Nela pouco se pode fazer para coordenar o trabalho operacional. Em razão de ser muito limitada a necessidade de planejamento e formalização do trabalho dos profissionais, há pouca exigência de tecnoestrutura (Mintzberg 2003).

Pode haver coordenação eficaz no núcleo operacional da Burocracia Profissional apenas pela padronização das habilidades. A supervisão direta e o ajustamento mútuo são resistidos por infringirem a autonomia do profissional, seja pelos administradores ou pelos colegas. A padronização dos processos de trabalho e dos *outputs* é ineficaz para as tarefas complexas com output mal definido. Entretanto, a padronização das habilidades é, na melhor situação, um mecanismo de coordenação livre, que deixa de suprir muitas das necessidades que surgem na Burocracia Profissional (Mintzberg 2003).

Dentro dessas organizações os profissionais são dotados de considerável autonomia e poder de decisão sobre as questões relativas à sua atuação, e buscam também o controle sobre as decisões da coordenação e administração que os afetam. Como o processo de trabalho é muito complexo e especializado, os resultados do trabalho profissional não podem ser mensurados facilmente. As decisões, em grande parte, dependem de julgamento profissional. O poder em organizações deste tipo advém essencialmente dos *experts*, sendo consequência da perícia e não da hierarquia. Neste contexto, o papel dos gerentes/planejadores é mais limitado para coordenar ou normalizar o trabalho profissional. Além disso, destaca-se o desafio de integração da dupla estrutura, profissional e administrativa, bem como entre os diversos especialistas, principalmente no sentido do compromisso com os objetivos organizacionais.

Por isso a estrutura administrativa dessas organizações apresenta freqüentemente hierarquias paralelas: uma democracia de baixo para cima para os profissionais e uma segunda, burocraticamente mecanizada, de cima para baixo para assessoria de apoio (Mintzberg, 2003).

O fato do centro de poder decisório estar no centro operacional nas unidades de saúde traz um enorme desafio para o processo contratual, pois de certa maneira, a autonomia dos profissionais de saúde deverá estar atrelada a necessidade de se imputar responsabilidades.

Com relação às organizações de saúde, diversos autores (Dussault 1992; Cecílio 1993; Rivera 1995; Campos 1997; Rivera e Artmann 1999), argumentam que, por elas serem burocracias profissionais, não seria adequado adotar mecanismos de coordenação autoritários e nem buscar formalizar os processos de produção, sendo mais conveniente utilizar uma gestão mais colegiada e participativa do que autoritária. Assim, a gestão nos serviços de saúde deveria ser descentralizada e flexível, de modo que os trabalhadores participassem dos processos de discussão e da tomada de decisão e tivessem capacidade autônoma de conduzir seus processos de trabalho. Porém essa autonomia não pode prescindir de certo controle que assegure e garanta o cumprimento dos objetivos organizacionais.

Quando se considera a posição que ocupa o gerente das unidades dentro do sistema de saúde regionalizado da AP 4 do município do Rio de Janeiro, por mais que seja uma posição privilegiada de articulação entre as instâncias de coordenação regional e a prestação direta de serviços, ele depende de decisões externas que acabam colocando muitos problemas fora do seu espaço de governabilidade. Ao analisar principalmente os problemas administrativos e políticos, percebe-se que, para viabilizá-los é preciso que a gerência possua autonomia e poder de decisão, o que acontece em poucos locais, sobretudo quando se trata de Unidades Básicas de Saúde (UBS). Isso pode dificultar ou inviabilizar muitos processos de mudança dentro das unidades. Esses entraves interferem de forma descomunal na implantação de instrumentos de gestão, como os contratos de gestão, pelo fato de o gerente, muitas vezes, não ter condições de enfrentar questões relacionadas à adequação do espaço físico da unidade, quantitativo de profissionais, compra de equipamentos, negociação de referência e contra-referência com as demais unidades da rede, entre outros.

## **4.2 - A Teoria da Agência e Economia dos Custos de Transação**

O objetivo deste tópico é fazer uma pequena revisão bibliográfica dos conceitos centrais da chamada Nova Economia Institucional, ou simplesmente NEI, em duas de suas vertentes denominadas “Teoria da Agência” ou “Teoria do Agente/Principal” e Economia dos Custos de Transação (ECT).

De acordo com Melo (1996), a contratualização pode ser abordada desde duas tradições: uma advinda da administração pública, que enfatiza aspectos relacionados à identidade, socialização, sistema de crenças e capacitação da burocracia pública; outra correspondente à tradição disciplinar da economia, mais preocupada com os aspectos

microeconômicos relativos à estrutura de incentivos com que se deparam os atores em uma organização burocrática.

As contribuições mais importantes dessa segunda tradição disciplinar provêm do campo conhecido como neoinstitucionalismo econômico, que adota o paradigma contratual baseado no exame das relações entre indivíduos, das relações entre indivíduos ou grupos e as instituições, e as próprias instituições (Melo 1996).

Em virtude da crescente complexidade das estruturas estatais diversas correntes de pensamento propuseram reformas administrativas que de uma maneira ou de outra incidiam sobre o problema do recorte burocrático da Administração.

De acordo com Neves (1995 p.19):

“Um contrato é um acordo pelo qual os agentes se obrigam uns aos outros a ceder ou se apropriar, tomando ou não certas decisões, ocorrendo trocas de direitos de propriedade.” Mais ainda, “é uma forma de coordenação de estágios de produção sucessivos”.

Sendo assim, o termo contrato pode ser aplicado, tanto ao conjunto de regras definidoras de uma simples relação de consumo, que podem até ser informais (não escritas), quanto às complexas relações entre governos de diferentes partes do mundo (Neves 1995).

A principal função de um contrato é coordenar as atividades do sistema a que se refere. No caso do sistema de saúde é definir regras que regulam as transações entre os atores das ações e atividades da saúde.

Os estudos produzidos por Weber (1971) no campo da sociologia aplicados à esfera da Administração pública, indicam que um conjunto de regras (contrato) tem por finalidade estabelecer (dar forma) ao ambiente onde os agentes executam suas transações. Esta limitação do ambiente, por sua vez, tem por finalidade reduzir a incerteza. Dito de outra maneira, padronizando-se as relações e prescrevendo-se direitos e deveres, reduz-se o limite de ação dos agentes envolvidos, impedindo que eventos desconhecidos (incertezas) promovam instabilidades no sistema.

Contudo, por melhor que seja o conjunto de regras e salvaguardas contratuais, as incertezas e as instabilidades que permeiam as relações entre as partes envolvidas no contrato justificarão a existência de estruturas próprias de controle do ambiente interno e externo em que opera o sistema monitorado, para garantir ajustes quando ocorrerem desvios no caminho que se espera que o sistema respeite. Em outras palavras para

Williamson (2005), manter o sistema nos trilhos envolve custos de monitoramento e adequação, também chamados *custos de transação*.

Até a publicação de artigo pioneiro em 1937, “*The Nature of the firm*”, de Ronald Coase, a teoria econômica reinante se preocupava apenas com os custos de produção. Os custos associados às transações econômicas eram praticamente esquecidos, de tal maneira que os únicos custos que importavam eram os custos incluídos na transformação dos produtos. O ato de comprar e vender acarretava custos que eram praticamente relegados. As firmas eram vistas apenas como transformadoras de produtos, cabendo ao economista conhecer apenas a função de produção capaz de maximizar o lucro (Zylbersztajn, 2000).

A Economia dos Custos de Transação (ECT), como uma vertente da NEI, coloca o problema da organização da economia como um problema contratual. Qualquer problema que possa ser identificado direto ou indiretamente como um problema contratual é usualmente investigado por esta vertente teórica. Os contratos devem ser definidos como uma promessa de conduta futura, e a sua coordenação aparece como o resultado da ação de instituições que possibilitam a manutenção de tais promessas ao longo do tempo.

#### **- Características do Ambiente onde ocorrem as transações**

O ambiente institucional é o nível analítico que compõe a Nova Economia Institucional, caracterizado por uma análise macroinstitucional. North (1994) aponta que, frente à incompletude de informação e a necessidade de se estabelecer comportamentos regulares, a fim de diminuir incertezas, dada uma realidade em constante mudança e situações normalmente únicas, são desenvolvidos padrões de comportamento. Instituições, para ele, seriam esses comportamentos regulares.

Assim para este autor, as instituições nada mais seriam que as regras do jogo em uma sociedade; mais formalmente, representam os limites estabelecidos pelo homem para disciplinar as interações humanas. Em conseqüência, elas estruturam os incentivos que atuam nas trocas humanas, sejam elas políticas, sociais ou econômicas.

Quanto ao ambiente institucional, North (1994) observa que se um país, ou uma determinada região quer ser produtiva e moderna, ela precisa cada vez mais se afastar das negociações pessoais e criar mecanismos para que indivíduos que nunca se viram estabeleçam uma relação comercial objetiva. É aí que as instituições se tornam necessário. Quanto mais transparentes elas forem, maior será a confiança das pessoas em investir e manter relações comerciais de grande escala.



Assim para este autor, o ambiente institucional fornece o quadro referencial de regras (aspectos da tradição legal, existência de leis, tradições de arbitragem para soluções de disputa, aspectos culturais entre outros) que condicionam o aparecimento de formas organizacionais que irão compor a matriz institucional de uma sociedade.

Contudo, as organizações também têm a capacidade de modificar o ambiente institucional. Uma consequência surge através de ações estratégicas tomadas no plano das organizações com o objetivo de modificar as regras do jogo. Ao exemplificar temos a ação de grupos de poder junto a instâncias responsáveis pelo desenho ou formulação de políticas macro institucionais.

Como num jogo qualquer, a mudança de regras é um processo mais lento e delicado do que a alteração dos jogadores. Embora as regras formais possam ser modificadas do dia para a noite, como resultado de decisões políticas ou judiciais, os limites informais incorporados nos costumes, tradições e códigos de conduta são muito mais fortes para determinar políticas e cursos de ação (North 1994).

As instituições determinam as oportunidades numa sociedade, enquanto que as organizações se formam para tirar proveito dessas oportunidades. Conforme as organizações evoluem, elas podem alterar as instituições. Assim, para North (1994), a trajetória institucional é determinada, primeiro, pela estreita relação entre instituições e organizações que evoluem em consequência das estruturas de incentivos providas pelas instituições e, segundo, pelo processo de retro alimentação nos quais os homens percebem e reagem às mudanças no quadro de oportunidades.

#### **- Relacionamento entre ambiente institucional e estruturas de governança**

Dois aspectos se destacam no desenvolvimento teórico da Nova Economia Institucional: Ambiente Institucional e Estruturas de Governança (Williamson 1996). Ambas tratam do mesmo objeto, a Economia dos Custos de Transação (ECT), porém em níveis analíticos diferentes. Ambiente institucional e indivíduos fornecem restrições ou oportunidades ao desenvolvimento de organizações, que se configuram por estruturas de governança. O ambiente institucional, através do conjunto de regras que determinam a forma das organizações, e o indivíduo, através das ações regidas por atributos comportamentais e estratégias.

A NEI é apresentada por Azevedo (2000) em dois níveis analíticos. O ambiente institucional, contemplando as macroinstituições, que são aquelas que estabelecem as

bases para as interações entre os seres humanos; e as estruturas de governança, que contemplam as microinstituições, aquelas que regulam uma transação específica.

A principal hipótese é a de que as estruturas de governança, que diferem em seus custos e competências, devem se alinhar às transações, cujas características são distintas, tendo em vista a minimização dos custos de transação (Williamson, 1996). Sendo assim, o surgimento de mecanismos particularmente voltados para a gestão e coordenação das transações decorre do objetivo, por parte dos agentes envolvidos, de reduzir os custos a estas associados. Em outras palavras, busca-se criar "estruturas de governança" (*governance structures*) apropriadas, entendidas como estruturas contratuais - explícitas ou implícitas - dentro das quais a transação é realizada: relações de compra e venda simples (mercado), organizações internas às firmas ("hierarquias") e formas mistas.

Estas estruturas de governança apresentam propriedades diferenciadas, que as tornam mais ou menos aptas a coordenar, de forma eficiente, as transações por elas gerenciadas. Tais propriedades estão associadas: (i) aos mecanismos de incentivo e controle de comportamentos; e (ii) a flexibilidade e adaptabilidade. Essas propriedades revelam-se mais ou menos apropriadas para a gestão de uma determinada transação em função das características - especificidade dos ativos, incerteza e frequência - que essa possui (Williamson, 1996).

Na verdade, de acordo com Williamson (1996), a ECT estuda como os parceiros em um negócio protegem-se dos riscos associados a essas relações de troca. Esses riscos se referem à possibilidade de que os elementos acordados entre as partes não ocorram. A minimização dos riscos implica na redução dos custos de transação, representando um elemento de eficiência na concorrência entre empresas.

Quanto maior o número de transações e os atributos a elas inerentes (especificidade de ativos e incertezas), mais elevados seriam esses custos. A substituição das transações via mercado por mecanismos de coordenação internos à firma eliminaria tais custos. A abordagem de Williamson (1996) não se restringe aos dois extremos para a realização das transações (firma ou mercado), uma vez que ele introduz na análise estruturas de governança intermediárias.

#### **- Características das transações**

De acordo com Williamson (1993) apud Zylbersztajn, (1995) as transações possuem três características: especificidade de ativos, incerteza e frequência.

A especificidade dos ativos é a dimensão mais importante. Um ativo é específico quando não se pode dele fazer uso senão para a função para a qual foi criado. A especificidade dos ativos estando associada ao comportamento oportunista dos agentes, ao lado da incompletude dos contratos, tornam os investimentos nestes ativos extremamente arriscados, ocasionando custos de transação (Farina et al, 1997).

“A especificidade dos ativos é introduzida por Williamson (1996) para designar a perda de valor dos investimentos no caso de quebras oportunísticas dos contratos”  
(Zylbersztajn, 2002:131).

A especificidade de ativos coloca em risco o investimento feito, caso a transação não seja realizada pelo fato de o uso alternativo desse investimento ser baixo ou não existir.

A continuidade de uma transação que envolve ativos específicos é de fundamental importância para a redução dos custos de transação (Zylbersztajn, 2002).

Existem vários tipos de especificidade de ativos (Azevedo, 2000):

a) especificidade locacional: ocorre no momento em que firmas de uma mesma cadeia se localizam próximas umas das outras;

b) especificidade de ativos dedicados: observa-se quando são realizados investimentos para atender às necessidades de um cliente particular, e, caso haja ruptura contratual, sua realocação no mercado ocasiona perda de valor;

c) especificidade de ativos humanos: surge quando há investimento em determinados indivíduos, que acumulam conhecimentos específicos, cujo aproveitamento em outra atividade ou em outra organização é dificultado por sua alta especialização;

d) especificidade de ativos físicos: acontece quando há investimento em máquinas e equipamentos para atender uma atividade específica, cuja realocação no mercado ocorre com acentuada perda de valor;

e) especificidade temporal: verifica-se, principalmente, quando o fator tempo é preponderante para o sucesso de uma transação. Esse tipo de especificidade é importante quando envolve produtos perecíveis.

Este autor conclui que o maior grau de especificidade está associado à necessidade de maiores salvaguardas contratuais e a um maior interesse de que o contrato tenha mais extensa duração.

A segunda característica das transações é a frequência. A partir do momento em que as partes repetem uma transação, há uma redução de incerteza quanto ao não-

cumprimento do contrato. A frequência das transações reduz os custos ex ante. Aumentando a frequência, os custos de transação tendem a baixar.

“Essa característica está associada ao número de vezes que dois agentes realizam determinadas transações, que podem ocorrer uma única vez, ou se repetir dentro de uma periodicidade conhecida” (Zylbersztajn, 2000:28).

De acordo com este mesmo autor, os agentes econômicos podem realizar diversas transações. Algumas delas terminam instantaneamente, tão logo seja realizada a troca e, ademais, não mais se repetem. Nesse caso, o custo de transação associado a elas é baixo, o que dispensa controle da relação. Outras ocorrem periodicamente e se repetem com certa regularidade. As demais podem se repetir freqüentemente. Para estas transações, são necessárias estruturas de governança adequadas e capazes de assegurar a continuidade e a estabilidade das transações. Os contratos são um mecanismo de controle que busca evitar ações oportunistas por uma das partes envolvidas. A sua elaboração gera custos relacionados à coleta de informações, ao monitoramento e adaptação em função de eventuais mudanças no ambiente.

Os custos de elaboração dos contratos se reduzem à medida que aumentam o número e a frequência das transações. Uma vez solidificado o relacionamento entre os agentes, na base da confiança entre as partes, ocorre a construção da reputação. Essa característica também é determinante para a redução dos custos de transação (Zylbersztajn, 2000).

A partir do momento em que as transações entre os agentes se intensificam, as partes envolvidas começam a confiar nas atitudes umas das outras, levando à redução da incerteza.

“O grau de incerteza envolvido em uma determinada transação está relacionado à confiança que os agentes possuem em sua capacidade de antecipar os eventos futuros” .  
(Hiratuka, 1997:20).

A incerteza é a terceira característica das transações, e está associada à impossibilidade de os agentes preverem algo que possa acontecer e colocar em risco a transação (Zylbersztajn, 2000).

### **- A organização vista como uma estrutura de governança**

Os agentes econômicos, devido ao oportunismo e à racionalidade limitada intrínseca aos indivíduos, desenvolvem estruturas de governança para reduzir os custos envolvidos em determinada transação.

“Ciente da incompletude dos contratos, os agentes constroem estruturas de governança para lidar com as lacunas inevitavelmente presentes em contratos internos e externos às organizações” (Azevedo, 2000:36).

As formas organizacionais ou estruturas de governança podem ser definidas em três de acordo com Williamson (1996):

- Via mercado – dá-se basicamente pelo sistema de preços, o que implica menor nível de controle;
- Forma híbrida – é baseada em contratos;
- Via hierárquica – se baseia na propriedade total dos ativos e compreende a internalização das atividades.

A estrutura de governança mais adequada depende, principalmente, do nível de especificidade de ativos embutidos nas transações.

“A organização das atividades econômicas através do mercado é considerada a mais eficiente quando os ativos específicos não estão presentes” (Hiratuka, 1997:20).

Para Williamson (1996), o mercado é a estrutura de coordenação mais eficiente quando as transações são padronizadas, em que o preço é a única variável importante para se efetuar a transação.

Para que as transações com presença de especificidade nos ativos possam ser realizadas de modo eficiente, ou seja, com os custos de transação e de produção mais baixos possíveis, a ECT privilegia a hierarquia ou formas híbridas (por exemplo, contratos formais ou informais, parcerias e franchising).

Na estrutura de governança híbrida, os ativos envolvidos não são tão elevados como os que são encontrados, quando a estrutura escolhida é a hierárquica. No entanto, há uma dependência entre os agentes, que leva a acordos contratuais formais ou informais, para reduzir os custos de transação no caso do rompimento contratual Williamson (1996).

Já na visão de Neves (1999), a organização pode ser entendida como um nexo de contratos. Este nexo tem algum tipo de governança (gestão) e a forma como esta é feita varia desde mercados (sistema de preços) até integração vertical.

Assim, se a organização procura por opção utilizar o mercado, terá que arcar com os custos de transação. Por outro lado, optando pela integração vertical, será responsável por todos os custos de coordenar internamente a atividade econômica, através de funções gerenciais (custos burocráticos). Neste caso aparecem os custos de administrar fluxos verticais de produtos e administrar os fatores de produção (Neves 1999).

A organização vista como uma estrutura de governança de transações pode definir se tratará determinado contrato a partir de uma pura relação de mercado, se preferirá uma forma mista contratual ou se definirá a necessidade de integração vertical, a partir dos princípios de minimização dos custos de produção somados aos custos de transação (Neves 1999).

Os contratos são classificados por Williamson (1993) de três formas: contrato clássico, neoclássico e relacional.

✓ O contrato clássico é considerado um contrato completo; em suas cláusulas, os acordos estão cuidadosamente detalhados previamente de maneira formal, tendo conseqüências previsíveis. Trata-se de um modelo estático que não abre espaço para renegociações. Ele se aplica as transações discretas, não tratando de eventos futuros ou adaptações necessárias. Este tipo de contrato pressupõe o conceito de mercado em concorrência perfeita, ou seja, é uma referência teórica não encontrada no mundo real. Os custos de transação são baixos nesta forma contratual que é usada para pequenas transações.

✓ O contrato neoclássico é utilizado quando as transações se estendem em longo prazo e a variável incerteza é relevante, abrindo espaços para que o contrato original possa ser renegociado ou adaptado na medida em que as contingências vão aparecendo. Ele introduz estruturas de governança alternativas a integração vertical (hierarquia) para sustentar transações recorrentes e de longo prazo. Uma característica fundamental é a manutenção do contrato original como referência para negociação, o que o distingue do chamado contrato relacional.

✓ O contrato relacional se baseia no relacionamento entre partes, havendo espaço para renegociação e/ou adaptações no contrato original. O ponto de referência é a própria relação que vem sendo mantida entre os agentes ao longo do tempo. Neste caso, a noção de reputação assume enorme relevância.

Masten (1998) aponta três razões para a existência dos contratos:

- Prover alocação eficiente do risco;

- Prover incentivos eficientes;
- Economizar em custos de transação ex post.

Na Economia dos Custos de Transação, algumas idéias básicas envolvem o conceito de contrato (Masten 1998):

- A essência do contrato é o da promessa. Permite que os agentes realizem investimentos e façam surgir o pleno potencial das relações de troca pela redução nos custos associados a riscos futuros;
- Os contratos apresentam custos associados ao seu desenho, implementação, monitoramento, e especialmente à solução de disputas que ocorrerão no descumprimento das relações contratuais estabelecidas;
- As firmas devem ser vistas como um complexo de contratos, que são desenhados para coordenar as transações de forma eficiente, ou seja, minimizando os custos de transação. Assim, são considerados arranjos contratuais aqueles internos às firmas, que definem as relações entre agentes especializados na produção, bem como os arranjos externos às firmas, que regulam as transações entre firmas independentes;
- Os contratos são por natureza, incompletos, dado que os agentes possuem racionalidade limitada e não conseguem antever ex ante todas as contingências necessárias para evitar ações oportunistas;
- A pressuposição de racionalidade limitada implica que deve existir uma gama de regras para preencher os espaços naturalmente existentes nos arranjos contratuais desenhados e garantir a continuidade destas relações;

Para Zylbersztajn (1995), a especificidade de ativos pode ser apresentada em três níveis: os ativos reutilizáveis, os ativos com especificidade elevada e os ativos com um nível intermediário de especificidade (complementares). A frequência seria classificada em discreta (quando ocorre apenas uma vez), ocasional e recorrente.

Caso o ativo seja reutilizável e as frequências forem discretas, ocasionais e/ou recorrentes, a estrutura de governança adequada é o mercado e o contrato o clássico. Admitindo que o ativo tenha especificidade intermediária, se a frequência for discreta ou ocasional, a estrutura de governança adequada seria a híbrida, o tipo de contrato o neoclássico. Por outro lado, se a frequência é recorrente, a estrutura de governança adequada é a híbrida e o contrato seria relacional.

Caso o ativo tenha elevada especificidade e a frequência seja discreta, a estrutura de governança indicada é a híbrida e o contrato neoclássico. Se a frequência for ocasional, a estrutura de governança adequada é a hierarquia e o contrato

neoclássico. Por outro lado, quando a frequência é recorrente, a estrutura adequada é a hierarquia e o contrato relacional.

**Quadro 4: Características das Transações e sua relação com Estruturas de governança**

ESPECIFICIDADE DE ATIVOS	FREQUÊNCIA	TIPO DE CONTRATO	ESTRUTURA DE GOVERNANÇA
Reutilizável	Discreta	Clássico	Mercado
	Ocasional		
	Recorrente		
Intermediário	Discreta	Neoclássico	Híbrida
	Ocasional	Neoclássico	
	Recorrente	Relacional	
Elevada	Discreta	Neoclássico	Híbrida
	Ocasional	Neoclássico	Hierarquia
	Recorrente	Relacional	Hierarquia

Fonte: Zylbersztajn (1995)

Conforme colocado por Zylbersztajn (1995), há uma estreita ligação entre os tipos de contratos e as formas de governança emergentes. A proposição básica é de que cada forma de governança, isto é, mercado, integrada ou híbrida, deve estar suportada por determinado tipo de contrato. Os contratos clássicos estão associados às estruturas regidas pelo mercado, os contratos neoclássicos estão relacionados às formas híbridas de domínio. A escolha do contrato neoclássico para as formas mistas tem a ver com a inclusão das condições de adaptação, mantendo-se relações contratuais definidas.

Cabe destacar que nas organizações em rede, como é o caso das unidades de saúde, diversas interações estão presentes, seja porque se tratam de relações institucionais, seja porque as ações sanitárias não estão concentradas em uma única unidade, promovendo uma fragmentação nas atividades, sendo necessário firmar acordos ou até mesmo contratos. A tarefa de coordenar esses acordos/contratos exige o conhecimento das variáveis que afetam diretamente os custos de transação *ex ante* (coletar informações, negociar, redigir e criar salvaguardas para os contratos) e *ex post* (monitorar, renegociar e adaptar os termos contratuais a novas contingências). Como os agentes são incapazes de ter pleno conhecimento de todas as informações e a incerteza associada à imprevisibilidade de eventos futuros não pode ser reduzida a um cálculo



probabilístico, os contratos não podem ser completos, abrindo precedente para futuras negociações e barganhas. Em suma, com a ECT, o conceito de contrato tem relevância no campo econômico e administrativo.

#### – Teoria da Agência

Conforme afirma Rezende (1999), independentemente do contexto, da natureza e especificidade, reformas administrativas são consideradas políticas públicas que visam à melhoria no desempenho do setor público por meio de diversos mecanismos. Políticas de reforma do aparato estatal são tentativas que se sucedem em diversos governos, contudo com baixa taxa de sucesso na sua implementação. Por conseguinte, reformas administrativas são políticas que tendem a ter baixo desempenho e alta persistência e, assim sendo, são políticas que permanentemente tendem a falhar. De modo geral, as tentativas de reformar o aparato burocrático estatal têm sido um exercício estéril ou rotundos fracassos tanto administrativos quanto políticos.

Segundo Heredia e Schneider (2002), reformas administrativas são nebulosas em países onde existe uma fusão entre as elites política e burocrática. Reformas administrativas apresentam maior probabilidade de êxito quando grupos políticos alheios a esses esquemas chegam ao poder. Os autores argumentam ainda que os governos tendem a investir mais na reforma administrativa quando, para alcançar determinados compromissos programáticos, exigem-se mudanças na máquina estatal.

Schwartz (1994) vê a teoria da agência como uma das correntes de maior influência sobre as reformas do setor público nos países desenvolvidos. Idéias adotadas nestes países, como a separação entre formulação e implementação de políticas e a criação de quase-mercados no setor público tinham como principal objetivo impedir a captura das agências burocráticas por grupos privados ou burocratas "maximizadores dos orçamentos". A assunção do auto-interesse generalizado e o reducionismo econômico que caracterizam a nova administração pública, segundo Andrews e Kouzmin (1998), também reforçam sua estreita ligação com o ideário neoconservador.

Przeworski (1996) cita a existência três casos emblemáticos relacionados à Teoria da Agência no interior do Estado. O primeiro ocorre no âmbito do sistema político, onde os políticos (agente, neste caso) recebem uma delegação dos cidadãos (titular) para agir em seu nome. Essa relação traz a idéia da responsabilização (*accountability*). O segundo refere-se à relação entre o Estado (titular) e empresários (agente) remetendo a necessidade da regulação. E o terceiro ocorre no âmbito da

Administração Pública, onde o agente representa o empregado contratado pelo governo (titular) para realizar uma tarefa especificada onde se torna essencial à atividade de supervisão (*oversight*).

Para Gomes (2003) a teoria da Agência é uma construção que pertence ao campo de estudo da escola de economia neo-institucionalista que se baseia nas seguintes premissas:

- Os agentes fazem escolhas para os principais (estrutura da decisão)
- Os principais não podem rever todas as escolhas adotadas (estrutura da informação); logo...
- Principais deveriam fornecer “incentivos” para forçar os agentes a adotarem “boas escolhas”.

Esta teoria está baseada na seguinte racionalidade:

- O processo pelo qual agentes realizam suas escolhas é uma função de custo e oportunidade
- Tal função pode ser maximizada se os agentes tiverem incentivos para fazerem boas escolhas para os principais

De acordo com Sato (2007), o problema geral das relações principal agente pode ser formulado da seguinte maneira:

- Os agentes dispõem de informações que os principais não observam diretamente: conhecem suas próprias preferências, dispõem de uma informação privilegiada sobre suas capacidades e têm a chance de perceber alguns estados possíveis do mundo que os principais não podem perceber.

- Estes, por sua vez, podem ser capazes de observar, sem muito esforço, certos comportamentos dos agentes, ou inferir suas ações a partir dos resultados, ou ainda podem decidir arcar com os custos de monitorar tais atos.

Para este autor, o principal teria de induzir o agente a se conduzir de acordo com seu interesse, ao mesmo tempo respeitando tanto a condição de “participação”, quanto à condição de “compatibilidade de incentivo”, que permite ao agente atuar em defesa de seu próprio interesse.

Um fator importante nesse arranjo seria a alocação de riscos, que pode ficar por conta de uma das partes ou ser compartilhada por ambas, dependendo da posição de cada uma diante dos riscos.

Segundo Melo (1996), a Teoria da Agência se aplica quando há uma separação entre controle e propriedade, ou seja, quando há uma delegação de autoridade; por

exemplo, quando o agente é contratado por um contratante (o principal) para realizar uma tarefa pré-especificada tendo como maior problema a questão da assimetria de informação.

Ainda para ele, ela assume uma relevância maior na discussão sobre descentralização, tanto nas questões referentes ao federalismo (ou seja, envolvendo as esferas de poderes subnacionais) quanto na descentralização intra-organizacional. Nesse caso, há justificativas de ordem econômica para a descentralização, relacionadas aos ganhos em termos de eficiência alocativa. Admite-se que a descentralização permite ganhos em termos de maior heterogeneidade e variabilidade na provisão de serviços, maiores possibilidades de geração de inovações e aprendizado organizacional devido à competição intra-organizacional entre unidades administrativas.

O problema de agência, segundo Hatch (1997) apud Sato (2007), envolve o risco de o agente agir de acordo com seus interesses em vez dos do principal. Para evitar os problemas de divergência de interesses, são realizados contratos, cujo objetivo é alinhar os interesses dos agentes com os de seus principais.

Para Eisenhardt (1985) apud Sato (2007), a habilidade dos principais em saberem se os agentes estão ou não agindo de acordo com seus interesses, depende das informações disponíveis aos principais. Essas informações podem ser obtidas diretamente pelo monitoramento direto das ações dos agentes, ou, indiretamente, pelo acompanhamento dos resultados produzidos pelos agentes.

A burocracia descentralizada de acordo com Martins (2005) pode ser caracterizada como sendo o agente, e a burocracia do órgão supervisor do contrato de gestão como sendo o principal. Nesse caso, o oportunismo do agente pode se fazer sentir no momento em que ele não aplica todo o esforço que poderia despender para a satisfação das necessidades do principal, a partir do momento em que esse esforço gera uma inutilidade para o agente. Trata-se então basicamente de uma situação de conflito de interesses, ou para usando um termo mais técnico, de um *trade-off* entre as funções objetivo do agente e do principal. A magnitude do esforço é inobservável pelo principal, pois o custo da informação perfeita pode facilmente superar a utilidade, para o principal, de contratar o agente; essa é a origem do fenômeno da informação assimétrica.

Conforme colocado por Sato (2007), a assimetria de informação se refere à posse, pelo agente, de um conjunto maior de informações sobre os requisitos e resultados das atividades desenvolvidas ou a se desenvolverem. Essa superioridade pode induzir à busca por benefícios adicionais por parte do agente.

Arrow (1963) identificou duas fontes principais de problemas de agência: o risco moral, que está relacionado com acobertar ações, e a seleção adversa, relacionada a acobertar informações. O risco moral envolve situações onde as ações dos agentes não são de conhecimento do principal ou são muito onerosas para serem observadas. Já a seleção adversa representa o fato de os agentes possuírem informações desconhecidas por parte do principal ou cujos custos de obtenção são elevados.

Siffert (1996) afirma que as soluções encontradas sobre o problema agente-principal envolvem em geral o desenvolvimento de uma estrutura de incentivos que permita uma harmonização maior entre os objetivos do principal e os do agente, ou seja, permita que as funções objetivo de cada um reforcem-se mutuamente.

Para Przeworski (1996), o maior desafio na administração pública seria dotar o aparelho de Estado de instrumentos que lhe permita uma intervenção efetiva e, por outro lado, crie incentivos para que os funcionários públicos atuem segundo o interesse público. Contudo, estes por si só não são suficientes. Para que o governo funcione de forma adequada, a burocracia deve ser controlada por políticos eleitos que, por sua vez, devem ser passíveis de fiscalização e punição pelos cidadãos de forma que, só permaneçam no poder aqueles que funcionem de forma adequada.

Melo (1996) coloca que a gestão pública é baseada em relações de delegação de funções entre os atores políticos e burocráticos, que estão sujeitas a problemas de relação do tipo agente x principal na medida em que a delegação de responsabilidades de execução implica também na delegação de certa autoridade de decisão.

Assim, os dirigentes políticos têm informações privilegiadas em relação aos cidadãos sobre os processos de elaboração das decisões e os agentes burocráticos têm informação privilegiada em relação aos dirigentes políticos sobre os processos de execução das ações, que podem influenciar nos resultados da formulação, da implementação e da fiscalização das políticas públicas.

As organizações buscam então, estabelecer instituições que produzam incentivos para que os objetivos dos agentes e dos principais sejam congruentes, de forma que nas relações haja coordenação, cooperação e a comunicação entre as funções (Przeworski, 1999).

Neste caso, o desafio da nova gestão pública é estabelecer um sistema que associe o cumprimento das regras ao alcance das metas, através de mecanismos de regulação ex post, como a contratualização.

De modo geral, o problema do principal – agente remete a questões de informações e esquemas de incentivos (Araújo 2000). As razões dos problemas desse tipo de relação podem ter origem não apenas nas diferenças de motivação e objetivos entre principal e agente, mas na assimetria de informação e preferência de riscos das partes.

Analisando o setor saúde, pode-se constatar que ele possui inúmeros atores, que exercem papéis de agentes e principais. É justamente no exercício destes papéis que surgem grande parte dos conflitos, e, através de diversos mecanismos de regulação, tenta-se reduzir os custos de transação derivados dos conflitos de interesse que são a causa principal dos problemas de agência dentro desse setor. O relacionamento entre os atores do sistema de saúde é caracterizado por uma complexa trama de conflitos de interesse e de poder, que podem ser analisados à luz da teoria da agência.

# CAPÍTULO 5

---

## Resultados, Análise do Estudo e Discussão

“O esforço chama sempre pelos melhores.”  
Lucius Annaeus Sêneca

### 5.1 - Contextualização

O levantamento de dados para esta pesquisa realizou-se através de análise documental e entrevistas com profissionais em funções gerenciais no período da proposta de implantação da contratualização.

A análise documental teve por finalidade reunir informações que possibilitassem identificar e descrever as variáveis relacionadas ao processo de contratualização assim como entender o contexto em que ocorreu.

Os documentos selecionados foram:

- Os esqueletos dos contratos de metas e de gestão,
- As planilhas de negociação de metas e indicadores,
- Cópias dos contratos assinados,
- Planilhas de marcação de consultas e exames da central de marcação da CAP 4,
- Plano Regional de 2001,
- Planilhas e relatórios de produção e atividades enviadas ao nível central no ano de 2004 e 2005 (referentes aos Programas de Hipertensão e Diabetes, de Controle da Tuberculose, Hanseníase, da Atenção à Mulher e da Criança).

Não foi possível resgatar os apontamentos das reuniões, pois não foram realizadas atas.

As entrevistas registraram o depoimento de onze atores. De modo geral, elas se mostraram bem consistentes: além de oferecer respostas relativas aos assuntos diretamente vinculados ao tema da dissertação, trouxeram também informações importantes sobre condições e características da gestão pública municipal de saúde.

Nessa pesquisa, após a transcrição das entrevistas, os depoimentos foram devidamente organizados e relacionados ao tema de cada pergunta do roteiro. Foram

selecionados trechos com as informações mais importantes e mais adequadas e que possuíam uma coerência maior com a pergunta. Para isto, foram montados quadros-síntese. Concomitantemente a estes últimos, são apresentadas as discussões e as avaliações críticas a respeito dos resultados obtidos.

A Área de Planejamento 4 possuía em 2007 sob a gestão municipal, seis unidades básicas de saúde, quatro unidades de Saúde da Família totalizando nove equipes, um hospital de emergência, um de emergência psiquiátrica, um de assistência clínica, um hospital geral e um instituto de assistência psiquiátrica. No período do estudo (2004-2005) tinha sob sua gestão o Hospital Cardoso Fontes. Ela compreende as Regiões Administrativas de Jacarepaguá, Barra da Tijuca e Cidade de Deus.

Desde meados da década de oitenta, ocorrem discussões sobre a possibilidade de novos arranjos organizacionais e maior flexibilidade gerencial na AP 4. Fóruns são realizados, documentos são elaborados e propostas são apresentadas criando um ambiente rico em idéias (algumas novas outras recriadas) para a gestão pública da saúde.

Uma síntese dessas contribuições traz temas principais que sempre estão no epicentro das discussões. Problemas como uma rede desintegrada, pouco cooperativa e confiável, falta de autonomia gerencial e insuficiente rede básica assistencial foram motivos de importantes tentativas de avanço na forma de administrar os cuidados em saúde na Área.

A discussão do papel regional da Coordenação de Saúde no enfrentamento desses problemas foi também alvo de inúmeras considerações e embates. Desde que foram criadas as CAPs em 1993, o nível central da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) vem deslocando algumas responsabilidades administrativas sem contudo, redistribuir poder decisório. É o típico caso de desconcentração. A CAP 4 atua com a mesma normatividade da SMS-RJ permanecendo a responsabilidade com o nível central. A desconcentração traz a vantagem de garantir a integridade organizacional vertical, mas ao não transferir o poder decisório, dificulta a responsabilização local, a integração intersetorial e a até a própria participação dos usuários nas questões mais locais.

A falta de poder decisório por parte do gestor da AP 4 gera uma série de pontos críticos. Dentre eles temos o alinhamento de interesses que não se dá por negociação ou por argumentação e sim por imposição. Esta submissão formalizada pela relação hierárquica baseada em tomadas de decisão de cima para baixo influencia

negativamente a iniciativa e o arrojo do gestor local, pois dificulta sua capacidade de articulação e de interação com outros atores, haja vista sua pouca mobilidade no cenário político. Sem poder decisório ele fica refém de uma política pouco sensível às características locais, na maioria das vezes distante dos problemas de alto valor político do seu espaço de atuação. Seus interesses, mesmo que divergentes, estarão subjugados aos do nível central sob risco do gestor perder seu cargo ou função. Pode-se destacar também uma cobrança excessiva dos meios, sem mecanismos ou recursos para se atingir os fins.

A dificuldade do nível central em propor e implantar reformas necessárias à correção das dificuldades e disfunções do modelo assistencial associado a questões estruturais ainda mal resolvidas do próprio Sistema Único de Saúde (SUS), como a questão do repasse de recursos e o financiamento da média e alta complexidade, levou a que o sistema municipal de saúde do Rio de Janeiro apresentasse graves problemas de funcionamento exemplificados no desabastecimento das unidades e na falta de investimento em infra-estrutura e manutenção de equipamentos.

Vários fatores influenciaram as propostas de maior liberdade e de maior autonomia gerencial na esfera local. Dentre eles, com especial destaque, foi a presença de um corpo técnico questionador, capaz e criativo na instância regional, que resultou em diversos documentos e fóruns ressaltando as dificuldades e insatisfações quanto ao modo de se gerir e de regular os cuidados em saúde na área, principalmente ao levar em consideração o tipo de gestão praticada pela SMS-RJ no período estudado (2004 a 2005).

No ano 2000, uma proposta diferenciada de planejamento e integração de serviços foi iniciada com a metodologia da *Démarche Stratégique*. Este enfoque se propunha a definir racionalmente a missão dos hospitais, situando-os numa perspectiva ideal de uma rede coordenada de cuidados de saúde (Artmann e Rivera 2003).

Para esta experiência, os serviços de cirurgia geral dos hospitais Cardoso Fontes, Lourenço Jorge e Raphael de Paula e Souza foram os selecionados. Essa experiência inicial, basicamente um embrião da contratualização em si, apresentou resultados satisfatórios do ponto de vista tanto da macroorganização (melhora de fluxo e otimização de recursos), quanto do usuário (tempo de espera menor e maior comodidade). Contudo, pela baixa capacidade gerencial da Secretaria municipal de saúde (troca de coordenações, desabastecimento, indefinição na gestão dos hospitais municipalizados entre outros) este trabalho praticamente foi interrompido. Não houve



fortalecimento do Hospital Lourenço Jorge como pólo de trauma tanto sob o ponto de vista de aquisição de equipamentos (tomógrafo helicoidal – adquirido em 2007, mas com uso apenas para internados) quanto de recursos humanos (neurocirurgia - com vaga, mas sem profissional) nem no Hospital Raphael de Paula e Souza com implantação da terapia Intensiva. O Hospital Cardoso Fontes é, hoje, a referência para algumas especialidades dentre elas para neoplasia, contudo, apresenta muita ociosidade de vagas conforme análise documental (anexo 8).

No ano de 2004 a então Subchefia Especial de Assuntos Técnicos da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro propôs para todas as Áreas de Planejamento novos arranjos de gestão calcados em base contratual.

Houve uma separação de perfil de Unidades na SMS-RJ, onde um grupo foi composto pelos grandes hospitais e outro pelas Coordenações de Saúde e demais unidades assistenciais. Basicamente, o processo foi similar para os dois grupos: a partir de um levantamento da capacidade de oferta de serviços (operacional e instalada) das unidades pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e por série histórica de produção e de gasto, iniciou-se a negociação das metas de produção e de desempenho com as mesmas (anexo de metas específicas).

Os encontros com os grandes hospitais eram feitos separadamente, sem a participação das Coordenações de Área. A proposta era de que estes tivessem autonomia de gestão tendo orçamentos próprios negociados diretamente com o nível central. Este fato em si poderia reforçar a desintegração do sistema de serviços de saúde na AP 4 com pouco diálogo entre os hospitais e deles com o resto da rede. Apesar desta possibilidade, a Coordenação de Saúde foi bem receptiva a negociação, convidada ou não, com os grandes hospitais. Pelos documentos, algumas parcerias na elaboração dos contratos ficaram evidentes como a utilização de toda a diagnose do Hospital Raphael de Paula e Souza e a utilização de leitos de apoio do Hospital Álvaro Ramos como suporte para o Hospital Lourenço Jorge entre outros.

No outro grupo, as Coordenações de Saúde seriam unidades orçamentárias e o restante da rede estaria subordinado as primeiras respectivamente. Em relação a discussão com o nível central, as unidades de saúde participavam apenas de alguns fóruns de assuntos mais gerais. Cabiam às Coordenações de Saúde a pactuação das metas com as unidades de sua abrangência.

Para os dois grupos as cláusulas, condições e vigência dos contratos eram pré-determinados pelo nível central. A parte que correspondia à negociação era referente a

estipulação das metas. Cabe ressaltar, que pela análise dos documentos, havia possibilidade de se incorporarem metas de acordo com a especificidade das unidades.

Esse processo visava de alguma forma, substituir as relações entre os entes da SMS-RJ baseadas na hierarquia para um modelo contratual onde hipoteticamente haveria maior responsabilização e maior qualidade no fornecimento dos serviços de saúde.

Com o recurso dos contratos deu-se, talvez, uma audaciosa tentativa de reestruturação do modelo gerencial da SMS-RJ, alterando o relacionamento entre os diferentes atores, enfatizando em essência, os resultados, a avaliação e o comprometimento. Esse fato se baseava na idéia nuclear de quebrar a hierarquia como modelo de comando e estabelecer um relacionamento mais flexível através da delegação de responsabilidade por contratos.

Segundo Mintzberg (2003), quando se fala em delegação de responsabilidades, ampliam-se as discussões sobre maior delegação e transferência de poder e abre-se espaço para a participação da estrutura informal. Neste contexto, busca-se a construção de uma metodologia mais flexível, onde seja permitida e provocada a maior participação do indivíduo no processo o qual este está ou será incluído. Assim, as organizações podem promover esta capacidade e necessidade de inovação do indivíduo. Para este mesmo autor, administrar sem uma ligação íntima com o que é administrado é um convite à desarmonia. Por outro lado, a articulação externa e a negociação não podem estar dissociadas dos processos de conduzir e fazer.

Para os grandes hospitais da rede municipal de saúde e para as CAPs, o arranjo contratual era denominado Contrato de gestão. Para o restante da rede o arranjo era chamado de Contrato de Metas (modelos em anexo).

No final de novembro de 2004 todas as unidades já tinham seus contratos elaborados. Ao final de dezembro do mesmo ano, todos já estavam assinados e conseqüentemente formalizados. Não havia sistematização para monitoramento e avaliação dos contratos, cabendo as Coordenações de Saúde o papel de se estruturarem de acordo com as suas possibilidades para o desempenho de tal função. Portanto o acompanhamento e a regulação, aspectos essenciais na contratualização praticamente não existiam (apenas constavam em papel).

Houve uma preocupação no nível local em se formar os denominados “Grupos de Apoio as Unidades” formados por duplas ou trios de servidores da CAP 4 os quais seriam responsáveis pelo suporte gerencial a duas ou três unidades de saúde da Área.

Desses grupos de apoio sairiam servidores para formar a Comissão de Acompanhamento dos contratos na AP 4 junto com os representantes das unidades e, teoricamente, do nível central.

Num momento posterior a formação da Comissão a proposta local era de que se fizesse uma revisão dos instrumentos contratuais, tornando-os mais audaciosos do ponto de vista de alcance de metas e mais amigável do ponto de vista de proporcionar incentivos e não só cobranças às unidades.

Porém antes de se iniciar qualquer processo avaliativo, uma verdadeira reforma nos quadros da Secretaria Municipal de Saúde impediu o amadurecimento do processo de contratualização. Os servidores do nível central que estavam mais envolvidos com o processo foram todos removidos para outros locais e a nova equipe não deu continuidade à idéia proposta.

A mudança de pessoal na SMS-RJ foi condicionada pela grave crise financeira que a saúde municipal vinha passando desde final de 2003 e que teve o seu ápice na intervenção federal de alguns hospitais municipais em 2005. Alguns autores fizeram comentários sobre esta crise, principalmente após a intervenção. Eduardo de Azeredo Costa (2005) coloca a questão da crise sob ótica do ônus da rede municipalizada (causado pelo repasse inferior de recursos da União) e pela incapacidade administrativa do corpo dirigente da SMS-RJ, na gestão do então secretário de Saúde Ronaldo César Coelho o qual ele intitula de “secretário banqueiro”. Já Chorny (2005) procura explicações em elementos estruturais da crise, fugindo do debate polar entre município e governo federal. O município atribuía a crise financeira a um excesso de demanda dos municípios próximos e a uma inadequada transferência de recursos do nível federal, já o Ministério da Saúde afirmava que era uma crise gerada por falta de capacidade gerencial.

Neste cenário, a proposta de contratualização na saúde ficou seriamente afetada. Ela passou a carregar a marca indelével da SMS-RJ – a de ser realmente apenas mais uma experiência. Para a contratualização, não se tinha nada concreto, apenas um ideário pouco referenciado como diversas outras propostas que caíram no descrédito e no desuso. Apesar de ter uma matriz teórica rica, densa e atual, a contratualização não conseguiu se desenvolver com a crise.

Sem sustentação alguma do ponto de vista administrativo, econômico e principalmente político, um modelo hipoteticamente calcado num projeto político claro, com intensa negociação e principalmente moldado pela essência da responsabilização

do agente público poderia ser a força motriz que alavancaria a administração pública municipal no âmbito da saúde.

Como anteriormente dito, esse movimento de organização para um novo modelo de gestão sofreu um forte revés quando o corpo de servidores do nível central responsável pela proposta de contratualização foi modificado. A falta de continuidade e, principalmente, o descaso com a proposta tornaram inviável a organização já montada.

Partes dos contratos foram sendo utilizadas principalmente para se avaliar a eficiência de alguns programas de saúde como tuberculose, hanseníase e outros. Todavia a essência do processo – negociação, pactuação, avaliação e responsabilização - foi esquecida. Pela análise documental, os processos de trabalho na CAP 4 e nas unidades de saúde continuam sendo feitos de forma burocrática, vertical, com autonomia limitada e muita das vezes com pouca sensibilidade ao contexto e as necessidades locais, mesmo com a descentralização financeira da CAP e dos grandes hospitais.

Este quadro difícil se reflete em toda a Gestão Municipal em Saúde o que não causa surpresa haja vista o modelo de gestão utilizado atualmente na SMS-RJ, baseado ainda nos princípios da Administração Científica e na Escola Clássica da Administração.

## **5.2 - Os contratos**

De acordo com o referencial teórico da Economia dos Custos de Transação, observamos que os dois tipos de contratos encontrados na AP 4 eram do tipo relacional, com características de serem flexíveis e renegociáveis, baseados na relação desenvolvida ao longo do período da gestão dos diretores e gestores de nível regional e central. Os contratos de metas (realizados com as unidades básicas) não previam repasses financeiros diretamente para as unidades. Eles continham basicamente metas de produção. Já os contratos de gestão (realizados com grandes hospitais) eram formais, caracterizados por repasses diretos e com uma preocupação maior com desempenho.

Os contratos caracterizavam-se como um compromisso bilateral entre o nível central/regional e a organização contratada e deveriam, em tese, assegurar à organização liberdade e meios para alcançar os resultados em horizonte de tempo definido.

Ao se avaliar ambos os instrumentos contratuais da AP 4 sob a ótica da Teoria da Agência, percebe-se que eles se ocupavam muito mais das obrigações dos agentes

(unidades) do que as obrigações por parte do principal (SMS-RJ) principalmente na questão da autonomia sobre os recursos. Como anteriormente dito, as metas estipuladas nos contratos se baseavam na capacidade operacional e instalada e nas informações registradas nas unidades, as quais eram repassadas ao nível central da SMS-RJ através de relatórios ou planilhas de acordo com o programa a que se destinavam (AIDS, Doenças Crônicas, Saúde Bucal, Saúde Mental e etc.) ou pelos próprios sistemas de informação das Unidades (SIGAB – Sistema de Gerenciamento de Unidade Ambulatorial Básica ou o HOSPUB – Sistema Integrado de Informatização de Ambiente Hospitalar).

Uma vez firmados, a execução dos contratos seria fiscalizado pelo nível central da SMS-RJ. Além disso, os resultados atingidos com a execução dos contratos seriam analisados, periodicamente, (quatro meses) por comissão de avaliação, indicada pela autoridade da Área (no caso dos contratos de metas) ou pelo nível central (no caso dos contratos de gestão).

Os dois instrumentos contratuais possuíam cláusulas definindo o objeto da contratualização, as obrigações do contratante e do contratado, o acompanhamento e a avaliação dos instrumentos, os recursos financeiros, condições de pagamento, possíveis alterações e prazo de vigência.

Apesar de possuírem as mesmas cláusulas, os contratos apresentavam diferenças sutis entre algumas delas. Na cláusula de recursos financeiros no contrato de metas apenas está explicitada a origem dos recursos que seria do Fundo Municipal de Saúde. Já no caso dos contratos de gestão, além da origem do recurso, ficava explícito a dotação orçamentária que seria recebida pelos hospitais, que deveria ser disponibilizada em duodécimos mensais, sucessivos, mediante o resultado das avaliações, além do programa de trabalho e o código da despesa destinada a custear o contrato.

Em relação às condições de pagamento, nos contratos de metas foi colocado que o montante de recursos a ser utilizado pelas unidades básicas, fundamentava-se em valores correspondentes à série histórica dos valores auferidos pela prestação de serviços realizados no exercício anterior e que seria suportada a variação de 15% (quinze por cento) na produção, a mais ou a menos.

Já nos contratos de gestão, o montante de recursos a ser utilizado pelo Hospital (ou CAP) para a execução das despesas fundamentava-se em valores correspondentes à série histórica dos valores auferidos pela prestação de serviços realizados no exercício anterior, estando o HOSPITAL ou a CAP autorizado a realizar despesas no limite de

tais valores ao longo do ano, com recursos oriundos do Fundo Municipal de Saúde além de frisar que as autorizações para as despesas seriam mensais e concedidas até o 10º (décimo) dia útil de cada mês.

Esta última frase ressalta a autonomia financeira concedida por este tipo de instrumento, o que não ocorre no contrato de metas.

Havia uma ressalva também no contrato de gestão importante. No caso em que a produção apresentada pelo hospital estivesse aquém das metas pactuadas, sem justificativa relevante, por critério da SMS-RJ, a diferença a menor, seria expressa em percentuais, que seriam descontados dos valores inicialmente previstos das parcelas de custeio.

Um último ponto que deve ser destacado diz respeito às obrigações dos contratados. Nos dois tipos de contratos havia a preocupação de manter atualizados os sistemas de informações presentes nas unidades. Isto estava claramente manifesto desde a manutenção atualizada dos Sistemas de Informações Ambulatoriais e Hospitalares (SIA e SIH) do Sistema Único de Saúde, até manter em funcionamento, as Comissões de Revisão de Prontuários, de Revisão de Óbitos, de Controle de Infecção Hospitalar, de Ética Médica, de Farmácia e Terapêutica, de Transplantes de Órgãos, de Apropriação de Custos, de Documentação Médica e Estatística, no caso dos hospitais. Desta forma buscava-se diminuir a assimetria de informação entre os Agentes (unidades) e o Principal (CAP 4 ou SMS-RJ)

### **5.3 - As entrevistas**

Considerando o significado dado a contratualização, o quadro abaixo sintetiza as principais idéias surgidas da análise das entrevistas:

#### **Quadro 5: Significados da Contratualização**

<b>CONTRATUALIZAÇÃO</b>	<b>Principais idéias</b>
<b>Significado</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Definição das necessidades de atenção à saúde de modo pactuado entre os gestores e os prestadores de saúde;</li><li>• Processo em que se estabelecem metas quantitativas e qualitativas;</li><li>• Padronização de serviços prestados na saúde</li><li>• Ferramenta ou instrumento de gestão</li><li>• Compromisso de realização de tarefas pactuadas</li><li>• Novo modelo de gestão</li></ul>

Fonte: Entrevistas

Considerando os depoimentos obtidos na pesquisa sobre qual seria o significado de contratualização, cinco entrevistados apontaram a mesma como uma ferramenta, instrumento ou até mesmo um novo modelo de gestão. Neste sentido, seriam firmados contratos entre clientes e fornecedores ou entre atores, definindo metas e indicadores. Abaixo estão listados trechos de três destas cinco entrevistas:

*Ferramenta de gestão onde se firmam contratos (compromissos assumidos e pactuados pelas partes envolvidas) entre clientes e fornecedores com objetivos claros traduzidos em metas a serem alcançadas.*

*Instrumento de gestão que permite uma avaliação de desempenho da Unidade. Certamente foi pensado num novo modelo de gestão para a saúde.*

Outros três entrevistados colocaram a contratualização como um processo onde se estabelecem metas de desempenho.

*É um processo onde o gestor e os representantes das Unidades estabelecem metas quantitativas e qualitativas visando o aprimoramento da atenção à saúde da população.*

*Pactuação de metas a serem alcançadas a partir de uma negociação sobre o que fazer.*

*Na contratualização se estabelecem metas negociadas de acordo com o que se quer alcançar em termos de resultados sanitários.*

Nestes últimos depoimentos também aparece à questão da definição pactuada de metas ou indicadores. Nesse sentido, a contratualização assume o papel de ser um instrumento essencialmente pautado em negociação, diminuindo consideravelmente a possibilidade de ser uma imposição no sentido de cima para baixo.

A proposta de utilizar como estrutura de governança os arranjos contratuais (contratos de gestão e contratos de metas), forçando a necessidade de se negociar e pactuar resultados certamente traria vantagens no compartilhamento de riscos inerentes a questão da separação entre quem gerencia e quem executa, tal qual o referencial da Teoria da Agência e da ECT (Economia dos Custos de Transação).

Um entrevistado colocou a contratualização como uma forma de padronizar e uniformizar os serviços prestados nos cuidados em saúde. Sob este aspecto, os contratos firmados funcionariam como verdadeiros instrumentos normatizadores. Esta visão é interessante, pois traz a idéia de melhoria da qualidade e eficiência no uso de recursos assistenciais (Mendes 2001).

*Contratualização seria a uniformização e a padronização dos serviços prestados na saúde.*

Já outra entrevista aponta a contratualização como o processo em que se definem as necessidades de atenção à saúde. Isto ocorreria de modo pactuado entre os gestores e os prestadores de serviço. Neste sentido, a idéia de separação entre formulação/regulação e prestação de serviços fica evidenciada tais quais as propostas de reforma de Estado (MARE, 1995).

*Contratualizar é definir de modo pactuado entre o gestor e os prestadores de serviços de saúde, a necessidade de atenção à saúde da população.*

A idéia de compromisso fica evidenciada numa outra entrevista onde a realização das tarefas fica atrelada aos recursos disponíveis e ao que se negocia.

*Compromisso de estar realizando determinadas tarefas com o que você dispõe e se compromete a realizar.*

Ao se considerar os significados atribuídos a contratualização, podemos perceber o seu papel como um instrumento da gestão. A contratualização implica em se definir quais as necessidades em saúde, ou seja, o que é necessário se fazer e com o quê. Isto também implica em negociação. Ao se definirem os papéis assume-se o compromisso de realizar ações e atividades presentes nos acordos.

Estas ações e atividades estão balizadas por metas a serem cumpridas. Podemos observar que, nas entrevistas, a maior parte destas questões apareceram.

Pelas idéias principais das entrevistas, podemos verificar que a contratualização poderia ajudar na definição de um rumo para a gestão na AP 4 seja através de metas quantitativas ou qualitativas, tarefas pactuadas ou até mesmo de padronização na prestação de serviços de saúde. Percebe-se então que com a contratualização, poderia ser definida a verdadeira Agenda do dirigente tal qual proposta por Matus (1996), caracterizada por um projeto político consistente, com horizonte e com materialidade. A regra da direcionalidade define a missão, os objetivos e as funções de uma macroorganização e se expressa na Agenda do Dirigente, estando relacionada ao uso do tempo e ao foco de atenção do dirigente.

Ao se analisar as respostas da pergunta sobre participação dos atores da AP 4 no processo de negociação das metas a serem alcançadas pelos serviços das Unidades, a resposta positiva foi unânime.

As respostas demonstram claramente que houve solicitação e participação dos mesmos em negociações.



Cabe destacar que este fato depende da capacidade de mobilização e de comunicação do coletivo de atores da Área, articulada ao grau de compromisso demonstrado em relação à colaboração dos mesmos no processo de contratualização. Na outra face da moeda pode-se considerar também essa resposta como um reflexo do forte viés da gestão do tipo comando controle do nível central.

Todavia quando se pergunta se houve alguma discussão com o nível central da SMS-RJ, apenas os diretores de hospitais de grande porte e a CAP responderam afirmativamente. Com isto, é possível afirmar que era nítida uma participação diferenciada (o que é fato na própria existência de dois tipos de instrumento contratual – contrato de metas e contrato de gestão).

De certa forma essa interlocução dos hospitais com o nível central onde, em alguns casos, a coordenação local não participava, poderia reforçar a desarticulação ou até mesmo a desintegração na rede de serviços de saúde da AP 4. Neste sentido, Lima (1996) afirma que seria necessário que os contratos estivessem associados a políticas e a outros instrumentos gerenciais de âmbito regional/central que assegurassem a integração, a articulação e o equilíbrio da rede.

Em relação ao cumprimento das metas constantes no plano de metas, cinco entrevistados responderam que foram atingidas parcialmente, dois negativamente e dois que sim. Os principais motivos para o não cumprimento ou cumprimento parcial das metas negociadas encontram-se no quadro abaixo:

**Quadro 6: Motivos para o não cumprimento de metas**

<b>CONTRATUALIZAÇÃO</b>	<b>Principais Idéias</b>
<b>Motivos para o não cumprimento das metas constantes no plano de metas</b>	Cultura organizacional Falta de recursos (humanos, materiais e cognitivos) Condições de trabalho Desorganização da rede Desabastecimento das Unidades

Fonte: Entrevistas

As observações de cinco entrevistados enfatizam uma grande questão relacionada ao não cumprimento ou cumprimento parcial das metas constantes no plano de metas: - a falta de recursos, ou seja, a contrapartida da SMS-RJ para que se atingissem os resultados pactuados. De acordo com a Teoria da Agência, o principal (nível central) não cumpriu seu papel na relação contratual ao não prover o agente (unidades) de condições para tal.

Mesmo que o principal fator estruturante para essa falta de recursos tenha sido a grave crise financeira da SMS-RJ que gerou um desabastecimento o que realmente é um enorme impeditivo de se cumprir o pactuado, o mais lógico seria rever os instrumentos e reajustá-los para a nova realidade que se apresentava.

Aqui podemos observar a importância de se trabalhar com diferentes cenários – que seriam de acordo com Matus (1996), diferentes perspectivas da realidade, sugeridas pelo ator que planeja que têm por propósito criar estratégias de ação, no caso de o plano principal não ser contemplado ou surgir algo não previsto durante a fase de ação do planejamento.

Esta necessidade é reforçada pelas falas abaixo onde se destacam alguns depoimentos que vem de encontro ao que se abordou sobre os motivos do não cumprimento das metas pactuadas:

*O contrato precisa de ajustes e avaliações anuais, o que não aconteceu. As metas foram cumpridas parcialmente. As condições de trabalho e recursos têm sofrido oscilações que impactam nos resultados.*

*Na ocasião e nos anos de 2004 e parte de 2005, houve um desabastecimento significativo das unidades com relação a insumos. Isto prejudicou a realização de procedimentos e propiciou um clima desfavorável no interior das unidades.*

*... devido a algumas dificuldades como falta de insumos, recursos humanos ou até referência ficam os gestores impossibilitados de alcançar as metas previstas.*

Em referência a fala que menciona a questão das condições de trabalho o entrevistado colocou que a falta de insumos e de equipamentos dificultavam o alcance dos resultados, pois no exemplo citado por ele, *como poderiam ser ofertadas vagas para ultra-sonografia se o ultra-som vive quebrado?*. Portanto esta questão nos faz considerá-la como um fato conseqüente da crise e do desabastecimento.

Um dos entrevistados enfatiza a questão da cultura organizacional como elemento dificultador no cumprimento das metas. Na entrevista ele coloca que os profissionais de saúde de sua unidade não se envolveram no processo, pois achavam que era mais um instrumento de cobrança do município e que não geraria nenhuma melhoria nas condições de trabalho. Cabe destacar que esta unidade tinha sido municipalizada e possuía um grande corpo de profissionais do nível federal.

Em relação às duas respostas positivas para o cumprimento das metas, a questão crítica apontada foi a presença de metas pouco audazes. Este fato nos remete ao conceito de assimetria de informação na teoria da Agência neste caso entre a CAP 4 e as

unidades onde as últimas detinham informações sobre capacidade operacional e produção que o principal tinha acesso limitado. Na verdade os dados informados eram de responsabilidade das unidades. Muitas vezes não se tinha a informação correta, pois, em muitos casos tínhamos profissionais de licença, substituindo algum plantão, em cargos comissionados ou até mesmo quebra de equipamentos. Nestes casos a produção ficava aquém do esperado. Por outro lado poderíamos ter determinadas atividades que não constavam nos mapas de produção como atendimento a pacientes com tuberculose multi-resistente ou até mesmo ambulatório para pacientes tabagistas o que acarretava produção sem registro.

Assim, muitas unidades parecem ter subestimado propositalmente suas capacidades operativas a fim de atingir as metas negociadas. Neste caso caberia a CAP 4 criar mecanismos para minimizar tal fato através da melhoria dos seus sistemas de informação entre outros.

Em relação ao cumprimento podemos ressaltar:

*Ficou pró-forma. Já era o que fazia. Não colocava 100%.*

*Tudo era feito em cima de série histórica. Pactuamos uma faixa em as unidades poderiam ficar. Não havia dificuldade.*

Com relação à questão sobre utilidade do instrumento contratual para a gestão, todos os entrevistados consideraram o instrumento útil. Ao se indagar o porquê disto, obteve-se o seguinte quadro com as principais colocações:

**Quadro 7: Utilidade do Instrumento para a Gestão**

CONTRATUALIZAÇÃO	Idéias principais
<p><b>Utilidade do instrumento para a gestão</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instrumento de acompanhamento e avaliação</li> <li>• Melhoria da Atenção à Saúde</li> <li>• Foco em resultados</li> <li>• Comprometimento dos gestores</li> <li>• Pactuação e Negociação</li> </ul>

Fonte: Entrevistas

Quatro entrevistados deram destaque ao papel da contratualização como um importante mecanismo que proporcionaria um melhor acompanhamento e avaliação das ações de saúde.

Seguem alguns trechos:

*Sim, considero o instrumento útil para a minha gestão, pois é através dele que é possível acompanhar o serviço prestado ao usuário por cada Unidade...*

*É útil para o gestor porque permite o acompanhamento de determinadas metas que visam avaliar a produção/produktividade e a qualidade da assistência prestada pela Unidade.*

*Sim, estabelece metas para avaliação de desempenho.*

Com certeza, este dado reforça o primeiro pressuposto desta dissertação, onde se afirma que a contratualização possibilita mecanismos mais claros de avaliação e responsabilização. Ao se ter o foco de atenção voltado para resultados a preocupação gerencial passa necessariamente a estar voltada para o impacto das ações de saúde do sistema local.

Outro elemento apontado em uma entrevista foi a possibilidade de estar se discutindo e negociando o que fazer em termos de objetivos sanitários, de acordo com a realidade local, o que corrobora com o terceiro pressuposto desta dissertação que coloca que a contratualização poderia potencializar a avaliação de necessidades e a definição de prioridades em saúde.

*A utilidade do instrumento está na possibilidade de se negociar o que se vai fazer, baseado, é claro no que é importante fazer para a área em termos de necessidades de saúde.*

Este trecho nos mostra que a contratualização pode ser uma importante ferramenta de gestão na medida em que explicita e direciona as ações que serão realizadas para resolver os principais problemas sanitários da Área, priorizando de certa forma o que realmente é estratégico em termos de necessidade de enfrentamento. Neste caso ela tende também a otimizar ganhos em eficiência, pois dificulta o dispêndio desnecessário de recursos e atividades.

Em relação à idéia de comprometimento dos gestores, temos duas entrevistas que abordam esta questão:

*Há uma necessidade de se envolver os outros profissionais da Unidade. A Direção ao se comprometer com determinadas metas, necessariamente precisa conversar com os outros profissionais. Com certeza, readequações e até mesmo mudanças mais radicais acontecerão no interior dos serviços. Esse movimento de se firmar compromissos deve estar presente em toda a organização.*

*Acho o instrumento útil, pois ele de certa forma define os papéis dos atores. Cada um sabe ou deixa explícito o que vai fazer. A relação pelo contrato tende a*

*fortalecer a confiança entre os pares. E com confiança as coisas andam de forma mais consistente, garantindo aos gestores mais autonomia para novos desafios.*

O comprometimento da Alta Direção, no conceito trazido por Matus (1996), traz a tona novamente a discussão sobre a responsabilização dos atores. Ao assumir um compromisso através de um contrato, hipoteticamente qualquer gestor da AP 4 passa a ser um real depositário de certo grau de confiança. E, na medida em que ele demonstra o que está fazendo, cumprindo o que foi acordado, ele vai ganhando mais autonomia, ou seja, vai construindo governabilidade. Neste caso, as regras do jogo macroorganizacional vão sendo cumpridas, ou seja, a responsabilidade e a governabilidade caminham juntas.

Autonomia, na visão de Matus (1996), serve para que os atores sejam mais criativos e responsáveis, nos seus respectivos espaços de governabilidade, mas sempre dentro da moldura desenhada pela direção superior. Esta seria a grande garantia da direcionalidade do plano, dentro de um sistema de alta responsabilidade, de prestação e prestação de contas, mas sempre dentro dos marcos do projeto maior.

Vale destacar que o surgimento da iniciativa de contratualização no nível central ou regional produz um aspecto significativo e favorável nas unidades descentralizadas, na medida em que pode proporcionar a necessidade de distribuir poder no interior das mesmas. Como consequência, a discussão dos perfis de assistência e a própria oferta de serviços podem se refletir em inovações organizacionais através da conformação de novos processos de trabalho com a participação mais efetiva do núcleo operacional das unidades.

Um entrevistado abordou como principal utilidade do instrumento o foco em melhores resultados.

*Sim, pois através do cumprimento ou não das metas pactuadas estamos visando sempre soluções/melhores resultados.*

Na contratualização, avalia-se o cumprimento do contrato pela avaliação do alcance dos resultados pactuados, através da verificação quanto ao atingimento das metas previstas para os indicadores de desempenho. Neste caso, a prestação de contas financeira e o adequado uso dos recursos é uma obrigação da organização contratada, mas não é condição para se avaliar desempenho. Na verdade, a essência da contratualização seria o de vincular as autonomias concedidas à uma gestão por resultados – que fixasse metas a serem alcançadas, criando uma situação na qual se

agregava, ao controle formal, o controle qualitativo e quantitativo dos resultados, fundamentalmente com foco na eficácia e eficiência da ação pública.

Cabe ressaltar que um entrevistado considerou o instrumento limitado, pois não passava de mais um mecanismo de cobrança:

*Embora seja útil para o gestor porque permite o acompanhamento de determinadas metas, ele é limitado, pois para mim só vi obrigações a cumprir.*

Em relação às expectativas dos entrevistados com o processo de contratualização, o quadro a seguir relaciona as principais idéias:

#### **Quadro 8: Expectativa com o Processo da Contratualização**

<b>CONTRATUALIZAÇÃO</b>	<b>Idéias Principais</b>
<b>Expectativa com o processo</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Organizar os serviços de saúde</li><li>• Melhorar a qualidade assistencial</li><li>• Flexibilidade gerencial</li><li>• Melhoria do Planejamento nas Unidades</li></ul>

Fonte: Entrevistas

De acordo com dois entrevistados, eles esperavam com a contratualização, a organização da rede de serviços de acordo com as necessidades locais de saúde. Seguem seus depoimentos:

*Eu esperava organizar de forma racional a oferta de serviços sendo coerente com as necessidades de saúde da população, evitando o desgaste dos recursos humanos e o desperdício dos recursos materiais.*

*A contratualização vai causar um impacto na rede. Ela vai causar uma reorganização dos serviços.*

O fato de a contratualização ser um fator gerador para a organização dos serviços de saúde implica conseqüentemente na possibilidade de melhoria na qualidade da assistência prestada. Organizando a oferta de serviços de acordo com as reais necessidades, acaba fazendo com que o emprego da tecnologia (processos de trabalho) e de recursos apresente ganhos de eficiência e qualidade. Isto está claro de acordo com os seguintes depoimentos:

*Poderia estar galgando melhoria dos serviços. Prestar serviços com qualidade, de acordo com a missão das unidades.*

*Esperava com a contratualização a melhoria na qualidade do atendimento e conseqüentemente redução de índices de agravos de saúde na área. Estaríamos proporcionando ao gestor a possibilidade de melhorar sua atuação na saúde da comunidade da qual é responsável.*

Os depoimentos de três entrevistados mostram uma preocupação quanto ao poder decisório e a flexibilidade gerencial que a contratualização poderia proporcionar. Seguem alguns trechos que reforçam o que foi exposto:

*De certa forma achava que poderia ter mais autonomia no que tange aos problemas e desafios da gestão da minha unidade.*

*Certamente a possibilidade de estar resolvendo de forma muito mais rápida os problemas da unidade.*

*Se pudéssemos investir, teríamos melhores respostas aos problemas de saúde. A autonomia poderia agilizar determinados processos e não ficaríamos tão lentos para responder as demandas. Ficaria mais fácil no caso da falta de material, nós conseguiríamos diretamente com o fornecedor.*

Contudo, na análise documental, ao se avaliarem os contratos, pôde-se perceber a existência de uma dualidade envolvendo o nível central e as Unidades da AP 4, (mesmo os grandes hospitais) no tocante à divisão do poder de decisão. A proposta de contratualização era baseada em atribuir obrigações claras e mais bem definidas através de instrumentos para as unidades, contudo, não clarificava quais as verdadeiras obrigações do nível central no desenvolvimento e execução dos contratos. Dito de outra maneira, a contratualização possibilitava através de negociação e pactuação um processo de co-gestão, mas ao não definir claramente o papel do nível central colocava as responsabilidades e riscos para as unidades.

A divisão de poder de decisão exige um amadurecimento da gestão do nível local e do próprio nível central, e leva à necessidade de re-qualificação das capacidades de governo, diante dessa possibilidade de desempenhar novos papéis com a implantação do processo de contratualização. Neste caso, cada unidade de decisão sofre o conflito entre as decisões tomadas em cada nível e o impacto de suas próprias decisões. A contratualização seria um importante mecanismo organizacional desta re-qualificação.

Outro fator não menos importante do que a questão da flexibilidade gerencial é a da melhoria do planejamento das unidades, elemento trazido por um entrevistado.

*A contratualização resultou numa revisão do que estávamos fazendo. Percebemos na unidade que algumas coisas precisavam ser modificadas.*

Certamente a contratualização traz a necessidade repensar a missão de cada unidade, assim como dos seus serviços oferecidos, de certo que em alguns casos, a otimização dos recursos e/ou a discussão de perfis assistenciais seriam assuntos-chaves.

De acordo com Mendes (2001), em face do problema da fragmentação dos modelos assistenciais, a integração dos serviços de saúde aparece como atributo inerente à discussão da contratualização. Para este autor, integração significa coordenação e cooperação entre provedores dos serviços assistenciais para a criação de um autêntico sistema de saúde. Os depoimentos sobre a possibilidade de se organizar a rede corroboram com isto.

Ainda para Mendes (2001), a integração em saúde é um processo que consiste em criar e manter uma interdependência entre as organizações, permitindo-lhes cooperar para a realização de um projeto coletivo.

De acordo com Hartz e Contrandiopoulos (2004), em qualquer linguagem com que a integração se expresse, no entanto, a incerteza é permanente, uma vez que os diversos atores e organizações envolvidos não têm os mesmos recursos, interesses ou competências para se engajar em um projeto político nessa nova (e mais exigente) modalidade de cooperação.

Tomando como base o referencial teórico da Economia dos Custos de Transação (Williamson 1996) e da teoria das Macroorganizações (Matus 1996), a proposta de transformar a forma de governança local baseada no modelo de integração vertical para aquela baseada em relações contratuais traria maiores exigências do ponto de vista de qualificação dos gestores e necessariamente de espaços de negociação, o que talvez pudesse levar o sistema a ser mais cooperativo, pois os atores teriam que conversar e negociar entre si.

Ainda, sobre a questão da rede, uma dupla leitura torna-se indispensável: como estrutura organizacional, voltada para a produção de serviços de saúde, e como uma dinâmica de atores em permanente renegociação de seus papéis, favorecendo novas soluções para velhos problemas num contexto de mudanças e compromissos mútuos.

Como observação do exposto acima, fazemos menção ao seguinte depoimento:

*Com certeza a contratualização faria com que as unidades se falassem. Como poderia eu estar fazendo a mesma coisa que outro e ou ainda pior? Na verdade, os serviços deveriam conversar.*



Outro ponto neste depoimento cabe ser analisado. A questão levantada sobre a necessidade de comunicação ente os serviços. Algumas experiências na AP 4 nos mostram a possibilidade de potencializar as ações de saúde a partir de negociações e conversações entre as unidades e/ou serviços. O exemplo da Démarche com os serviços de cirurgia geral, a oferta de vagas numa central de marcação na CAP 4, os fluxos criados para coleta e processamento de material de laboratório são exemplos disto. Todavia, ao se colocar esta questão numa fala, talvez o entrevistado estivesse sinalizando a necessidade de uma integração maior, que de acordo com o referencial de Matus (1996), poderia ocorrer a partir do reconhecimento das especificidades de cada microorganização, mas sem esquecer que elas fazem parte de uma macroorganização com um projeto político mais abrangente.

Rivera (1995 b), ao preocupar-se com questão do papel da gerência em saúde, parte do pressuposto de que a "gerência contemporânea" tem na comunicação seu eixo central e que gerir seria comunicar, negociar, problematizar coletivamente e, em essência, produzir e acompanhar compromissos assumidos.

Uma rede de petições e compromissos que, para Mehry (2004), se configura como uma relação comunicativa envolvendo serviços, profissionais e especialidades na definição de fluxos de atendimento e a rede de conversações de Teixeira (2003) também são resgatados na discussão sobre gestão comunicativa em Artmann e Rivera (2006) ao se pensar os resultados da contratualização para os usuários dos serviços de saúde.

De acordo com Kopf e Hortale (2005), nas organizações de saúde, a ampliação de espaços para a ação comunicativa dar-se-ia em três dimensões: (a) democratização das relações institucionais nos diferentes níveis hierárquicos, permitindo a revisão crítica dos conteúdos políticos, administrativos e técnicos da organização necessários à tomada de decisão; (b) adoção de metodologias descentralizadas e participativas de processamento de problemas e soluções, assegurando o adequado direcionamento da missão; (c) o investimento na maior responsabilização de gestores e trabalhadores de saúde sobre compromissos de ação, de forma a garantir o cumprimento da missão.

Em relação à pergunta sobre como o cotidiano da unidade interfere ou afeta o processo de contratualização, buscava saber se o tempo dos diretores estava muito ocupado com suas rotinas diárias sobrando algum tempo para acompanhar o instrumento contratual ou se o acompanhamento e avaliação das metas faziam parte já do processo de trabalho sistemático das unidades.

O quadro a seguir traz algumas idéias:

### Quadro 9: Interferência do cotidiano da organização

CONTRATUALIZAÇÃO	Idéias Principais
<b>Interferência do cotidiano</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tempo do gestor voltado para problemas emergenciais</li><li>• Pulverização das ações diárias em problemas rotineiros</li><li>• Falta de tempo para revisão das metas</li></ul>

Fonte: Entrevistas

A resposta foi quase unânime: sete dos entrevistados colocaram que a resolução dos muitos problemas diários ocasionados principalmente pela falta de recursos interferia no acompanhamento das metas negociadas. Confirmando isto, em quatro desses depoimentos se coloca que o gestor não dispunha de mínimas condições de fazer o que tinha sido pactuado, pois a sua atuação era apenas responsiva as demandas. Com certeza a grave crise financeira e o conseqüente desabastecimento das unidades foi fator determinante nos depoimentos. Seguem alguns deles:

*O tempo estava tomado para resolver problemas que eram sempre decorrentes da falta de recursos.*

*A falta de profissionais, insumos e manutenção, fazia com que a gestão tapasse os buracos, não deixando o atendimento ser suspenso.*

*Os investimentos e repasses de recursos não foram realizados. Nós priorizávamos os pacientes internados. Como hospital, era o setor que não podia fechar.*

*Infelizmente não tínhamos muito tempo para discutir ou até mesmo rever as metas. A situação era muito ruim. Tínhamos reclamações diárias sobre falta de medicamentos. Tive que reorganizar toda a agenda dos clínicos.*

Interessante foi a fala de um entrevistado que abordou como interferência do cotidiano a perda de tempo em ações rotineiras, fruto da falta de capacidade gerencial.

*Uma equipe de direção com pouco preparo específico para a gestão perde tempo em ações rotineiras e deslocando o foco de atuação dos resultados propostos.*

Esta resposta nos remete a questão do triângulo de governo de Matus (1996) onde como um dos vértices chave para um “bom” governo encontramos a capacidade de governo que envolve técnicas de governo como o planejamento.

Segundo Campos (2000), o papel da direção de unidades de saúde apresenta-se em múltiplas dimensões: uma voltada para a gestão de modelos de atenção (modos de organizar os processos de trabalho objetivando a produção de valores de uso); outra especialmente concentrada em administrar pessoal (construção de equipes com autonomia e responsabilidade); outra ainda, mais tradicional, de administração financeira e centrada na sobrevivência da organização; e, por fim, uma última de representação política nos sistemas públicos, governos e sociedade em geral.

A gerência em saúde é uma atividade meio, cuja ação central está posta na articulação e integração, e que, ao mesmo tempo em que possibilita a transformação do processo de trabalho, é também possível de transformação mediante as determinações que se fazem presentes no cotidiano das organizações de saúde, ou seja, que se transforma diante da finalidade colocada para o trabalho. Sendo assim, de acordo com Matus (1996) apud (Rivera e Artmann 1999) a arte de gerir consistiria em saber distribuir bem os problemas pela organização de tal maneira que todos os seus níveis estejam sempre lidando de forma criativa com problemas de alto valor relativo.

Com base na falta de um plano de ação atual documentado e registrado, de acordo com os tipos de demandas levantadas nas reuniões de diretores na CAP 4 e nas respostas das entrevistas sobre de que forma o cotidiano da Unidade interferiria no processo de contratualização, podemos afirmar que a maioria dos gestores/gerentes executa seus cálculos num horizonte de tempo que se restringe ao presente, ao urgente. Suas reflexões, quando as fazem, podem até ter distintos graus de sistematização e amplitude de perspectivas de análise, mas se caracterizam pelo imediatismo.

Conforme colocado por Matus (1996), a falta de direcionalidade impõe uma gestão sem coerência, voltada para o cotidiano, responsiva aos problemas imediatos sem perspectiva de desenvolver estratégias de ação mais duradouras. O dirigente que se deixa levar pela ação imediatista e improvisada, não articulada por um plano de ação estratégico, que se deixa conduzir pela força das circunstâncias que o cerca, que executa ações de caráter reativo diante de problemas ou dificuldades já existentes, que não é capaz de organizar uma agenda de trabalho e cumprir objetivos de mais largo espectro, que não valoriza a análise, com precisão e amplitude, das situações e dos impactos causados por suas ações e decisões, tende a não se constituir como um governante, mas a se tornar governado pelos acontecimentos e pelos seus adversários.

O se indagar sobre as dificuldades de se utilizar os contratos como instrumentos para a avaliação do desempenho das unidades as principais idéias foram:

**Quadro 10: Dificuldades de utilização dos contratos como instrumentos para a avaliação de desempenho das Unidades**

CONTRATUALIZAÇÃO	Idéias Principais
<p align="center"><b>Dificuldades de utilização dos instrumentos contratuais</b></p>	<p>Falta de compreensão do instrumento contratual por parte dos gestores locais</p> <p>Baixa qualificação da equipe de direção</p> <p>Legislação atual referida a compras e contratação de serviços</p> <p>Falta de decisão política do nível central</p> <p>Descrédito do profissional da ponta</p>

Fonte: Entrevistas

Apenas um entrevistado citou a falta de decisão política do nível central como uma dificuldade para se utilizar os contratos como instrumento de avaliação de desempenho. Sua fala coloca:

*A maior dificuldade está na falta de decisão política do nível central, pois o contrato em si, apesar de estar com as metas definidas, ainda não possui nenhum mecanismo sistemático de avaliação externa.*

Embora constasse dentro da cláusula do acompanhamento e avaliação dos contratos, as Comissões de Avaliação para o acompanhamento e avaliação das metas pactuadas e dos compromissos assumidos nunca chegaram a existir.

Dois entrevistados, ambos da CAP 4, colocaram como dificuldade a baixa qualificação dos gestores:

*Poucos gestores têm noção do realmente é um contrato de gestão.*

*Alguns gestores disseram que era mais uma formalidade do que propriamente uma mudança de enfoque gerencial. Talvez não tivessem ainda a visão sobre o potencial do instrumento.*

Não se pode deixar de relacionar estas falas com a idéia da falta de compreensão do instrumento contratual por parte dos gestores locais. A falta de expertise é condicionante da falta de compreensão. Por desconhecerem as tecnologias (ferramentas, técnicas, habilidades e conhecimentos) que proporcionem melhorias no processo de gestão os gestores locais não potencializaram o uso do instrumento como uma ferramenta de gestão. Quatro entrevistas exploram o que foi dito:

*O processo não foi à frente porque realmente ninguém tinha conhecimento ou mesmo consciência do que realmente era a proposta.*

*Desde a implantação houve dificuldades em relação ao entendimento do instrumento e do reconhecimento por parte dos gestores da necessidade da utilização do mesmo.*

*No início tive a impressão de ser mais uma atividade burocrática pra cumprir. Depois não utilizei, pois todo mundo da Secretaria saiu.*

*Acho que os profissionais da ponta ainda vêem a estipulação de metas não como um desafio mas sim como um forma de controle do seu trabalho.*

Um entrevistado coloca o descrédito do profissional da assistência como um elemento dificultador.

*A desvalorização do profissional é real. Como se propõe um novo instrumento de gestão e não se envolve os profissionais?*

Apesar de ter sido abordada por um entrevistado, a questão da legislação brasileira no que se refere a dificultar a contratualização merece destaque. Segue abaixo o trecho da entrevista:

*A gestão em saúde está sempre muito amarrada. Nossa margem de manobra é mínima. A proposta nunca vai conseguir reverter isto. Vamos conseguir pouquíssima flexibilidade gerencial pois os processos de compras e contratação de pessoal são extremamente rígidos.*

A partir da nossa análise consideramos três empecilhos fundamentais para a utilização dos instrumentos contratuais na AP 4:

O primeiro estaria relacionado à baixa qualificação das equipes de direção, assunto que é extremamente pertinente ao escopo deste trabalho. De acordo com Matus (1993) a capacidade de governo é uma variável fundamental do Triângulo de Governo. Ela é condicionante e condicionada pelo projeto e pela governabilidade. Desta baixa capacidade vem a falta de compreensão sobre o processo de contratualização.

O segundo está relacionado ao não envolvimento do núcleo operacional nas discussões das metas a serem alcançadas. Se os profissionais da ponta não participarem, a proposta tende a ser uma peça de ficção. De acordo com Mintzberg (2003) as unidades de saúde são Burocracias Profissionais com o centro de poder distribuído no núcleo operacional. Nenhum projeto político vai acontecer se esta base não for envolvida.

O terceiro estaria ligado à questão da legislação atual da Administração Pública que, realmente, pelos entraves burocráticos, causa uma série de restrições ao uso destes

instrumentos, desde a gestão de pessoas até a logística de insumos. Por fazerem parte da estrutura estatal do município do Rio de Janeiro, as unidades teriam, por exemplo, que cumprir obrigatoriamente as regras da Lei 8666/93 para a contratação de obras e serviços e para a aquisição de bens.

A morosidade, o formalismo, a ineficiência, a apatia, a complicação e até mesmo a insensibilidade política e social do aparato institucional constituem problemas ao dinamismo que se propõe obter com o processo de contratualização. Modernizar a administração pública, portanto, representa um desafio essencial para os gestores.

Depois de levantadas as dificuldades, procurou-se identificar as medidas consideradas essenciais para a melhoria do processo de contratualização. O quadro a seguir sintetiza as medidas sugeridas nas entrevistas:

#### **Quadro 11: Medidas de melhoria**

<b>CONTRATUALIZAÇÃO</b>	<b>Idéias Principais</b>
<b>Medidas que melhorassem o processo na AP 4</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Envolvimento dos profissionais da ponta na discussão</li> <li>• Criação de sistema de premiação/incentivo</li> <li>• Revisão e pactuação das metas</li> <li>• Valorização do profissional da ponta</li> <li>• Melhor articulação e coordenação da rede</li> </ul>

Fonte: Entrevistas

Para a maioria dos entrevistados, a contratualização poderia ter sido aperfeiçoada na AP 4 se os profissionais da ponta estivessem envolvidos no processo de negociação de metas. Seguem algumas colocações:

*Não se pode dissociar o profissional da ponta da gerência. Eles deveriam participar das negociações.*

*O processo deveria ser reavaliado, discutindo-o com o resto dos profissionais.*

*A sensibilização de todos os profissionais e um maior envolvimento da própria gerência certamente daria outro rumo a contratualização.*

*A discussão das metas poderia agora chegar até os serviços, até os profissionais.*

Por estes trechos, a discussão das metas e dos indicadores de desempenho não perpassou o interior das unidades. Anteriormente ao estágio de pactuação do volume de serviços a serem produzidos, internamente, as direções de unidade deveriam discutir com seus profissionais, quais seriam os caminhos para se atingir o que seria negociado. O que em muitas unidades não ocorreu. Sem dúvida isto impacta negativamente o processo.

Em uma entrevista foi colocada a questão da criação de um sistema de incentivo como medida para melhorar o processo de contratualização.

*A criação de um sistema de premiação pelo cumprimento das metas pactuadas seria uma forma interessante de premiar os gestores que conseguissem cumprir o que tinha se assumido nos contratos. Acho que esta medida estimularia ainda mais os profissionais a alcançarem as metas.*

Embora a criação de um sistema de premiação não resolva por si só o êxito no alcance de resultados, associado a outras estratégias de gestão de acordo com sugestões anteriores dos entrevistados de maior envolvimento dos profissionais, poderia trazer impactos positivos.

Dois entrevistados citaram a questão da melhoria de articulação e coordenação da rede.

*Um maior diálogo entre as unidades ou até mesmo, o cruzamento de informações, ajudaria na coordenação da rede e conseqüentemente no alcance dos resultados propostos.*

*A rede da AP 4 precisaria estar mais afinada, mais junta para os desafios.*

Talvez o depoimento mais apropriado que expresse a melhoria para o processo seja:

*Entendo que a contratualização é essencialmente responsabilização e negociação e que o cliente e o fornecedor não devem estar num jogo competitivo; este seria o primeiro passo. Posteriormente, o estabelecimento de metas realísticas e voltadas para a melhoria das condições de saúde em paralelo a capacitação dos gestores. Não esquecendo que a discussão deve perpassar toda a organização. Todos devem negociar e pactuar resultados dentro dos seus espaços de trabalho.*

Ao se analisar todo o conteúdo das entrevistas, podemos perceber que o pouco tempo de utilização da contratualização como forma de governança permitiu a seguinte observação: a falta de mecanismos de cobrança e de prestação de contas, tanto da parte do nível central e regional como das unidades, dificultou muito o processo de

responsabilização dos gestores. A rede de serviços e suas unidades continuaram operando da mesma forma que sempre operaram, com fragmentação e pulverização de ações e atividades, desperdício de recursos e baixo comprometimento com compromissos assumidos. A contratualização na AP 4 apenas demonstrou que, sem um envolvimento dos diversos atores e um investimento político no processo, ela foi mais uma experiência de curta duração que não promoveu impacto algum na tradicional forma de governança e no modelo burocrático de gestão em saúde da SMS-RJ e conseqüentemente da própria Área.

Mesmo com suas particularidades, muitas delas influenciando positivamente o campo da gestão em saúde como mostram as experiências da *Démarche Stratégique*, a central de marcação de exames e consultas especializadas, os colegiados de diretores, houve interrupção do processo, que se espera que seja retomado.

#### **5.4 - As entrevistas e Os contratos**

Considerando os resultados das entrevistas e da análise documental foi elaborado um quadro síntese contendo as variáveis consideradas relevantes para um melhor entendimento do processo de contratualização na Área de Planejamento 4. Este quadro tem a finalidade de auxiliar a análise do processo da contratualização e o de permitir que se avaliem as condições consideradas necessárias à geração de boas experiências contratuais.

Cabe destacar que todo modelo de análise é uma forma limitada de consideração da realidade a partir de aspectos que são considerados e outros que são desconsiderados. Além desta limitação inerente, o quadro em questão não inclui fatores intervenientes, mas considera que estes afetam as experiências e os resultados de forma positiva ou negativa. Nesse sentido, aspectos associados às organizações como clima organizacional e cultura organizacional, mesmo colocados nas entrevistas, além daqueles outros relacionados à ambiência externa como a crise financeira do setor influenciaram o processo de contratualização da Área, mas não foram abordados como categorias neste quadro. Em relação ao clima e a cultura organizacional haveria a necessidade de se investigar a particularidade de cada unidade o que demandaria um grande tempo e já em relação à crise seria necessário um trabalho exaustivo de resgate das suas possíveis raízes.

Num primeiro momento, identificaram-se as principais categorias de análise, pelas quais de certa forma se pudesse ter um espelho do processo de contratualização.



Foram consideradas como categorias relevantes para discussão, questões relacionadas às metas, os atores envolvidos no processo, a participação dos mesmos, o grau de autonomia que foi proposto, os incentivos proporcionados pela contratualização e as formas de controle.

Visando uma melhor categorização, dividiram-se as unidades de saúde por porte e perfil. Obtiveram-se cinco categorias: Hospitais de grande porte, Hospitais de médio / pequeno porte, a Coordenação de Saúde (CAP), Postos de Assistência Médica (PAM) e Centros Municipais de Saúde (CMS), e os Postos de Saúde (PS).

Dividiram-se também as unidades de acordo com os tipos de contratos estabelecidos, ou seja, por unidades que contratualizaram com contratos de metas e as que contratualizaram com os contratos de gestão.

Ao analisar a experiência de contratualização na AP 4 utilizando a categoria de participação dos atores podemos notar que a instancia regional de gestão (CAP) participou de todas as negociações com o nível central. No caso dos hospitais de grande porte, Hospital Lourenço Jorge, Hospital Raphael de Paula e Souza, Instituto Juliano Moreira e Hospital Cardoso Fontes, os mesmos iniciaram as conversações sobre contratualização sem a presença efetiva da CAP. Apenas em alguns momentos, como no de formalização é que ela foi convidada a participar. Em relação às outras Unidades, houve participação efetiva nos espaços de negociação.

Na maioria das organizações não houve participação dos profissionais de saúde na montagem das metas. Toda a discussão ficou ao nível de direção, sem discussão com a base operacional.

Quadro 12: Análise do Processo de Contratualização

<b>QUADRO ANÁLISE DO PROCESSO DE CONTRATUALIZAÇÃO NA AP4(2004 - 2005)</b>														
Tipos de Contratos	Unidades/instâncias	METAS				ATORES ENVOLVIDOS	PARTICIPAÇÃO DOS ATORES	GRAU DE AUTONOMIA			INCENTIVOS		CONTROLO	
		Produção (coisas a fazer)	Desempenho (resultados)	Grau de Realismo	Grau de Desafio			Alto	Médio	Baixo	Pecuniários	Meritocráticos	Externo	Transpa
<b>CONTRATO DE GESTÃO</b>	CAP	Sim	Sim	Médio	Médio	Nível Central e CAP	Sim	-	-	X	Não	Não	Baixo	Baixo
	Hospitais de grande porte	Sim	Sim	Médio	Médio	Diretores e Nível Central - ocasionalmente a CAP	Sim	-	-	X	Não	Não	Baixo	Baixo
<b>CONTRATO DE METAS</b>	Hospitais de médio/pequeno porte	Sim	Poucas	Baixo	Baixo	Nível Central, CAP e Diretores	Sim	-	-	-	Não	Não	Baixo	Baixo
	PAM e CMS	Sim	Poucas	Baixo	Baixo	Nível Central, CAP e Diretores	Sim	-	-	-	Não	Não	Baixo	Baixo
	Postos de Saúde	Sim	Poucas	Baixo	Baixo	Nível Central, CAP e Diretores	Sim	-	-	-	Não	Não	Baixo	Baixo

Fonte: Entrevistas e Contratos da AP 4

Independente da situação de momento vivenciada pela contratualização, algumas características das organizações de serviços de saúde merecem ser revisitadas, no sentido de uma apreensão das facilidades ou dificuldades de adoção de um novo modelo gerencial. As organizações de serviços de saúde podem ser categorizadas como organizações profissionais (Mintzberg, 2003) que controlam seu próprio trabalho e são detentoras de forte influência sobre as decisões administrativas. Este fato é extremamente importante, pois a intervenção de gerentes e administradores é bastante limitada. O que ocorre nessas burocracias são hierarquias administrativas paralelas, substanciadas em uma burocracia de baixo para cima para os profissionais, e uma segunda burocracia, mecanizada, de cima para baixo sob a forma de assessoria de apoio.

A complexidade dessas organizações reflete numa resistência à absorção de inovações que envolvam ações coletivas. Neste caso, a adesão dos profissionais de saúde a um projeto é essencial. Ao se propor realizar determinadas atividades e a se cumprir metas, nas unidades de saúde os profissionais podem se sentir mais comprometidos com as normas da sua profissão do que com estes objetivos. Assim, estabelece-se pouco controle gerencial sobre as suas atividades, acarretando problemas de coordenação e de alinhamento estratégico com propostas de inovação na gestão como a contratualização.

Quando se analisa a tipologia das metas temos em todas as categorias de unidades, as metas de produção, que seriam aquelas relacionadas a “coisas a fazer” e quanto fazer. Isto é evidente nos contratos de metas onde se estipulam o que e quanto deve ser feito em relação a questões de produção (número de consultas, nº de exames e outros). Os dois arranjos contratuais são claros ao especificar quais as metas de atendimento.

Vale destacar que os dois tipos de contratos possuíam metas de desempenho como cobertura e captação de clientela. Todavia, nos contratos de gestão elas incluíam questões como média de internações, Taxa de infecção hospitalar e Taxa de Mortalidade Hospitalar entre outras.

Quando se consideram os graus de eficácia e efetividade alcançadas pelos processos organizacionais, os contratos de gestão, especialmente, espelhavam metas que buscavam mensuração de resultados, através de indicadores de forma objetiva e abrangente. Assim, os grandes hospitais e a CAP 4 tinham como avaliar melhor o impacto de suas ações e atividades através de metas de resultado.

Quanto ao realismo das metas, verifica-se que em quase todos os casos não existe relação clara entre os meios e as metas, pois é quase impossível se dimensionar quais as ações necessárias ao alcance das metas pactuadas. Isto reflete a deficiência de planejamento, desde o momento em que se discute o que fazer até o plano de ação. Nas grandes Unidades e na Coordenação de Saúde podia se verificar o alinhamento das metas com planos. Contudo estes últimos não eram frutos de discussões visando esta nova forma de governança e sim provenientes de discussões passadas que eram tradicionais na Área como pode se verificar através dos vários documentos de planejamento produzidos.

Em relação ao grau de desafio, para quase todas as organizações, o alcance das metas pactuadas não implicava nem ganhos de produtividade nem de eficácia, pois mantinham o padrão de desempenho anterior aos contratos. Isto ficou claro na análise documental ao se verificar as metas propostas. A existência de uma faixa aceitável de produção deixa margem para que se aceite uma flutuação para mais ou para menos. Outro ponto chave reside na montagem das informações de produção por série histórica passada. O cenário da saúde de crise fazia com que estas sempre ficassem aquém da capacidade operacional das Unidades. Mesmo colocando-se um percentual de acréscimo, em torno de 15%, as metas sempre ficavam aquém do real potencial. Todavia, vale ressaltar que uma explicação plausível para tal fato pode residir no sentimento dos diretores de que não haveria melhoria nas condições estruturais da SMS-RJ para que se pudessem requerer ações de superação do padrão de desempenho anterior.

Apenas os hospitais de grande porte e a CAP, por conta da maior autonomia conferida pelo instrumento contratual e pelo papel de preponderante que têm na rede negociaram metas um pouco mais audazes.

Em relação ao grau de autonomia, nenhuma organização teve ampliação significativa de flexibilidades gerenciais. Permaneceu ainda em vigor a submissão às regras padrão da administração pública o que de certa forma dificulta um desempenho melhor. Todas as organizações, mesmo com a forma híbrida de governança via contratos, se mantiveram atreladas a mesma normatividade política e administrativa do nível central da SMS-RJ. Neste ponto não se pode fazer nenhuma colocação sobre flexibilidade utilizada, pois a existência de barreiras regulamentares, legais e/ou culturais e principalmente ao excessivo comportamento centralizador da SMS-RJ não possibilitou a utilização das flexibilidades almejadas.

Ao se olhar para a questão dos incentivos de acordo com os contratos, ponto importante na Teoria da Agência, percebe-se que não houve nenhum incentivo tanto financeiro (pecuniário) quanto meritocrático. Não foi prevista nenhuma geração de bônus ou prêmios significativos ao alcance de resultados e pior, não gerava nenhum tipo de perda ao não-alcance. A exceção se fazia para os grandes hospitais que teriam valores proporcionais descontados dos repasses financeiros em caso da produção aquém do pactuado. Por outro lado, de acordo com duas entrevistas, o alcance de resultados não gerou reconhecimento ou prestígio. O não-alcance também não gerou perdas simbólicas como imagem ruim do dirigente ou falta de confiança por parte do principal.

*Tudo ficou pró-forma. Sempre alcançávamos 100%.*

*Não houve cobrança efetiva quanto a não se cumprir as metas. A CAP sabia que sem recursos não conseguiríamos cumprir quase nada.*

Sobre a questão da categoria controle, podemos trazer mais considerações. Em primeiro lugar, não ocorreu a criação de comissão de acompanhamento e avaliação, sendo, portanto impossível fazer qualquer comentário sobre os tipos de controle, se *a posteriori* em busca de razões e responsáveis por metas descumpridas ou se apontando providências ou redirecionamentos *ex ante*.

A relação com a instância supervisora, seja ela a CAP ou o nível central, segue um padrão de subordinação baseado na atribuição de ações específicas e demandas paralelas ao negociado na contratualização e não na cobrança dos resultados pactuados nos contratos. Isto com certeza descaracteriza a função do instrumento, pois a cobrança passa a ser no que não foi negociado, dificultando o envolvimento das unidades no cumprimento das metas acordadas.

Não esquecendo da questão da assimetria de informações, também questão fundamental na Teoria da Agência, normalmente, o acordante (CAP ou nível central) possuía condições de monitorar e avaliar resultados, dispondo de conhecimento técnico específico. O grande problema estava em dispor de informações necessárias, pois na maioria das vezes as unidades sub-registravam sua produção.

Considerando a necessidade dos controles externo e interno, as unidades tinham uma preocupação irrisória com os resultados. Como dito, não havia sido formada nem constituída comissão de avaliação, nem as unidades procediam a verificação sistemática do havia sido pactuado nos contratos.

A transparência e o controle social simplesmente não existiam. As metas e seu acompanhamento (relatórios, eventos, instrumentos, critérios etc.) nunca foram

divulgados interna e/ou externamente, não havendo, portanto, possibilidade de atuação do controle social (Conselho distrital de saúde da AP 4).

O fator mais importante para muitos entrevistados refere-se à expertise do dirigente. Na maioria dos casos, o dirigente possuía conhecimento limitado sobre o modelo contratual.

Apesar de participar do processo de pactuação das metas, os diretores pouco sabiam sobre como seria o monitoramento e como proceder na avaliação. Destaca-se também a falta de assessoria do nível central na implantação e aperfeiçoamento do modelo contratual.

Para alguns autores (Ana Escoval 2003; Melo 2001; Cardoso 1997), delegação e responsabilização são dois pólos de uma tensão irresolvida no processo de contratualização. Organizações, que adquirem um papel cada vez mais importante nas sociedades, exigem autonomia decisória para seu funcionamento efetivo. Essa autonomia foi perseguida como um ideal normativo na denominada modernização do Estado. No entanto, em muitas organizações, a delegação acabou implicando pura e simplesmente em crescente déficit e insuficiente responsabilização dos seus dirigentes, pois muitos passaram a não prestar contas ou a realizar tarefas e atividades para os quais não tinham delegação.

Os problemas de gestão na AP 4 são de natureza complexa. Para Matus (1996), planejar para enfrentar problemas de alto valor para o a cúpula estratégica, exige diferenciar problemas com natureza e implicações mais amplas e, a princípio, desconhecidos (problemas criativos), daqueles conhecidos (problemas repetitivos). Os primeiros – de tipo quase-estruturados - são aqueles em que não é possível conhecer todas as variáveis envolvidas neles e nem precisar a relação entre elas, de forma que, ao trabalhar com eles, não nos é possível predizer os resultados das ações de enfrentamento. Na esfera pública da saúde os problemas se criam e se multiplicam em redes, onde vários atores envolvidos com eles se mobilizam, utilizando seus recursos políticos e de conhecimento, para alterá-los ou mantê-los na situação existente.

O relato das entrevistas de alguns diretores de Unidades apontou como cotidiano de suas unidades uma série de problemas repetitivos como a falta de material e quebra de equipamentos. Muitos dos diretores das unidades assumem os espaços de gestão sem ter consciência de que o processo de condução é muito distinto de um processo de gerência rotineira e que a rotina é apenas parte do sistema de gestão. Parte

bastante pequena, já que, dos problemas que um dirigente enfrenta em um sistema de governo, apenas alguns poucos são bem-estruturados.

Ao se tomar com referencial o Triângulo de Governo de Matus (1996), se constata que a baixa capacidade de governo dos dirigentes na AP 4 se manifesta na baixa qualidade do aparato organizativo e administrativo de suporte imediato à tomada de decisões – que chamamos de acordo com Mintzberg (2003) de cúpula estratégica.

Pelas entrevistas, podemos destacar como características das direções de unidades na área:

- Como determinante do uso inadequado do tempo de gerir, o foco de atenção do diretor está, na maioria das vezes, em microprocessos – problemas bem-estruturados – e assuntos de menor importância, o que leva ao desperdício do recurso mais escasso para um dirigente: o tempo.
- A coordenação inadequada dos processos de trabalho acarreta a sobrecarga qualitativa e quantitativa de trabalho do gestor local, sua desinformação sobre as ações realizadas e seus efeitos, a insegurança sobre a qualidade e consistência de resultados das ações realizadas e a perda de visão sobre os objetivos e a situação final esperada da sua gestão.

Essa baixa capacidade de governo acarreta na indefinição de um projeto político para as unidades da AP 4. Sem um horizonte de atuação, as ações e atividades gerenciais passam a responder ao cotidiano, fazendo com que os processos sejam repetitivos e pouco efetivos, desgastando o capital humano presente. Mesmo com uma ferramenta importante como a contratualização que possibilitava um projeto político mais bem definido, a gerência rotineira por urgências dificultava uma gestão mais capaz.

Os diretores das unidades básicas, mesmo com os contratos, continuavam a ter controle limitado sobre variáveis-chaves, como insumos e reposição de capital humano, o que com certeza limitava o escopo de suas ações gerenciais. A pouca liberdade de ação dos gestores (relacionada com a falta de autonomia gerencial) tanto para enfrentar situações de escassez de recursos quanto para programar atividades com os recursos que eram disponibilizados, tornava o sistema quase ingovernável.

Caracterizando os três principais sistemas que Matus (1996) apresenta ao discutir a Teoria das Macroorganizações e que conformam o “triângulo de ferro”, para reverter esta situação de quase ingovernabilidade, seria necessário, em primeiro lugar, a montagem de um forte sistema de agenda. Nela, os assuntos importantes seriam tratados

de forma organizada e a verificação de resultados e de desempenho teria um espaço garantido. A organização de um sistema de agenda estratégica é, portanto, o ponto de partida para uma intervenção sobre o sistema de baixa governabilidade, na AP 4.

Em tal sistema de agenda, os diretores deveriam assumir, diante da coordenação de saúde local ou até mesmo diante de um coletivo, compromissos de executar, dentro de determinado tempo, as atividades especificadas, tal qual na contratualização.

Concomitantemente ao sistema de agenda do dirigente, seria essencial a criação de um sistema de petição (pelo superior ou por alguém com esta função no coletivo) e prestação (pelo responsável pela atividade) de contas. Deveriam se prestar contas regularmente do andamento das ações que visam o alcance das metas pactuadas. Para que a prestação de contas se efetive realmente, deve haver alguém que tenha a função de solicitar e pessoas concretamente responsáveis pelo monitoramento e acompanhamento dos contratos.

Por fim, não menos necessário, seria a presença de um Sistema de Gerência por Operações que traduz as decisões em ações. Esse sistema opera com base em objetivos e metas concretos relacionados com os problemas do plano e a programação das atividades próprias de cada unidade organizacional. Para Matus (1996), esse sistema objetivaria descentralizar o cumprimento da missão institucional, criando espaços de autonomia atrelada às diretrizes superiores do sistema de direção. Dentro deste espaço a gerência por operações tem plena liberdade para desenvolver sua criatividade a serviço do cumprimento da missão recebida.

Por alguns trechos das entrevistas, verifica-se que algumas das unidades da AP 4 trabalham com sistemas de direção que poderiam ser chamados de "baixíssima responsabilidade", ou seja, as pessoas têm dificuldade de trabalhar com a declaração de compromissos. Mesmo no caso dos contratos onde os diretores participaram do processo de negociação poucos utilizaram o instrumento como forma de prestação de contas. Alguns diretores deixaram esquecido o instrumento, poucas unidades atingiram as metas e, as que atingiram, sub-avaliaram os seus potenciais de produção, pois pactuaram mais ou menos o que já faziam, conforme alguns relatos das entrevistas (vale destacar que a crise foi um elemento que interferiu fortemente no processo). A falta do sistema operativo de petição e prestação de contas cria o predomínio da irresponsabilidade sanitária. Sem responsabilidade não há planejamento. Sem a pressão da cobrança não há estímulo para melhoria na gestão.



A característica da SMS-RJ, de centralização, dificulta ou até mesmo impede a criatividade e a capacidade de resposta oportuna do sistema regional frente às mudanças na realidade e as oportunidades. O poder concentrado acumula no ápice inúmeros problemas de baixo valor como rotinas e fluxos mal definidos solucionados por protocolos e na base problemas de alto valor como sobrecarga da rede básica e ausência de referência para especialidades.

Um argumento fundamental então que esta dissertação sustenta é que a baixa responsabilidade gera uma tendência no sentido da centralização e da ingovernabilidade. Idealmente, o objetivo defendido é a construção de organizações na AP 4 onde a prestação de contas por resultados seja uma norma interiorizada culturalmente pelos indivíduos, onde haja desconcentração do poder e delegação permanente (uma sábia distribuição do poder de processamento de problemas) e onde predomine um tipo de gestão criativa por operações ou por objetivos.

Na questão das dificuldades para implementação do processo de contratualização, em alguns relatos das entrevistas fica claro também que a não participação de outros atores, neste caso os profissionais da base operacional teve um papel importante. As organizações de serviços de saúde como já visto nesta dissertação podem ser categorizadas como organizações profissionais (Mintzberg, 2003). A complexidade e estabilidade das organizações burocráticas profissionais estão aliadas a uma resistência à absorção de inovações que envolvam ações coletivas.

Outro ponto importante refere-se aos mecanismos de avaliação geralmente dispostos por meios de padronização de processos e resultados. Os controles tecnocráticos (exercidos, por exemplo, através de indicadores ou metas de desempenho) podem servir apenas para “sufocar” a consciência profissional, levando à centralização e ao deslocamento para uma burocracia mecanizada. Mais ainda, não melhoram o tipo de trabalho profissional, sendo restritivos para comportamentos, com ou sem responsabilização, afetando, entre outras coisas, o relacionamento entre o profissional e seu cliente.

A partir do relato das entrevistas e da análise documental e de acordo com as fases consideradas por Alcoforado (2005) imprescindíveis ao bom resultado da prática da contratualização, podemos fazer as seguintes considerações:

- 1) Negociação – Nesta fase, se estabelecem os termos do instrumento: obrigações e responsabilidades das partes, plano de ação com descrição das metas, respectivos indicadores e cronograma de execução, estimativa dos recursos

orçamentários e cronograma de desembolso dos recursos financeiros necessários ao alcance dos compromissos pactuados. Também se estabelecem os mecanismos de monitoramento e avaliação, contendo critérios, parâmetros e prazos a serem observados.

A fase de negociação da experiência da AP 4 respeitou apenas a parte em que discutiam as metas e os indicadores. Também não houve participação dos profissionais da ponta. Os instrumentos contratuais (contrato de metas e contrato de gestão) já vinham padronizados do nível central. Portanto as obrigações e responsabilidades, a estimativa de recursos orçamentários para a CAP e Hospitais, mecanismos de avaliação e prazos de vigência não tiveram negociação.

2) Construção do Instrumento - esta fase consiste na formalização de tudo o que foi negociado, aperfeiçoando-se e aferindo-se todos os pontos acordados.

A formalização dos instrumentos ocorreu sem problemas. Como verificado na análise documental, todos os contratos foram assinados.

3) Gerenciamento - esta fase é permanente, após a assinatura do instrumento contratual, compreendendo todas as atividades de supervisão das unidades, monitoramento dos indicadores de desempenho pactuados e avaliação dos resultados alcançados.

Com certeza, este foi maior lacuna deixada pelo processo de contratualização na AP 4. Nunca se chegou a fazer uma sistematização para cobrança dos resultados. As metas nunca foram efetivamente avaliadas e acompanhadas. Podemos dizer com toda certeza que o não cumprimento da regra da responsabilidade foi um grande fator para que o processo não tivesse mais força.

Ao se discutir a questão da forma de governança na AP 4 proposta com a contratualização devemos levar em conta que a integração vertical representou o paradigma organizativo dominante na área da saúde até o início dos anos 80. As vantagens prometidas por este modelo repousavam no fato da internalização da produção possibilitar maior controle (em quantidade e qualidade) para o gestor/financiador. Porém, tornava-se desvantajosa, no caso da saúde, quando cresciam os níveis de complexidade e de cobertura do sistema, pois acarretavam em aumento dos custos com tecnologia e controle (Ana Escoval 2003).

O modelo de gestão proposto com a contratualização de acordo com Ana Escoval (2003) caracteriza-se por substancial separação das funções de provisão e de financiamento, isto é, das relações entre financiadores/compradores e produtores/fornecedores, através de diferentes formas de contrato. A hipótese que

sustenta a crença na superioridade da forma contratual (vis-à-vis à forma integrada) reside no fato de que o custo crescente de transações é compensado pelo incremento de eficiência organizacional, obtida pela agilidade resultante da desintegração e pelo aumento do controle sobre custos e qualidade.

A contratualização ainda não está totalmente desenvolvida. Existem muitos questionamentos como formas de controle e acompanhamento dos contratos, legislação vigente, qualificação do corpo dirigente, envolvimento maior dos profissionais da assistência, ausência de horizonte mais longo de contratualização, etc., o que torna difícil prever os seus verdadeiros efeitos. Na verdade a contratualização é apenas uma parte de um conjunto de intervenções necessárias e inadiáveis na reforma dos sistemas de saúde.

Diversos autores (Jenkins, 1995, Shirley, 1998 apud Ana Escoval 2003 e Hamel, 1995) colocam como principais dificuldades no processo de contratualização na gestão pública em saúde:

- Falta de orientações apropriadas por parte dos governos;
- Dificuldade em associarem objetivos e metas pré-fixadas ao orçamento da saúde;
- Desarticulação entre o orçamento e execução financeira;
- Falta de programa de reestruturação organizacional;
- Falta de envolvimento da área financeira;
- Insuficiente capacitação dos profissionais para a organização e gestão dos serviços de saúde.

De acordo com Ana Escoval (2003), a contratualização pode ter êxito principalmente no que se refere à autonomia concedida à gestão de pessoas, contratação de serviços e desburocratização na prestação de contas, embora ainda existam grandes obstáculos devido à legislação vigente em grande parte dos países.

Em muitos casos, a contratualização não atinge seus objetivos devido basicamente a falhas na negociação do contrato (informação assimétrica e despreparo do órgão contratante), problemas na concessão de autonomia às organizações e nos mecanismos de controle e acompanhamento dos contratos.

O ponto principal da discussão do referencial teórico da Economia dos Custos de Transação, e que vem merecendo atenção nesta dissertação, concentra-se na identificação se a contratualização seria a melhor forma institucional de organização da

atenção a saúde da rede de serviços da AP 4, ou seja, a mais eficiente para prestar os serviços que a população.

Para isto precisam-se entender as diferenças entre esse arranjo e o da integração vertical ou verticalização. O termo verticalização caracteriza o processo de integração das atividades de gerenciamento e prestação direta de serviços de saúde em uma única organização, independentemente da direção (se para frente ou para trás) e de quem detenha o controle decisório.

Os programas de prevenção de doenças e promoção da saúde da população assistida podem ser mais bem delineados por uma estrutura integrada na medida em que a própria unidade gestora detém o controle da logística de utilização dos serviços.

Diante da fragmentação da assistência na AP 4, problema este balizado pelas entrevistas onde alguns atores colocaram que as unidades precisavam conversar mais entre si, a integração dos serviços de saúde aparece como atributo inerente às tentativas de reformas iniciadas na Área.

Teoricamente, de acordo com Mendes (2001) integração significa coordenação e cooperação entre provedores dos serviços assistenciais para a criação de um autêntico distrito sanitário, mas, na prática, isso ainda não se realizou e poucas são as iniciativas para o monitoramento e avaliação sistemática de seus desdobramentos.

Para este mesmo autor, a integração dos serviços de saúde está articulada com o conceito econômico de cadeias produtivas, ou seja, a seqüência que se estabelece nos processos produtivos, desde a produção de insumos, a sua transformação em produtos e sua distribuição aos consumidores finais. Em cada elo da cadeia, ocorre uma agregação de valor. Contudo, nos sistemas de serviços de saúde, ainda que tenham origem nas cadeias de produção, delas se diferenciam, pois se organizam em redes. O conceito de integração vertical para este autor se refere à situação quando se colocam sob uma mesma gerência diferentes pontos de atenção de um sistema de serviços de saúde organizando-os como um contínuo. A integração vertical exige então que toda atenção à saúde (primária, ambulatorial hospitalar, domiciliar e etc.) esteja sob uma única gestão.

Seguindo este raciocínio, os sistemas de serviços de saúde estão balizados nos conceitos básicos de integração vertical, integração horizontal e cooperação estratégica tal qual os mecanismos de governança propostos por Williamson (1996).

Todavia este tipo de integração estaria se referindo a integração horizontal e não ao vertical onde a cadeia produtiva estaria subordinada as regras de comando e controle propostas como princípio básico da hierarquia. Retomando o referencial teórico

do jogo macroorganizacional (Matus 1996) cabe lembrar que a interação entre duas ou mais organizações são regidas por regras que não implicam relação de hierarquia entre elas. Portanto, a macroorganização (AP 4) seria um jogo onde cada organização participante (CAP 4 e Unidades) seria um jogador com grau relevante de autonomia.

Na tipologia proposta por Mendes (2001) essa dimensão da integração corresponderia à gestão da clínica e à dos pontos de atenção em que a oferta e a utilização de serviços são feitas por um conjunto dos pontos de atenção à saúde que se articulam, pela via das tecnologias de gestão da clínica, numa rede capaz de prestar atenção contínua a uma população adstrita. Assume-se nesta dissertação que a integração horizontal corresponderia à forma de governança horizontal, baseada nos arranjos contratuais. Neste arranjo, a constituição de uma rede de organizações com relativa autonomia seria suportada por contratos estáveis sob a gestão de uma única instituição.

Num sentido mais amplo, a integração em saúde é um processo que consiste em criar e manter uma governança comum de atores e organizações autônomas, com o propósito de coordenar sua interdependência, permitindo-lhes cooperar para a realização de um projeto (clínico) coletivo.

Os discursos e as políticas sobre a integração fundamentam-se, segundo Hartz e Contandriopoulos (2004), em três linguagens: a estrutural (modificação das fronteiras das organizações), a clínica (modificações nas práticas profissionais) e a da cooperação (novos formatos de negociação e de acordos entre atores e organizações).

Já ao considerar a matriz teórica da Teoria da Agência, no caso da contratualização da AP 4 ocorre uma necessidade de se fortalecer a função de regulação tanto na CAP quanto no nível central.

Outro fato é que o setor público na saúde atua como monopólio, o que o diferencia dos empreendimentos privados, sujeitos à concorrência. Os gestores em saúde tentam restringir a margem de ação dos ocupantes locais de cargos gerenciais por meio de regulamentos que minimizem os efeitos negativos dessa falta de concorrência. Na falta de padrões de desempenho, são usados regulamentos como padrão substitutivo.

Segundo a teoria da Agência, as transações entre atores na AP 4 se estabeleceriam em bases contratuais de relação do tipo contratado (agente) e contratante (principal). Essa relação estaria sempre sujeita a diversos problemas (risco moral, seleção adversa, assimetria de informações etc.), e, portanto, o caráter contratual da relação deve ser reforçado mediante determinados incentivos os quais deveriam estar

sempre subordinados a participação e ao envolvimento dos profissionais da base operacional.

As contribuições desses referenciais teóricos orientam para uma discussão de extrema relevância: a definição dos limites e das estratégias de contratualização. As mudanças observadas no ambiente institucional nas últimas décadas, especialmente o surgimento de novas ferramentas de gestão e a diversificação de atores, trouxeram a necessidade de se avaliar os limites das organizações. Como operar em modelos emergentes que demandam maior flexibilização gerencial, por exemplo? Como cooperar estrategicamente, de forma a se fortalecer nas operações em rede? Como valorizar as regras do jogo macroorganizacional?

A contratualização pode ser útil para orientar ações que visem potencializar as regras da direcionalidade e responsabilidade, dividindo riscos, o que representa uma forma de atuação que destaca cada vez mais a necessidade de abandonar estratégias individualistas e enfatiza as múltiplas formas de cooperação que podem e devem ser desenvolvidas, com destaque para a atuação em redes. No entanto, não se pode esquecer que a contratualização está sujeita a comportamentos oportunistas e que, para manter relações nas quais conflitos potenciais ameaçam destruir oportunidades de ganhos mútuos, é necessário aprendizagem e desenvolvimento.

# CONCLUSÃO

---

"Escolhe o trabalho que gostas e não terás de trabalhar um único dia em tua vida."

Confúcio

Como pudemos observar ao longo deste trabalho, a contratualização pode ser um valioso instrumento para a gestão pública em saúde. Sua utilização em diversos países, inclusive no Brasil, nos permite afirmar que ela hoje é uma prática importante, pois traz inovações para a Administração Pública, que passa a se modernizar, focando sua atuação no que é relevante para o Estado e para o cidadão, através dos indicadores de desempenho estabelecidos nos contratos de resultados. Esse direcionamento para resultados faz com o Estado passe a fortalecer sua função estratégica de regulação.

Numa vertente de análise que concentra as questões relacionadas ao campo da gestão, o papel do Estado, particularmente sua função de regulação, tem um enorme significado. Ao se admitir a possibilidade de que elementos do mercado podem ser aceitos e mesmo valorizados nas organizações públicas faz com que se enfatize e ressalte que realmente não há a necessidade de privatizar o público. Portanto a redução do Estado não é a ponto central e sim a sua melhor atuação. Um aspecto aceitável dentro da lógica propriamente pública está no incentivo ao desempenho, desde que combinado a instrumentos regulatórios e a autonomização das organizações públicas, mediante a prática da contratualização.

Esta última questão, muito em voga no cenário dos debates da saúde, foi o tema central desta dissertação. Não são poucas as dúvidas apresentadas: seu caráter verdadeiramente público poderia “libertar” as organizações das exigências administrativas legais? Qual seria o interesse, em um ambiente de competição, em criar organizações com maior flexibilidade gerencial, se às mesmas é vedado o caráter lucrativo? Da mesma forma, nos contratos de gestão como se exercerá o controle da sociedade? Qual a garantia da prestação adequada de serviços?

Há, um bom número de argumentos, como já se viu nesta dissertação, sintetizados na afirmativa de que é preciso melhorar as práticas da gestão pública. Neste caso, contratualizar também seria uma alternativa concreta para responder às demandas

crescentes de responsabilização, entendida como a obrigação permanente de prestar contas sobre o uso eficiente de recursos públicos e os resultados alcançados.

A partir da experiência de contratualização na AP 4, um ponto principal deste trabalho seria de como equilibrar, nessa nova visão da gestão, autonomia e controle de cada organização que assume o compromisso prévio com resultados. Quanto a este aspecto, no contexto do município do Rio de Janeiro, o desafio, ainda presente seria o de encontrar maneiras de avançar na concessão de alguma autonomia e/ou flexibilidade por parte do nível central da SMS-RJ, pois na sua gestão ainda é forte a mentalidade de não compartilhar o poder decisório.

O contrato de gestão pode ser considerado um poderoso instrumento de reforma do governo, além de seus efeitos sobre a regulação, eficiência das ações e garantia de qualidade. Tal instrumento, responde a uma regra básica dos modelos gerenciais, que é a da responsabilidade, ou seja, a definição explicitada de compromissos internos e externos às organizações, perfazendo um processo de negociação e pactuação de resultados institucionais, considerado muito positivo.

Nos últimos anos a administração pública brasileira vem abrindo espaço para práticas administrativas instrumentalizadas por técnicas contratuais, decorrentes de consenso, acordo, cooperação, parcerias firmados entre a Administração e particulares ou entre órgãos públicos e entidades estatais. A contratualização, que não deve ser confundida com uma desregulamentação irrestrita, pode se constituir num caminho legítimo para se obter uma desejável flexibilização gerencial. Na atualidade, isto se impõe para as organizações contemporâneas públicas ou paraestatais, vista como uma lógica de avaliação centrada em resultados, como superação da maléfica uniformização dos padrões de controle voltados apenas para os processos e também como maneira de agilizar processos decisórios, visando maior responsabilização através do alcance de resultados.

Podemos enfatizar, ainda, na discussão sobre a flexibilização gerencial, as possibilidades de ampliação da petição/prestação de contas como um processo de construção social, uma decorrência natural do processo de compromisso e responsabilização facultados pela contratualização. A responsabilização constitui um componente relevante nas formulações de reforma administrativa, dotado de forte potencial transformador e democrático, desde que não se restrinja a meros rituais, ou seja, esvaziada como simples instrumento definidor de contrapartidas de recursos.



É essencial o entendimento de que a contratualização e a gestão por resultados possuem enormes reflexos no interior das organizações de saúde. O processo de pactuação de compromissos organizacionais corresponde a uma das condições básicas de modelos gerenciais mais adequados. De acordo com Matus (1993), a regra de responsabilidade, que consiste na fixação de compromissos intra (entre serviços e seus profissionais com a direção do serviço) e extra-organizacionais, com os clientes e mesmo fornecedores, é vital para uma prática calcada na transparência e na confiança entre os atores do sistema.

A introdução da contratualização em serviços de saúde pertencentes ao SUS é uma inovação. A falta de experiência da administração pública nesta área faz com que esta tarefa tenha um papel ainda pouco relevante na gestão dos serviços de saúde. Neste campo, há a consciência de que vários intervenientes, como a multiplicidade de atores, a especificidade do próprio setor, a tipologia das organizações de saúde, a capacidade técnica e a responsabilização efetiva dos gestores públicos são determinantes inquestionáveis para a implementação com sucesso deste processo.

Os atores são sempre peças fundamentais na discussão de novas propostas no setor saúde. São eles que condicionam e interferem nas reformas. Mas é com eles que elas devem ser feitas. Sendo assim é preciso sempre reforçar a necessidade de negociação com atores e contar sempre com capacidade estratégica dos mesmos. A contratualização pode ser vista então como um instrumento para implementar os objetivos das políticas da saúde. Tratar-se-ia de um mecanismo coordenador alternativo aos modelos tradicionais de comando e controle de gestão em saúde, desde que se considerem as especificidades do setor saúde.

Talvez um dos grandes avanços da contratualização seja a possibilidade de alocação dos recursos de maneira mais eficiente, uma vez que é baseada na separação das funções de regulação e de prestação. Os mecanismos de controle presentes nos instrumentos de contratualização induzem os prestadores a explicitamente se comprometerem e também geram a motivação econômica para que esses compromissos assumidos sejam cumpridos.

De acordo com Abrucio (2006) a contratualização enfrenta hoje dois grandes mitos. O primeiro deles relaciona a contratualização ao neoliberalismo. Para ele, a despeito disso, uma visão neoliberal seria aquela que defende a menor intervenção do Estado, com impactos, sobretudo, na redução do gasto público, tema central dessa linha de pensamento. Seguindo esta argumentação, constata-se que as formas de

contratualização não têm nenhuma relação intrínseca com o neoliberalismo, uma vez que países que utilizaram tal instrumento, como Nova Zelândia e a Suécia (país com maior participação dos gastos estatais em relação ao PIB na OCDE), não diminuiram significativamente as despesas públicas.

O segundo mito é aquele que se baseia na idéia de que contratualização é mais fácil de controlar. Segundo este mesmo autor, Não seria mais fácil; seria diferente. Trata-se de um modelo mais simples do que a lógica procedimental da burocracia clássica, que buscava o controle passo a passo de todas as ações administrativas. Em vez disso, busca-se o controle de metas por indicadores bem definidos. Os resultados levam mais em conta os objetivos da organização sendo mais fáceis de modificar conforme o desempenho atingido.

Embora a contratualização ou acordos similares sejam importantes instrumentos de implantação da gestão pública por resultados, o alcance desse objetivo pressupõe a superação de alguns obstáculos, dentre eles a ausência de orientação adequada aos atores para a condução de processos de negociação, implantação, monitoramento, avaliação, supervisão e controle de resultados. O processo de mudança, na gestão em saúde do município do Rio de Janeiro, nunca será simples, homogêneo, simultâneo e consensual. O setor público, em qualquer esfera que se considere, é uma imensa constelação de organizações e pessoas.

Vale então reforçar: não é possível obter resultados transformadores utilizando-se velhas e tradicionais formas de governar. E vale destacar: não é possível construir resultados transformadores adotando concepções e práticas de natureza autoritária, tecnocrática ou concentradora de poder. A opção pela contratualização se torna ainda mais fundamental nestas circunstâncias, já que repetir os procedimentos e fórmulas vigentes será sempre contraproducente para uma equipe de governo que se pretende transformadora e que busca a construção do “Estado necessário”, que conduza ao atendimento das demandas da maioria da população. A opção se torna crítica, a partir da definição pela equipe dirigente com base num modelo de gestão mais participativo, que exige ser constituído e consolidado.

Para que a contratualização ou um contrato de gestão viesse a funcionar de fato em uma unidade de saúde ou em um hospital do município do Rio de Janeiro, o gestor deveria ser responsável pelo que estivesse assinando no contrato. Para isto ele precisaria dispor de uma equipe alinhada, de uma estrutura de funcionamento que ele conseguisse utilizar, ou seja: de ferramentas de gestão. O processo de contratualização pode ajudar

na construção de um modelo de gestão mais operacionalizável. A visão, mais normativa do que empírica, é a de que não se tem, na maioria dos hospitais e unidades de saúde, este modelo.

Com isto, o que se coloca é a necessidade de um modelo de gestão que enfatize a responsabilização a priori. Não basta dispor de instrumentos contratuais sem ter a preocupação de saber como utilizá-la. A capacidade de governo é condição essencial para o sucesso da contratualização.

Neste sentido, observar o caminho percorrido e as lições das experiências constituem ajuda significativa para se utilizar a contratualização, ou seja, nem copiar ou imitar, nem muito menos ignorar ou desconhecer os avanços conseguidos e os novos problemas e desafios surgidos a enfrentar.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

---

"Nenhum vento sopra a favor, de quem não sabe para onde ir."  
(Sêneca)

Para Lenir Santos (2007), a administração pública tem baixa capacidade operacional, fraco poder decisório e controles essencialmente formais e sem qualidade. Assim, a finalidade da administração passou a ser os meios e seus processos e não os fins. Tal contexto se reflete na gestão pública em saúde dificultando uma política de incorporação tecnológica, informatização, modernização administrativa e gestão de recursos humanos comprometidos com o serviço público. Na maioria das unidades de saúde falta gestão capaz, eficiente, moderna e humana.

Nas organizações como um todo, tecnologia, tarefas, recursos, administração não podem ser considerados isoladamente, pois são interdependentes, inclusive com o ambiente, ou seja, com a realidade que cerca a organização, sua clientela, outras organizações, interesses e articulações presentes em seu cotidiano.

Essa concepção, na gestão, é o que chamamos situacional, que significa uma maneira de compreender que a organização só pode ser entendida adequadamente quando o que nela ocorre não se explica por uma única causa, mas por uma rede de causas.

A prática do planejamento, direção, coordenação e controle constituem o fulcro da gerência, em qualquer organização, independente do tamanho e, mesmo, da autonomia de gestão. Isso significa planejar e controlar pessoas e recursos na realização de tarefas que permitam que a organização atinja seus objetivos. Nesse sentido, a função gerencial não implica apenas que o gerente possua conhecimentos administrativos e técnicos, mas a capacidade de lidar com pessoas, conhecer suas necessidades, valores e motivá-las para a realização da tarefa organizacional.

Nesse sentido, a função gerencial requer um conhecimento adequado da organização, naquilo que é definido formalmente e naquilo que normalmente se chama de informal, que gera o clima organizacional.

Assim, ao se pensar em modificar a forma de governança que rege as relações no sistema de saúde da AP 4, deve-se considerar não apenas a conformação da rede de

cuidados em saúde, mas também cada unidade que a compõe. Por isso é fundamental a compreensão das regras que regem uma macroorganização.

A importância também dada à capacidade de governo, entendida como a expertise dos gestores para a condução dos processos de gestão, espelha grande parte da discussão sobre a contratualização presente neste trabalho. Reforçado pelas respostas das entrevistas na pesquisa de campo, o desempenho na função gerencial determina o curso e o sucesso de novas propostas para a gestão pública.

Cabe ressaltar que, o baixo desempenho que é verificado no setor público não pode ser atribuído apenas à incompetência ou a desmotivação, baixos salários e às más condições de trabalho, mas, também, à baixa responsabilidade gerencial, de um indivíduo capaz de conduzir seu grupo para os objetivos organizacionais. Essa baixa responsabilidade está presente na dificuldade de se prestar contas e mais marcante ainda na dificuldade de se assumir compromissos ou perante superior hierárquico ou perante as próprias instâncias do controle social

Hoje, a lógica que prevalece nas organizações públicas prestadoras de serviços, em especial da saúde, não é do atendimento da satisfação das demandas da sua clientela, mas, dos próprios funcionários, dos interesses burocráticos, que perpassam as organizações públicas. Isto ainda é consequência do descompromisso com a coisa pública.

Nesse contexto, acreditamos que mudar a prática dos serviços públicos não implica apenas racionalizar através do planejamento da ação e do controle, mas do envolvimento, do compromisso dos membros da organização com seus objetivos.

A gestão dos serviços de saúde não pode constituir apenas mais um discurso, mas uma forma de dotar os serviços públicos de saúde de efetividade, de uma lógica que não é dos serviços privados nem da burocracia, mas aquela voltada para as necessidades da população, do seu perfil epidemiológico, com o compromisso dos servidores em produzir serviços de qualidade. Essa qualidade deve ser pretendida na magnitude e natureza dos recursos disponíveis, pois, do contrário, permaneceremos incompetentes e imóveis, justificando nossa posição pela escassez dos recursos.

A reorientação dos serviços de saúde exige na sua implantação a formação de dirigentes capazes de planejar, dirigir, avaliar e controlar a ação de sua unidade ou do sistema local de saúde. Todavia, a questão não é saber que tipo de planejamento, mecanismo de governança ou ferramenta deve dispor este gerente, mas, sim, se o mesmo é capaz de entender a realidade social em que a organização está inserida e

dispor de conhecimentos e habilidades sobre as práticas administrativas inerentes ao gerenciamento.

Além disto, o gerente, independente do tamanho e nível da organização ou do sistema sob sua responsabilidade, deve ser uma pessoa de decisão. Para isto, ele necessita não apenas conhecer as técnicas administrativas como também dispor de um sistema de informações gerenciais, que pautem suas decisões. O discurso e a prática do "apagar fogo", comum no setor público, devem ser superados. A administração por rotina e crise não permite decisões coerentes e em cima de prioridades. Por isto, não há planejamento, ou mesmo um referencial, que informe as decisões.

A dicotomia 'maior autonomia x comprometimento prévio com resultados' é indissociável da visão da contratualização como um compromisso, que implica responsabilização e obrigação de prestar contas.

Como abordado neste trabalho, a contratualização é um dos mecanismos principais que têm sido introduzidos no âmbito das reformas dos sistemas de saúde. Ela permite a delegação de responsabilidades e dá aos gestores locais o poder para disporem dos recursos a fim de melhor prestar serviços à população.

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003), a contratualização não é um fim em si mesma, mas um processo. Neste sentido, com ela pretende-se, principalmente, uma mudança de paradigma – deixando de distribuir os recursos em função das necessidades apresentadas pelos serviços para passar a distribuí-los sobre uma base contratual clara que traduz a adequação dos serviços prestados em função das necessidades em saúde de uma dada população.

O grau de diferenciação e heterogeneidade inerente à complexidade na prestação de serviços de saúde torna improvável que haja um único padrão consistente na maneira de contratualizar, haja vista que o seu processo é apenas uma parte de um conjunto muito mais amplo de relações.

Por isto, a contratualização precisa ser analisada no contexto em que se insere e tem que ser compreendida não como um conjunto de instrumentos formais para regulamentar trocas econômicas entre um principal e um agente, mas como acordos desenvolvidos e construídos socialmente, negociados e discutidos, implementados num ambiente de elevada complexidade e constante mudança estrutural (Ana Escoval, 2003).

Assim entendido como alerta Trosa (2001), a contratualização não é simples delegação nem nova forma de imposição, tampouco apenas flexibilização (maior liberdade sem contrapartidas). A contratualização é uma relação entre duas partes, não

mais apenas hierárquica. Não há “os que definem o que fazer” e “os que executam”: há atores diversos, cada qual com contribuições específicas à ação. À contratualização, associam-se mecanismos de transparência, que incluem a obrigação de prestar contas, não apenas de modo formal.

Nesse sentido, a idéia do modelo contratual, que explicita e detalha a os compromissos assumidos perante os pares é importante. Portanto, uma das dimensões na gestão é o comprometimento com a tarefa organizacional e o trabalho de envolver seus pares nessa tarefa. Fazer com que cada um desempenhe seu papel, mas assuma um compromisso conjunto de produzir um serviço de saúde que satisfaça às necessidades da população.

Contudo, esse compromisso não estará presente da mesma maneira em todas as organizações independente de suas determinações e, como tal, também não resolverá a eficácia do sistema.

Essa eficácia dependerá não apenas do desempenho gerencial das organizações isoladas, mas da gestão do sistema, que deve estar preocupada com resultados e não apenas envolvida com casuísmos e interesses alheios à gestão.

A Teoria das Macroorganizações desenhada por Carlos Matus (1996) prestou-se bem para avaliar o processo de contratualização do sistema regional de saúde da Área de Planejamento 4 do município do Rio de Janeiro. Isto porque o espaço de análise correspondia de fato a uma Macroorganização. Através desta teoria pudemos ver como a contratualização era condicionada e como ela condicionava as regras do jogo macroorganizacional: direcionalidade, responsabilidade, departamentalização e governabilidade. Também, o reconhecimento de que as unidades de saúde são sistemas interdependentes, e que a mudança de uma parte de uma organização afeta outras partes, afetando também a macroorganização foi fundamental.

A utilização de correntes teóricas da economia trouxe um enorme aprendizado, pois a literatura sobre sua aplicação no setor público é escassa. O paralelo entre seus pressupostos, a matriz teórica de Matus e a contratualização foi desafiadora. Pudemos verificar que o conceito de formas de governança provenientes da Economia dos Custos de Transação pode ser aplicado no campo da saúde pública, mas com certa parcimônia, pois apesar de se constituir num complexo produtivo, o segmento da saúde pública traz outras características que o diferenciam da lógica de mercado. Ao se propor a separação entre as funções de formulação de políticas/regulação da prestação de serviços pudemos

dispor do referencial da Teoria da Agência, amplamente utilizado para analisar a contratualização em outras áreas.

A aplicação dos referenciais teóricos deste trabalho à análise da experiência de sucessos e dos fracassos no campo da contratualização aponta para a importância de que este processo seja, antes de tudo, identificado como um processo de natureza política, mesmo que requeira importantes elementos técnicos para o apoio às decisões dos gestores da saúde.

O grau de interação exigido para o tratamento de temas altamente inter-relacionados como Globalização, Reforma do Estado, rumos da Administração pública não permite simplificações que considerem apenas as dimensões técnicas dos problemas.

Qualquer medida voltada para o fortalecimento do Estado em sua função reguladora deve considerar a importância de preservar-se a qualidade do relacionamento entre os atores. Uma relação baseada na transparência e no estímulo à participação pode contribuir significativamente para a geração de legitimidade aos processos de decisão. Talvez, no passado, fosse possível preservar a autonomia recorrendo a um insulamento técnico-burocrático. Atualmente, o nível de organização e participação já não permite que decisões que afetam a macroorganização sejam tomadas sem permeabilidade às influências, às sugestões e até mesmo às pressões dos atores envolvidos.

Quanto ao desenho de eventuais acordos no ambiente macroorganizacional, esses devem basear-se na definição de resultados e na identificação dos meios necessários para o seu atingimento, tomando o cuidado de preservar a autonomia da gestão interna das microorganizações e do processo decisório. Um instrumento usado para expressar esses acordos pode ser a contratualização.

A credibilidade é o principal patrimônio que uma organização pode e deve cultivar. No atual contexto, é possível dizer que a construção e manutenção dessa credibilidade se assenta na conjugação dos elementos relativos à transparência, autonomia, desempenho, responsabilização e prestação de contas. Mesmo que o modelo contratual não dê conta, no seu conjunto, de todo o complexo de relações entre as organizações de saúde ele permanece como um marco referencial para o direcionamento das ações de saúde.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

ABEL-SMITH, Brian and MOSSIALES, Elias. Cost containment and health care reform –A study of European Union. USA. Published in association with the London School of Economics and Political Science, Jane Lewis edition. 1994

ABRUCIO, Fernando Luiz. “O Impacto do Modelo Gerencial na Administração Pública: Um breve estudo sobre a experiência internacional recente”. Revista do Serviço Público, n.22, abril, 1996.

\_\_\_\_\_. A contratualização e as Organizações Sociais: Reflexões teóricas e Lições da experiência Internacional. Debate G.V. Saúde Vol.1 1º semestre 2006.

ALCOFORADO, Flávio Carneiro Guedes Contratualização e eficiência no setor público: as organizações sociais. X Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Santiago, Chile, 18 - 21 Oct. 2005.

ALMEIDA, CM. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais de tendências de mudança. Ciência & Saúde Coletiva 4(2): 263-286. 1999.

ANA ESCOVAL, Maria da Silva. Evolução da administração pública de saúde: o papel da contratualização. Fatores críticos do contexto português. Tese de doutoramento, ISCTE, Lisboa, Portugal, 2003.

ANDREWS, C. W. & KOUZMIN, A. “A reforma gerencial no Brasil à luz da Teoria da Escolha Pública: uma análise do discurso oficial”. In: Anais do 22º Encontro da Associação Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Administração. Foz do Iguaçu/PR: ANPAD, 19 a 22 de setembro. Área: Administração Pública. 1998.

ARAÚJO, Joaquim Filipe Ferraz Esteves de. “Hierarquia e Mercado: A Experiência recente da Administração Gestorária”, Comunicação apresentada no 2º Encontro INA – Moderna Gestão Pública: dos meios aos resultados, Fundação Calouste Gulbenkian, Março, Lisboa, 2000.

ARROW, K. J. Uncertainty and the welfare economics of medical care. American Economic Review, n. 53, 1963.

ARTMANN, E. Cultura e Mudança organizacional. UNICAMP. Mimeo 1997

ARTMANN, Elizabeth; RIVERA, Francisco Javier Uribe. A démarche stratégique (gestão estratégica hospitalar): um instrumento de coordenação da prática hospitalar baseado nos custos de oportunidade e na solidariedade. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2003.

\_\_\_\_\_. Humanização no atendimento em saúde e Gestão comunicativa. In Humanização dos cuidados em saúde – conceitos, dilemas e práticas. Org.Deslandes, Suely Ferreira - Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2006.

AZEREDO, Eduardo da Costa. A crise no Rio. Mimeo. 2005.

AZEVEDO, Sérgio de. Federalismo e Reforma do Estado: resultados preliminares de pesquisa. 23 págs. [www.fundaj.gov.br](http://www.fundaj.gov.br). 1998

AZEVEDO, Paulo Furquim de. Nova Economia Institucional: referencial geral e aplicação para a agricultura. *Agricultura em São Paulo*, 47(1):33-52. 2000.

BANCO MUNDIAL. Informe sobre el desarrollo mundial 1997 (Resumen). Banco Mundial, 1997.

BARBOSA, Pedro. Fundações Estatais: um novo Modelo de Gestão para as Organizações Públicas de Saúde. [www.fundacaoestatal.com.br](http://www.fundacaoestatal.com.br) acesso em 10.12.2007 às 16:45h. 2000.

BOAVENTURA SANTOS, S. Para uma reinvenção solidária e participativa do Estado. In: Bresser-Pereira, L.C.; Wilhelm, J.; Sola, L. (orgs.) Sociedade e Estado em Transformação. São Paulo-Brasília: Unesp-Imesp-Enap, p.243-271. 1999.

BRASIL, MARE. Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado, Brasil, Ministério da Administração e Reforma do Estado. 1995.

\_\_\_\_\_. Organizações sociais. Cadernos MARE da Reforma do Estado, n. 2, Brasília, Ministério de Administração e Reforma do Estado. 1997.

BRESSER PEREIRA, L. C. Reforma Administrativa do Sistema de Saúde; Trabalho apresentado ao Colóquio Técnico prévio à XXV Reunião do Conselho Diretivo do CLAD, Buenos Aires, outubro de 1995.

\_\_\_\_\_. Da administração pública burocrática à gerencial. Revista do Serviço Público, Brasília, ano 47, v. 120, n. 1, p. 7-40, jan. -abr.1996.

\_\_\_\_\_. A reforma do Estado dos anos 90: lógica e mecanismos de controle. Cadernos MARE n. 1. Brasília: Ministério da Administração e Reforma do Estado. 1997.

\_\_\_\_\_. (a). Gestão do setor público: estratégia e estrutura para um novo Estado. In: Reforma do Estado e Administração pública Gerencial. Ed. FGV, Rio de Janeiro, 6ªEd., p.21-38, 2005.

\_\_\_\_\_. (b). Da administração Pública burocrática à gerencial. In: Reforma do Estado e Administração pública Gerencial. Ed. FGV, Rio de Janeiro, 6ªEd., p.237-270, 2005.

BRESSER PEREIRA, L., C. & PACHECO, R., S. A reforma do Estado brasileiro e o desenvolvimento in Crise Política e reforma do Estado Brasileiro. Ed. José Olympio, São Paulo, 1ª Ed., p. 149-170, 2006.

CAMPOS G.W.S. Reforma da Reforma - repensando a saúde. (2ª ed.). Hucitec, São Paulo. 1997.

\_\_\_\_\_. Um método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo: Hucitec; 2000.

\_\_\_\_\_. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do sus em questão? Ciênc. Saúde coletiva., Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, 2007

CARDOSO, Regina Luna dos Santos. Instrumentos para a implantação do Modelo Gerencial na Administração Pública: Observações Iniciais sobre a Implementação de Contratos de Gestão no Brasil. II Concursos de Monografias e Ensaio do CLAD Brasília, Agosto de 1997.

CARDOSO, Fernando Henrique. A reforma do Estado. In: Reforma do Estado e Administração pública Gerencial. Ed. FGV, Rio de Janeiro, 6ªEd., p.15-19, 2005.

CARR, David K. e LITTMAN, Ian D. Excelência nos serviços públicos: gestão da qualidade total na década de 90, Rio de Janeiro, Qualitymark Ed., 1992.

CECÍLIO L.C. Inventando a mudança na administração pública - reconstituição e análise de três experiências na saúde. vols. 1 e 2. Tese de doutoramento. Unicamp, Campinas. 1993.

CHORNY, A. A crise da saúde na cidade do Rio de Janeiro. Mimeo . 2005

COASE, R. H. The Nature of the Firm. *Economica* , Vol. 4, November, pp. 386- 405. 1937.

COSTA, Frederico Lustosa da. "Reforma do Estado e administração pública", Revista de Administração Pública, 32 (2) Março-Abril, pp. 213-8. 1998.

COSTA, N. R. Reforma do Estado e a Experiência Brasileira: a experiência brasileira da última década. In: conselho nacional de saúde. (Org.). Caderno da XI conferência nacional de saúde. 1 ED. Brasília: conselho nacional de saúde, V. 1, P. 1-18. 2000.

COSTA, Nilson do R. et alii.. Inovações Organizacionais e de Financiamento: cenário internacional In: Brasil: Radiografia da Saúde, Campinas, Instituto de Economia, pp. 291-306. 2001.

COSTA, Nílson do Rosário & MELO, Marcus André B. C. A difusão das reformas neoliberais: análise estratégica, atores e agendas internacionais. In: (E. Reis, M. Almeida & P. Fry, orgs.), Pluralismo, Espaço Social e Pesquisa. São Paulo: HUCITEC / ANPOCS. 1995.

DINIZ, ELI. Globalização, reforma do estado e teoria democrática contemporânea. São Paulo Perspec. São Paulo, v. 15, n. 4, 2001 .

DI PIETRO, Maria Sylvania. Parcerias na Administração Pública: concessão, permissão, franquia, terceirização e outras formas, 4 ed. Ver. E ampl., São Paulo: Atlas, 2002.

DRAIBE, Sônia; HENRIQUE, Wilnês.. Welfare State, crise e gestão da crise: um balanço da literatura internacional. Revista Brasileira de Ciências Sociais, nº 6, vol. 3, São Paulo: ANPOCS. p.53-78.1988.

DRUCKER, P.F., Administração de Organizações Sem Fins Lucrativos. Ed. Pioneira, São Paulo, 1994.

\_\_\_\_\_. Os Novos Paradigmas da Administração. Disponível em <http://www.lgti.ufsc.br/O&m/aulas/Aula1/paradgmas%20adm.htm>. Acesso: 20 de out. de 2006.

DUSSAULT, Gilles. A gestão de serviços públicos de saúde: características e exigências. Rev. Adm. Publ., Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, 1992

EISENHARDT, K. M. Control: organizational and economic approaches. Management Science, . 31, n. 2, p. 134-149, 1985.

EVANS, P. O Estado como problema e solução. Lua Nova, n.28/29, p.107-56, 1992.

FALEIROS, Vicente de Paula. A Reforma do Estado no período FHC e as propostas do Governo Lula. In: ROCHA, Denise & BERNARDO, Maristela (org.) A era FHC e o Governo Lula: Transição. 1ed. v.1, p. 33-66. Brasília: INESC, 2004.

FARINA, E.M.M.Q. AZEVEDO, P.F.;SAES,M.S.M. Competitividade:mercado, Estado e organizações.São Paulo: Singular, 1997.

FLEURY, Sonia. A Reforma Sanitária e o SUS: questões de sustentabilidade. Ciênc. Saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, 2007.

FLYNN, Norman e STREHL, Franz, "Introduction", in Norman Flynn e Franz Strehl (Eds.), Public Sector Management, Prentice Hall, London, pp. 1-22,1996.

GASPARINI, Diógenes. Direito administrativo, 7 ed. Rev. E atual, São Paulo: Saraiva, 2002.

GODOY, Arilda Schmidt. Pesquisa Qualitativa. Tipos Fundamentais. São Paulo: RAE – Rev. De Administração de Empresas, v.35, n.3, p.21-29, 1995.

GOMES, Marcelo Barros. Políticas de gestão pública e controle : desafios de implementação. VIII Congresso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Panamá, 28-31 Oct. 2003

GOMES, Márcio Cidade. Parcerias com as organizações sociais de saúde: a experiência da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Palestra proferida em 4 de junho de 2004 no âmbito do Programa Avançado em Gestão Pública Contemporânea , realizado na Fundap. Texto disponível em <http://www.fundap.sp.gov.br/escola/PAvGestaoPublica/material/MARCIO%20CIDADE.doc> acesso em 03.10.2007.

HALL, R. H.. Organizações: Estrutura e Processo. 3ª Ed. Rio de Janeiro: Prentice Hall do Brasil. 1984.

HAM C. Health care reform - learning from international experience. Open University Press, Buckingham. 1998.

HAM, C. & HILL, M. The policy process in the modern capitalist State. Nova York, Harvester Wheatsheaf. 1993.

HAMEL, G. e Prahalad, C. K. "Competindo pelo futuro", Editora Campus, Rio de Janeiro, 1995.

HARTZ, Zulmira M. de A. e CONTANDRIOPOULOS, André-P., Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20 Sup 2:S331-S336, 2004.

HATCH, M. J. Organization theory: modern symbolic and postmodern perspectives. New York: Oxford University Press, 1997.

HEREDIA, Blanca e SCHNEIDER, Ben Ross. "The Political Economy of Administrative Reform: Building State Capacity in Developing Countries", s.l, mimeo. 1998.

\_\_\_\_\_. "The political economy of administrative reform in developing countries." In: HEREDIA, Blanca; SCHNEIDER, Ben R. Reinventing Leviathan: the political economy of administrative reform in developing countries. Lynne Rienner, 2002.

HIRATUKA, C. Estrutura de coordenação e relações interfirmas: uma interpretação a partir da teoria dos custos de transação e da teoria neo -Economia & Empresa, São Paulo, v.4, n.1, p.17 -jan.-1997.

HUNTINGTON, Samuel P. Political Order in Changing Societies. New Haven: Yale University Press. 1968.

JANN, Werner e Christoph REICHARD, "Melhores práticas na modernização do Estado". Revista do Serviço Público 53(3): 31-50. 2002.

JENKINS, K. "Civil service Reform in United Kingdom." Paper delivered at workshop on civil service reform in Anglophone Africa, 24-28-April 1995.

JUSTEN Fº., Marçal. O Direito das Agências Reguladoras Independentes. São Paulo, Dialética. 2002.

KOPF, Águida Wichrowski and HORTALE, Virginia Alonso. Contribuição dos sistemas de gestão de Carlos Matus para uma gestão comunicativa. Ciênc. saúde coletiva, Sept./Dec., vol.10 suppl, p.157-165. 2005.

KRUEGER, Anne, "The Political Economy of the Rent-Seeking Society", American Economic Review, Vol. 64, 291-303. 1974.

LAFFONT J.J.; TIROLE J. A theory of incentives in procurement and regulation. Boston: MIT Press, Cambridge 1993

LE GRAND, J., BARTLETT, W., (orgs.). Quasi markets and social policy. Londres: The Macmillan Press. 1993.

LENIR Santos. Fundação Estatal: a gestão pública renovada. [www.fundacaoestatal.com.br](http://www.fundacaoestatal.com.br) acesso em 10.12.2007 às 17:25h. 2007

LIMA, SML. O contrato de gestão e modelos gerenciais para as organizações hospitalares públicas. Revista de Administração Pública, 30(5): 201-235. 1996.

LIMA, Juliano de Carvalho. Gestão estratégica de sistemas de saúde: estudo de caso de uma região de saúde à luz da teoria das macroorganizações. Dissertação de mestrado. Rio de Janeiro; s.n.; [200] 2003.

LISZT VIEIRA. Os argonautas da cidadania. A sociedade civil na globalização. Rio de Janeiro/São Paulo, Editora Record, 403 páginas, 2001.

MAJONE, Giandomenico, “Do Estado positivo ao Estado regulador: causas e conseqüências de mudanças no modo de governança”. Revista do Serviço Público 50(1): 5-36. 1999.

MARINI, Caio.(a) Gestão pública: o debate contemporâneo. Fundação Luiz Eduardo Magalhães. Salvador: FLEM: 104 p. 2003.

\_\_\_\_\_.(b) Aspectos contemporâneos do debate sobre reforma da administração pública no Brasil: a agenda herdada e as novas perspectivas . VIII Congresso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Panamá, 28-31 Oct. 2003

MARISTELA DE ANDRÉ, M. A. "Contratos de Gestão: texto básico para subsídio às discussões sobre a Reforma do Estado". Convênio IBAM/IPEA/ENAP. Rio de Janeiro, IBAM, 1994.

MARTINS, Humberto Falcão. “Em Busca de uma Teoria da Burocracia Pública Não-Estatal: Política e Administração no Terceiro Setor”. Revista de Administração Contemporânea, n° 3, vol. 2, pp. 109-128, 1998.

\_\_\_\_\_. O Avanço Brasil e a gestão Empreendedora: uma análise de modelos de planejamento e gestão governamental. V Congresso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Santo Domingo, Rep. Dominicana, 24 - 27 Oct. 2000.

\_\_\_\_\_. Administração Para o Desenvolvimento: a relevância em busca da disciplina. In: LEVY, Evelyn; DRAGO, Pedro A. (Org.). Gestão Pública no Brasil Contemporâneo. São Paulo: FUNDAP: Casa Civil, p. 40-56. 2005.

MASTEN, S. E. Contractual choice. In BOUKAERT, B., GEEST, D (Org.). Encyclopedia of Law & Economics. Edward Elgar Publishing and the University of Ghent, 1998.

MATUS, Carlos. O Plano como Aposta. Perspectiva, 4: 28-42. 1991.

\_\_\_\_\_. Política, Planejamento e Governo. Brasília: IPEA.1993.

\_\_\_\_\_. Sobre la Teoria de las Macroorganizaciones. Revista PES, Santafé de Bogotá, 3. 1994.

\_\_\_\_\_. Política, Planejamento e Governo. 2a ed., Tomo I e II, série 143. Brasília: IPEA. . 1996.

MEHRY, E.E. et al. (Orgs.) O trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2004.

MELO Marcus André. "Governance e reforma do Estado: o paradigma agente X principal". In: RSP, Revista do Serviço Público. Ano 47 V. 120, Nº 1, Brasília, Jan-Abr 1996.

\_\_\_\_\_. A política da ação regulatória: responsabilização, credibilidade e delegação. *Rev. bras. Ci. Soc.*, , vol.16, no.46, p.56-68, Junho 2001.

MELO, M. C. O. L.; CKAGNAZAROFF, I. B. A questão da função gerencial e a reforma do Estado – problemas e propostas de ação. Anais do III Congresso Internacional do CLAD. Anais. Madrid, 14 a 17 de outubro de 1998.

MENDES, E. V. Os grandes dilemas do SUS: tomo II. Salvador, Bahia. Ed. Casa da Qualidade, 176p. 2001.

MENDONÇA, Helder Ferreira de & ARAÚJO, Luis Sérgio de O., "Mercado e Estado: uma síntese da evolução da economia política moderna," Anais do V Congresso Brasileiro de História Econômica e 6ª Conferência Internacional de História, ABPHE - Associação Brasileira de Pesquisadores em História Econômica (Brazilian Economic History Society). 2003.

MILLS, A. and BROOMBERG, J. Experiences of contracting: an overview of the literature. Technical paper nº 33, WHO, Genève, December. 1998

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1994.

MORGAN, Gareth. Imagens da Organização. São Paulo: Atlas, (p.33-52). 2002.

MINTZBERG, H. Criando organizações eficazes. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

NEVES, J. L. Pesquisa qualitativa - características, usos e possibilidades. Caderno de Pesquisas em Administração, São Paulo, vol. 1, nº. 3, 2º sem. 1996.

NEVES, Marcos Fava. Sistema Agroindustrial citrícola: um exemplo de quase integração no agribusiness brasileiro. São Paulo: FEA/USP/Departamento de Economia, (Dissertação de Mestrado) 1995.

\_\_\_\_\_. Um modelo para Planejamento de Canais de Distribuição no Setor de Alimentos. Tese de Doutorado apresentada no Departamento de

Administração da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo. São Paulo: 1999.

NORTH, D. Custos de transação, instituições e desempenho econômico. Rio de Janeiro: Instituto Liberal, 38 p. 1994.

NUNES, Edson. A gramática política do Brasil: clientelismo e insulamento burocrático. Rio de Janeiro/Brasília, Jorge Zahar Editor/ENAP, 1997.

O'CONNOR, J. The fiscal crisis of the State. New York, St. Martin's Press, 1973.

OMS, "Strengthening health systems in developing countries. The role of contractual arrangements in improving health systems performance". Fifty-Sixth World Health Assembly of World Health Organization, 2003.

OSBORNE, David & GAEBLER, Ted. Reinventando o governo. Tradução de Sérgio Fernando G. Bath e Ewandro M. Júnior. 6ª edição. Brasília, MH Comunicação, 1995.

OSTROM, Elinor. "An assessment of the institutional analysis and development framework", in Paul Sabatier (ed.), Theories of the policy process, Boulder, Westview Press. 1999.

PACHECO, Regina S. Contratualização de resultados no setor público: a experiência brasileira e o debate internacional. IX congresso Internacional do CLAD, Madrid, Espanha, 2004.

PASCHE, Dário Frederico. A reforma necessária do SUS: inovações para a sustentabilidade da política pública de saúde. Ciênc. Saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, pág 312 – 314, 2007.

PEREIRA FILHO, C. 2004. O marco regulatório no setor de saúde suplementar: contextualização e perspectivas. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE, ANS. Documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar em 2003. Rio de Janeiro, p. 93-120. 2004.

PRZEWORSKI, Adam. "Nota sobre o Estado e o Mercado". Revista de Economia Política, 16(3) julho, 1996.

\_\_\_\_\_. "Minimalist Conception of Democracy : A Defense". In : SHAPIRO, I. & HACKER-CORDÓN, C. (eds.). Democracy's Value. Cambridge : Cambridge University. 1999.

POGGI, Gianfranco. A Evolução do Estado Moderno. Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1981.

QUIRINO, C. G. & SADEK, M. T. (orgs.). O pensamento político clássico. São Paulo: T.A. Queiroz, 1980.

REZENDE, Flávio da Cunha. "Administrative reform, permanent failure, and the problem of external support: MARE and the reform of the state apparatus in Brazil." Tese de doutorado, Ithaca, Nova York, Cornell University. 1999.



RIBEIRO, José Mendes. “Regulação e contratualização no setor saúde”. In Brasil – radiografia da saúde. Ed. Unicamp, Campinas, São Paulo, p.409-445, 2001.

RIVERA, F. Javier Uribe(a). Agir comunicativo e Planejamento Social: Uma crítica ao enfoque estratégico - Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

\_\_\_\_\_(b). Comunicação e gestão organizacional por compromissos. *Revista de Administração Pública* 29(3):211-230. 1995

\_\_\_\_\_, Francisco Javier Uribe. Situational management (in health) and communicative organization. *Cad. Saúde Pública* [online], vol. 12, no. 3, pp. 357-372 .1996.

RIVERA, Francisco Javier Uribe e ARTMANN, Elizabeth. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. *Ciênc. saúde coletiva*, vol.4, no.2, p.355-365. 1999.

SALTMAN, Richard and FIGUERAS, J. European healthcare reform: analysis of current strategies. Copenhagen; WHO regional publication, European Series, nº 72. 1997.

SANTANA, Ângela. A reforma do Estado no Brasil: estratégias e resultados. VII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Lisboa, Portugal, 8-11 Oct. 2002

SANTOS, Luiz Alberto. Agencificação, Publicização, Contratualização e Controle Social – Possibilidades no âmbito da Reforma do Aparelho do Estado. – Brasília:DIAP, 244 p 2000.

SATO, Fábio Ricardo Loureiro. A teoria da agência no setor da saúde: o caso do relacionamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar com as operadoras de planos de assistência supletiva no Brasil. . *Rev. Adm. Pública* , Rio de Janeiro, v. 41, n. 1, 2007 .

SCHWARTZ, Herman M. “ Public Choice Theory And Public Choices: Bureaucrats And State Reorganization In Australia, Denmark, New Zealand, and Sweden in the 1980s”. *Administration & Society*, v. 26, n.1, , p.48-77. May, 1994.

SHIRLEY, M. Performance Contracts: A tool for Improving Public Services.” In Robert Picciotto and Eduardo Wiesner, eds. “Evaluation and development. The institutional Dimension.” New Brunswick: Transaction Publishers. 1998.

SIFFERT, Nelson F. A teoria dos contratos econômicos e a firma. São Paulo:IE/USP/Departamento de Economia, (Tese de Doutorado). 1996.

SILVA, Pedro Luiz Barros. Serviços de Saúde: o dilema do SUS na nova década. São Paulo em Perspectiva., São Paulo, v. 17, n. 1, 2003.

STIGLER, G. The theory of economic regulation. *Bell Journal of Economic and Management Science*. vol. 2 n. 1. 1971.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi; OLIVEIRA, Vanessa Elias de. Reforma(s) e estruturação do Sistema de Saúde Britânico: lições para o SUS. Saude soc. , São Paulo, v. 16, n. 1, 2007 .

TAYLOR, Frederick W, “Scientific Management”. Republicado in Classics of Public Administration, 3<sup>rd</sup> ed., Jay M. Shafritz and Albert C. Hyde, eds. Pacific Grove, Calif: Brooks/Cole Publishing Co.,29-32. 1912.

TEIXEIRA, R.R., O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. Construção da integralidade:cotidiano, saberes e práticas de saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, Abrasco, 2003.

TRIVINOS, A.N. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1992.

TROSA, Sylvie, Gestão pública por resultados. Quando o Estado se compromete. Rio de Janeiro: Revan; Brasília: ENAP. 2001

UNGARETTE, Márcia Regina. Contrato de gestão: uma das formas de controle das agências reguladoras pelo governo. Rio de Janeiro; s.n. 100 p, FIOCRUZ, 2004.

WALSH, Kieron. Public Services and the Market Mechanisms: Competition. Contracting and the New Public Management, MacMillan, London.1995.

WEBER, Max, “Bureaucracy”. Republicado in Classics of Public Administration, 3<sup>rd</sup> ed. Jay M. Shafritz and Albert C. Hyde, eds. Pacific Grove, Calif: Brooks/Cole Publishing Co., 51-56.1922.

\_\_\_\_\_ Os fundamentos da organização burocrática: uma construção do tipo ideal. In: CAMPOS, Eduardo. Sociologia da burocracia. Rio de Janeiro, Zahar, 1971.

WILLIAMSON, O. E. Markets and Hierarchies: Analysis and Antitrust Implications. The Free Press: New York. 1975.

\_\_\_\_\_. Transaction cost economics and organizational theory. Journal of Industrial and Corporate Change. V. 2, pp. 107-156, 1993.

\_\_\_\_\_. The Mechanisms of Governance, New York, Oxford University Press, 1996.

\_\_\_\_\_. Por que direito, economia e Organizações? In Direito & economia: análise econômica do direito das organizações. ZYLBERSZTAJN, Décio; SZTAJN, Rachel. Rio de Janeiro: Editora Campus, 2005.

WILSON, Woodrow, “The Study of Administration”. Republicado in Classics of Public Administration, 3<sup>rd</sup> ed., Jay M. Shafritz and Albert C. Hyde, eds. Pacific Grove, Calif: Brooks/Cole Publishing Co.,11-24. 1887

WINKLER, D.R. Diseño y administración de transferências intergubernamentales: Descentralización Fiscal en América Latina..Documentos para discusión del Banco Mundial. Washington, Banco Mundial, 1994.

ZYLBERSZTAJN, Décio. Estruturas de governança e coordenação do agribusiness: uma aplicação da nova economia das instituições. 1995. 241 f. Tese de Livre Docência. Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995.

\_\_\_\_\_. Economia das organizações. In: ZYLBERSZTAJN, D. e NEVES, M. F. Economia e Gestão de Negócios Agroalimentares. São Paulo: Pioneira, 2000.

\_\_\_\_\_. Organização ética: um ensaio sobre comportamento e estrutura das organizações.Revista de Administração Contemporânea (RAC), Rio de Janeiro,v.6,n.2,p.123 -maio -2002.

# ANEXOS

## ANEXO 1

### METAS ESPECÍFICAS PSCD

O planejamento da distribuição de consultas ambulatoriais, deverá ser:

- 2.1 Realizar de 4000 a 5000 consultas médicas/mês Realizar de 200 a 260 consultas de enfermagem/mês
- 2.2 250 a 310 consultas odontológicas/mês. **Excluído:**
- 2.3- Manter a taxa de atraso no Programa de Imunizações até 18% (?)
- 2.4- Manter a taxa de abandono no Programa de Hipertensão Arterial em 40%.
- 2.5- Manter a taxa de captação de gestantes no 1º trimestre em no mínimo .40.%
- 2.6- Manter a taxa de diabéticos em relação ao total de atendimentos em no mínimo 8%
- 2.7- Manter taxa de captação de desnutridos menores de 05 anos em relação ao total de atendimentos nesta faixa etária em no mínimo 6%.
- 2.8- Manter a taxa de exames preventivos em mulheres com 40 anos ou mais em no mínimo 40 %
- 2.9- Manter a taxa de consultas médicas em relação ao potencial existente em no mínimo 80.%
- 2.10- Manter a avaliação de procedimento odontológico preventivo individual em > ou =02/ mês .
- 2.11- Manter a avaliação de procedimentos odontológicos conclusivos em > ou = 01/ mês .

### METAS ESPECÍFICAS PSHRSF

O planejamento da distribuição de consultas ambulatoriais, deverá ser:

- 2.1 Realizar de 2.032 a 2.540 consultas médicas/mês Realizar de 640 a 800 consultas de enfermagem/mês
- 2.2 Zero consultas odontológicas/mês **Excluído:**
- 2.3- Manter a taxa de atraso no Programa de Imunizações até 15%.
- 2.4- Manter a taxa de abandono no Programa de Hipertensão Arterial em 40%.
- 2.5- Manter a taxa de captação de gestantes no 1º trimestre em no mínimo 40%.
- 2.6- Manter a taxa de diabéticos em relação ao total de atendimentos em no mínimo 8%.
- 2.7- Manter taxa de captação de desnutridos menores de 05 anos em relação ao total de atendimentos nesta faixa etária em no mínimo 5.%.
- 2.8- Manter a taxa de exames preventivos em mulheres com 40 anos ou mais em no mínimo 30%.
- 2.9- Manter a taxa de consultas médicas em relação ao potencial existente em no mínimo 80%.
- 2.10- Manter a avaliação de procedimento odontológico preventivo individual em zero/ mês.
- 2.11- Manter a avaliação de procedimentos odontológicos conclusivos em zero/ mês.

### METAS ESPECÍFICAS PSLG

O planejamento da distribuição de consultas ambulatoriais deverá ser:

- 2.1 - Realizar de 1548 a 1900 consultas médicas/mês Realizar de ---- a ---- consultas de enfermagem/mês
- 2.2 - 258 consultas odontológicas/mês **Excluído:**
- 2.3 - Manter a taxa de atraso no Programa de Imunizações até 18%.

- 2.4 - Manter a taxa de abandono no Programa de Hipertensão Arterial em ---- (Unidade com 01 ano de existência).
- 2.5 - Manter a taxa de captação de gestantes no 1º trimestre em no mínimo 4%.
- 2.6 - Manter a taxa de diabéticos em relação ao total de atendimentos em no mínimo 4.%
- 2.7- Manter taxa de captação de desnutridos menores de 05 anos em relação ao total de atendimentos nesta faixa etária em no mínimo 4%.
- 2.8- Manter a taxa de exames preventivos em mulheres com 40 anos ou mais em no mínimo 0%.
- 2.9- Manter a taxa de consultas médicas em relação ao potencial existente em no mínimo 80%.
- 2.10- Manter a avaliação de procedimento odontológico preventivo individual em  $\geq 2/$  mês.
- 2.11- Manter a avaliação de procedimentos odontológicos conclusivos em  $\geq 1/$  mês.

#### METAS ESPECÍFICAS UISHL

O planejamento da distribuição de consultas ambulatoriais, deverá ser:

- 2.1 Realizar de 4320 a 5400 consultas médicas/mês Realizar de 800 a 1100 consultas de enfermagem/mês
- 2.2 600 a 760 consultas odontológicas/mês. Excluído:
- 2.3- Manter a taxa de atraso no Programa de Imunizações até 15%
- 2.4- Manter a taxa de abandono no Programa de Hipertensão Arterial em 40%.
- 2.5- Manter a taxa de captação de gestantes no 1º trimestre em no mínimo .40.%
- 2.6- Manter a taxa de diabéticos em relação ao total de atendimentos em no mínimo 8%
- 2.7- Manter taxa de captação de desnutridos menores de 05 anos em relação ao total de atendimentos nesta faixa etária em no mínimo 6%.
- 2.8- Manter a taxa de exames preventivos em mulheres com 40 anos ou mais em no mínimo 40 %
- 2.9- Manter a taxa de consultas médicas em relação ao potencial existente em no mínimo 80.%
- 2.10- Manter a avaliação de procedimento odontológico preventivo individual em  $>$  ou  $=02/$  mês .
- 2.11- Manter a avaliação de procedimentos odontológicos conclusivos em  $>$  ou  $= 01/$  mês .

#### METAS PARA OS INDICADORES DE DESEMPENHO (ATENDIMENTO BÁSICO) CMSJSBM

- 3.1- Reduzir a Taxa de Abandono em relação ao total de pacientes em tratamento de hanseníase (Meta- 20 %);
- 3.2- Aumentar a Taxa de tratamentos completados de tuberculose em 06 (seis) meses (Meta-75%);
- 3.3- Aumentar a Taxa de captação de gestantes (Meta- 30%);
- 3.4- Reduzir a Taxa de Morbidade em relação a Sífilis Congênita;
- 3.5- Reduzir a Taxa de atraso no Programa de Imunizações (Meta- 20%);
- 3.6- Reduzir a Taxa de abandono nos Programas de Hipertensão e Diabetes (Meta-45%);
- 3.7 – Aumentar a Taxa de inclusão dos pacientes inscritos no Remédio em Casa (Meta-80%);
- 3.8- Reduzir a Taxa de desnutridos de até cinco anos de idade (Meta- 6%);
- 3.9- Manter o tempo médio de 08 dias para a entrega dos resultados de exames realizados no Laboratório de Patologia Clínica do PAM/CMS/UI;

**METAS PARA OS INDICADORES DE DESEMPENHO (ATENDIMENTO BÁSICO) PAMNB**

- 3.1- Reduzir em 20% (vinte por cento) a Taxa de Abandono em relação ao total de pacientes em tratamento de hanseníase;
- 3.2- Aumentar em 75% (setenta e cinco por cento) a Taxa de tratamentos completados de tuberculose em 06 (seis) meses;
- 3.3- Aumentar em 30% (trinta por cento) a Taxa de captação de gestantes;
- 3.4- Reduzir a Taxa de Morbidade em relação a Sífilis Congênita; (não temos como avaliar este parâmetro)
- 3.5- Reduzir a Taxa de atraso no Programa de Imunizações;
- 3.6- Reduzir em 30% ((trinta por cento) a Taxa de abandono nos Programas de Hipertensão e Diabetes;
- 3.7 – Aumentar p/ 90% (noventa por cento) a Taxa de inclusão dos pacientes inscritos no Remédio em Casa;
- 3.8- Reduzir p/ 6% (seis por cento) a Taxa de desnutridos de até cinco anos de idade;
  
- 3.9- Manter o tempo médio de 08 dias para a entrega dos resultados de exames realizados no Laboratório de Patologia Clínica do PAM/CMS/UI; exceto para os exames realizados em laboratório fora do PAM NEWTON BETHLEM.

## ANEXO 2

### CONTRATO DE GESTÃO

**CONTRATO QUE ENTRE SI CELEBRAM A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO E O HOSPITAL MUNICIPAL ( ou CAP, conforme o caso) , PARA REGULAR O DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE, CONFORME AS METAS PACTUADAS.**

Pelo presente instrumento, a Secretaria de Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, representada pelo Exmo. Sr. Secretário Municipal de Saúde, Dr. Ronaldo Cezar Coelho, doravante denominada SECRETARIA, e de outro lado o Hospital- (ou CAP) -----, com CNPJ/MF nº -----, com endereço à -----, Rio de Janeiro, doravante denominado HOSPITAL (ou CAP) neste ato representado por seu Diretor Dr. -----, em conformidade com os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde – SUS, estabelecidos nas Leis Federais nº 8.080/90 e nº 8.142/90, com fundamento na Constituição Federal, em especial nos seus artigos 196 a 200 , o Decreto Municipal --- ----- de-----de-----de 2004 e a Resolução SMS nº----- de --- de --- de 2004, RESOLVEM celebrar o presente CONTRATO DE METAS referente ao gerenciamento e execução de atividades e serviços de saúde a serem desenvolvidos no Hospital Municipal ( CAP)-----, mediante as seguintes cláusulas e condições:

#### **Cláusula Primeira - Do Objeto:**

I - O presente Contrato tem por objeto a otimização dos recursos destinados à Unidade de Saúde Municipal -----, visando à eficiência e a melhoria da qualidade dos serviços assistenciais prestados à população e à organização da rede de serviços de saúde do Município do Rio de Janeiro.

II - Faz parte integrante deste Contrato, o Anexo I – Pactuação, que define os compromissos assumidos pelo Hospital (ou CAP) no desenvolvimento de ações e na prestação de serviços de saúde e estabelece as metas pactuadas e os indicadores a serem utilizados como instrumentos de monitoramento.

## **Cláusula Segunda - Das Obrigações do Hospital ( ou CAP):**

Cabe ao Hospital (ou CAP), além da execução das obrigações inerentes às suas especificidades e daquelas definidas na legislação referente ao Sistema Único de Saúde, cumprir as atribuições e metas estabelecidas neste Contrato de Metas e seu Anexo e, ainda, especificamente:

- 1- Cadastrar a totalidade de pacientes internados e os pacientes ambulatoriais submetidos a Procedimentos de Alta Complexidade, através do CAD-SUS, no Sistema Cartão Nacional de Saúde.
- 2- Manter devidamente atualizados os Sistemas de Informações Ambulatoriais e Hospitalares (SIA e SIH) do Sistema Único de Saúde, assim como os sistemas de custos, compatibilizando os procedimentos das tabelas SIA/SUS e SIH/SUS com as atividades específicas de cada Unidade de Serviço.
- 3- Diariamente, informar à Central de Regulação o número de leitos disponíveis, assim como a disponibilidade de agenda para marcação de procedimentos diagnósticos e terapêuticos (SADT).
- 4- Manter em funcionamento, de acordo com as normas pertinentes, as Comissões de Revisão de Prontuários, de Revisão de Óbitos, de Controle de Infecção Hospitalar, de Ética Médica, de Farmácia e Terapêutica, de Transplantes de Órgãos, de Apropriação de Custos, de Documentação Médica e Estatística.
- 5- Disponibilizar aos pacientes, por ocasião da alta, cópia do Sumário de Alta contendo, além dos dados de identificação do paciente, informações referentes às datas de internação e de alta, aos procedimentos realizados, aos medicamentos utilizados, às intercorrências relevantes, ao diagnóstico (obedecida a classificação do CID – 10), ao uso de órteses e próteses, quando couber, e também ao custo da internação, ou seja, o valor a ser custeado pelo SUS.
- 6- Garantir a proteção do prontuário do paciente contra perda, adulteração e uso não autorizado, mantendo-o sob guarda adequada e em boas condições, pelo prazo de 20 (vinte anos), em conformidade com a legislação pertinente (Resolução nº1.639, de 10 de julho de 2002, do Conselho Federal de Medicina).
- 7- Reduzir a Taxa de Infecção Hospitalar, mantendo-a em valores menores que o verificado na média dos últimos 12 (doze) meses anteriores ao início da vigência deste Contrato, buscando atingir os parâmetros recomendados pelo Ministério da Saúde.



### **Cláusula Terceira - Das Obrigações da Secretaria:**

Para promover a execução deste Contrato, a Secretaria obriga-se à:

- I - Prover o Hospital dos recursos necessários indispensáveis à execução de seu objeto;
- II – Incluir na programação do orçamento do Município, os recursos necessários, nos elementos financeiros específicos, para custear a execução do objeto contratual, considerando os gastos necessários à realização das metas estabelecidas neste contrato;
- III – Instituir Comissão de Avaliação para o acompanhamento e avaliação das metas pactuadas e dos compromissos assumidos. Da Comissão deverão fazer parte a Coordenação de Área (CAP), um membro da Unidade Hospitalar, indicado pelo seu Diretor, e membros do componente municipal de auditoria.

### **Cláusula Quarta – Do Acompanhamento e Avaliação:**

- I – Caberá à Comissão de Avaliação o acompanhamento e a avaliação referidos no inciso III da Cláusula Terceira deste Contrato, através do monitoramento dos indicadores de desempenho estabelecidos no Anexo I.
- II – A Comissão de Avaliação poderá, a seu critério, utilizar outros instrumentos e indicadores de acompanhamento e avaliação, além daqueles definidos no Anexo I, de caráter obrigatório.
- III - A primeira avaliação deverá ser realizada quatro meses após o início da vigência deste Contrato. As avaliações posteriores terão sua periodicidade definida pela Comissão de Avaliação, em função dos resultados obtidos, não podendo exceder ao intervalo de 6 (seis) meses.
- IV - O resultado de cada avaliação será consolidado em Relatório a ser apresentado ao Hospital e ao Secretário Municipal de Saúde, e servirá de instrumento para a adoção das medidas que se façam necessárias ao fiel cumprimento deste Contrato.

### **Cláusula Quinta - Dos Recursos Financeiros:**

- I - Pela prestação dos serviços, objeto deste acordo, especificados no ANEXO – Prestação de Serviços, a Secretaria garantirá a dotação orçamentária para o Hospital ( ou

CAP), no prazo e condições constantes neste instrumento, a importância global de R\$(.....), que deverá ser disponibilizada em duodécimos mensais, sucessivos, mediante o resultado das avaliações, podendo esses valores serem reajustados por Termo Aditivo.

II - O montante global mencionado no inciso I, correspondente ao exercício financeiro de 2005, onerará o Programa de Trabalho nº ....., Código de Despesa nº ....., destinado a custear o presente acordo de gestão.

III - Os recursos financeiros para a execução do objeto do presente Contrato de Metas têm como origem o Fundo Municipal de Saúde.

#### **Cláusula Sexta - Das Condições de Pagamento:**

I -O montante de recursos a ser utilizado pelo Hospital ( ou CAP) para a execução das despesas, fundamenta-se em valores correspondentes à série histórica dos valores auferidos pela prestação de serviços realizados no exercício anterior, estando o HOSPITAL (CAP) autorizado a realizar despesas no limite de tais valores ao longo do ano, com recursos oriundos do Fundo Municipal de Saúde.

II -As autorizações serão mensais e concedidas até o 10º (décimo) dia útil de cada mês.

III -Os ajustes financeiros decorrentes da avaliação do alcance das metas serão realizados trimestralmente, após análise da produção pactuada dos custos dessa produção e a qualidade do atendimento prestado.

IV-Os valores do ajuste financeiro citado no parágrafo anterior serão apurados de acordo com os seguintes critérios e hipóteses:

a) Se a comparação entre os parâmetros de produção e os respectivos custos mostrar economicidade na realização das metas, após a primeira avaliação, os valores previstos na dotação orçamentária serão mantidos e a diferença, a maior, poderá ser aplicada em investimentos, no aporte tecnológico e em gratificações, propiciando vantagens pecuniárias aos seus funcionários;

b) Será suportada a variação de 15% (quinze por cento) na produção, a mais ou a menos.

c) No caso em que a produção apresentada estiver aquém das metas pactuadas, sem justificativa relevante, ao critério Secretaria, a diferença a menor, será expressa em percentuais, que serão descontados dos valores inicialmente previstos;

d) As metas serão acordadas em conformidade com os parâmetros estabelecidos na Portaria MS/GM 1.101 publicada no D.O.U de 13 de junho de 2002;

g) Todos os serviços e procedimentos executados pelo Hospital deverão ser credenciados pelo SUS.

**Cláusula Sétima (Das Alterações):**

O presente instrumento poderá ser anualmente alterado, parcial ou totalmente, mediante prévia justificativa por escrito, que conterà detalhadamente, as razões da alteração.

**Cláusula Oitava (Do prazo de Vigência):**

O prazo de vigência deste Contrato de Metas será de 18 (dezoito) meses, tendo por termo inicial a data da sua assinatura, renovável por igual período, a critério da Secretaria Municipal de Saúde.

E por estarem justas e acordadas, assinam o presente Contrato e Metas em 2(duas) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo:

Rio de Janeiro, -----de----- de 2004.

-----  
-----

**Hospital Municipal  
Saúde**

-----  
-----

**Secretário Municipal de**

-----  
**Coordenador da Coordenação de  
Área de Planejamento**

**Testemunhas:**

Nome

\_\_\_\_\_

Nome

## ANEXO 3

**Este modelo deverá ser utilizado pela unidades classificadas hoje, como PS que não**

### CONTRATO DE METAS

CONTRATO QUE ENTRE SI CELEBRAM A COORDENAÇÃO DE ÁREA PROGRAMÁTICA (CAP) E O POSTO DE SAÚDE \_\_\_\_\_, DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, PARA REGULAR O DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE, CONFORME AS METAS PACTUADAS.

Pelo presente instrumento, a CAP da Secretaria de Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, representada pelo Exmo. COORDENADOR DE SAÚDE, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, doravante denominada CAP, e de outro lado a \_\_\_\_\_, com CNPJ/MF nº \_\_\_\_\_, com endereço à \_\_\_\_\_, Rio de Janeiro, doravante denominado \_\_\_\_\_ neste ato representado por seu \_\_\_\_\_, em conformidade com os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde – SUS, estabelecidos nas Leis Federais nº 8.080/90 e nº 8.142/90, com fundamento na Constituição Federal, em especial nos seus artigos 196 a 200, o Decreto Municipal ----- de-----de-----de 2004 e a Resolução SMS nº----- de --- de --- de 2004, RESOLVEM celebrar o presente CONTRATO DE METAS referente ao gerenciamento e execução de atividades e serviços de saúde a serem desenvolvidos no Posto de Saúde \_\_\_\_\_, mediante as seguintes cláusulas e condições:

#### Cláusula Primeira - Do Objeto:

I - O presente Contrato tem por objeto a otimização dos recursos destinados à Unidade de Saúde Municipal posto de Saúde

\_\_\_\_\_ , visando à eficiência e a melhoria da qualidade dos serviços assistenciais prestados à população e à organização da rede de serviços de saúde do Município do Rio de Janeiro.

II - Faz parte integrante deste Contrato, o Anexo I – Pactuação, que define os compromissos assumidos pelo Posto de Saúde no desenvolvimento de ações e na prestação de serviços de saúde e estabelece as metas pactuadas e os indicadores a serem utilizados como instrumentos de monitoramento.

Cláusula Segunda - Das Obrigações do Posto de Saúde :

Cabe ao Posto de Saúde , além da execução das obrigações inerentes às suas especificidades e daquelas definidas na legislação referente ao Sistema Único de Saúde, cumprir as atribuições e metas estabelecidas neste Contrato de Metas e seu Anexo e, ainda, especificamente:

2.Cadastrar, em dois anos, a totalidade de *pacientes* , através do CAD-SUS, no Sistema Cartão Nacional de Saúde .

3.Manter devidamente atualizados os Sistemas de Informações Ambulatoriais e do Sistema Único de Saúde, assim como os sistemas de custos, compatibilizando os procedimentos da tabela SIA/SUS e com as atividades específicas de cada Unidade de Serviço.

4.Manter em funcionamento Comissões, de acordo com as normas pertinentes, *de Documentação Médica e Estatística*.

5.Disponibilizar aos pacientes, *por ocasião da alta, cópia do Sumário de do diagnóstico, exames realizados ,bem como o Tratamento adotado e o custo de seu atendimento*.

6.Garantir a proteção do prontuário do paciente contra perda, adulteração e uso não autorizado, mantendo-o sob guarda adequada e em boas condições, pelo prazo de 20 (vinte anos), em conformidade com a legislação pertinente (Resolução nº1.639, de 10 de julho de 2002, do Conselho Federal de Medicina).

**Cláusula Terceira - Das Obrigações da CAP :**

Para promover a execução deste Contrato, a CAP obriga-se à:

I - Prover o PS dos recursos necessários indispensáveis à execução de seu objeto ;

II – Instituir Comissão de Avaliação para o acompanhamento e avaliação das metas pactuadas e dos compromissos assumidos. Da Comissão deverão fazer

parte a Coordenação de Área (CAP), um membro *do Posto de Saúde*, indicado pelo seu Diretor, e membros do componente municipal de auditoria\_.

#### **Cláusula Quarta – Do Acompanhamento e Avaliação:**

I – Caberá à Comissão de Avaliação o acompanhamento e a avaliação referidos no inciso II da Cláusula Terceira deste Contrato, através do monitoramento dos indicadores de desempenho estabelecidos no Anexo I.

II – A Comissão de Avaliação poderá, a seu critério, utilizar outros instrumentos e indicadores de acompanhamento e avaliação, além daqueles definidos no Anexo I, de caráter obrigatório.

III - A primeira avaliação deverá ser realizada quatro meses após o início da vigência deste Contrato. As avaliações posteriores terão sua periodicidade definida pela Comissão de Avaliação, em função dos resultados obtidos, não podendo exceder ao intervalo de 6 (seis) meses.

IV - O resultado de cada avaliação será consolidado em Relatório a ser apresentado ao *Posto de Saúde e à CAP*, e servirá de instrumento para a adoção das medidas que se façam necessárias ao fiel cumprimento deste Contrato\_.

#### **Cláusula Quinta - Dos Recursos Financeiros:**

I - Os recursos financeiros para a execução do objeto do presente Contrato de Metas têm como origem o Fundo Municipal de Saúde.

#### **Cláusula Sexta - Das Condições de Pagamento:**

I - O montante de recursos a ser utilizado pelo *Posto de Saúde Hospital* ( para a execução das despesas, fundamenta-se em valores correspondentes à série histórica dos valores auferidos pela prestação de serviços realizados no exercício anterior,

b) Será suportada a variação de 15% (quinze por cento) na produção, a mais ou a menos.

d) As metas serão acordadas em conformidade com os parâmetros estabelecidos na Portaria MS/GM 1.101 publicada no D.O.U de 13 de junho de 2002;

g) Todos os serviços e procedimentos executados pelo *Posto de Saúde* deverão ser credenciados pelo SUS.

**Cláusula Sétima (Das Alterações):**

O presente instrumento poderá ser anualmente alterado, parcial ou totalmente, mediante prévia justificativa por escrito, que conterà detalhadamente, as razões da alteração.

**Cláusula Oitava (Do prazo de Vigência):**

O prazo de vigência deste Contrato de Metas será de 18 (dezoito) meses, tendo por termo inicial a data da sua assinatura, renovável por igual período, a critério da Secretaria Municipal de Saúde.

E por estarem justas e acordadas, assinam o presente Contrato e Metas em 2(duas) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo:

Rio de Janeiro, 09 de dezembro de 2004.

Dr. \_\_\_\_\_

Dra. \_\_\_\_\_

Posto de Saúde

Coordenador de Saúde  
Área de Planejamento

**Dr. Ronaldo Cesar Coelho**  
Secretário Municipal de Saúde

**Testemunhas:**

\_\_\_\_\_

**ANEXO 4**

**PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**SUBCHEFIA ESPECIAL DE ASSUNTOS TÉCNICOS**

**ANEXOS TÉCNICOS**

**2004.**



## ANEXO I – PLANO DE METAS

### INTRODUÇÃO

O presente Plano tem por objetivo a execução do Contrato de Metas que entre si celebram a CAP e a \_\_\_\_\_, da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro do, em 08 de Dezembro de 2004, visando estabelecer metas gerais e específicas para a Unidade de Saúde, compromissos a serem cumpridos no período compreendido entre 01 de janeiro de 2005 e o dia 31 de dezembro de 2005 e estabelecer a programação financeira relativa ao pagamento da produção de serviços, em conformidade com a Portaria Ministerial nº 1101, de 12 de junho de 2002, publicada em D.O.U., em 13 de junho de 2002.

As metas pactuadas reiteram os compromissos assumidos com o desenvolvimento das ações e serviços de saúde e a otimização dos recursos, consolidando a eficiência e a qualidade dos serviços prestados à população.

### 1- COMPROMISSOS GERAIS

O Posto de Saúde assume como compromissos mínimos:

Alimentar, mensalmente, os Sistemas de Informações Ambulatoriais do SUS, tendo em vista o registro das informações e o monitoramento das metas alcançadas, bem como, o seu registro;

**Formatados:** Marcadores e numeração

1.1 Alimentar, mensalmente, os sistemas de custos (unidades administrativas – *bibliotecas*) compatibilizando os procedimentos da tabela SIA/SUS, com as atividades específicas de cada unidade administrativa.

1.2 Manter sempre atualizado o prontuário médico dos pacientes e o arquivo médico.

Estabelecer e manter as Comissões de Revisão e Análise de Prontuários, Farmacológica e Terapêutica, Ética Médica, Apropriação de Custos e Comissão de Documentação Médica e Estatística, mantendo o registro atualizado;

**Formatados:** Marcadores e numeração

### 2-METAS ESPECÍFICAS

O planejamento da distribuição de consultas ambulatoriais, deverá ser:

2.1 Realizar de 4320 a 5400 consultas médicas/mês Realizar de 800 a 1100 consultas de enfermagem/mês

2.2 600 a 760 consultas odontológicas/mês.

**Excluído:**

2.3- Manter a taxa de atraso no Programa de Imunizações até 15%

2.4- Manter a taxa de abandono no Programa de Hipertensão Arterial em 40%.

2.5- Manter a taxa de captação de gestantes no 1º trimestre em no mínimo .40.%

2.6- Manter a taxa de diabéticos em relação ao total de atendimentos em no mínimo 8%

2.7- Manter taxa de captação de desnutridos menores de 05 anos em relação ao total de atendimentos nesta faixa etária em no mínimo 6%.

2.8- Manter a taxa de exames preventivos em mulheres com 40 anos ou mais em no mínimo 40 %

2.9- Manter a taxa de consultas médicas em relação ao potencial existente em no mínimo 80.%

2.10- Manter a avaliação de procedimento odontológico preventivo individual em > ou =02/ mês .

2.11- Manter a avaliação de procedimentos odontológicos conclusivos em > ou = 01/ mês .

#### 4- RECURSOS FINANCEIROS:

4.1-Os recursos médios oriundos das informações e registros do SIA da Unidade (Fonte 194) deverão ser de R\$ 17769,04 /mês (SIA/SUS , totalizando R\$ 213228,48 /ano.

#### ANEXO II- VALORES ESTIMADOS ORIUNDOS DA PRODUÇÃO

##### S.I.A

OBSERVAÇÃO: serão distribuídos disquetes contendo a íntegra da Tabela SUS-MS

ANEXO II 7/12/2004

Valores estimados, no mês, com a realização de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais S.I.A. Obter as informações no disquete contendo a Tabela S.I.A/SUS.

CódigoGrupo deProcedimentos	Quantidade estimada de Procedimentos no mês	Subtotal no mês (Valor Total do Grupo)
01- Ações executadas por prof. de enfermagem	4913	
02- Ações médicas básicas	6136	
03-Ações básicas em Odontologia	4863	
04 – Ações exec. P/ outros prof. de nível sup.	1426	
07 – Proc. espec. real. p/ profissionais	3377	
08-Cirurgias ambulatoriais especializadas	43	
10- Ações especializadas em Odontologia	245	
17-Diagnose	169	
19-Terapias Especializadas(Por Terapia)	2	
<b>Total</b>	<b>21175</b>	

valor mensal estimado da produção ambulatorial (SIA/SUS) deverá estar em conformidade com o AnexoII, conforme a produção pactuada.

Rio de JANEIRO, 09 DE DEZEMBRO DE 2004

## ANEXO 5

### FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ Escola Nacional de Saúde Pública Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP

#### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, na pesquisa **“A Contratualização no âmbito da Gestão Pública em Saúde: A experiência da Área de planejamento 4 do município do Rio de Janeiro.”** Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado(a) de forma alguma.

Você foi selecionado, por ter participado diretamente no processo de contratualização na AP 4 e, por na época do estudo(2000 a 2005), estar em função de Direção / Gerência na sua unidade. A sua participação será através de entrevistas com um roteiro que estará a sua disposição. Estas entrevistas serão realizadas com a finalidade de abordar questões relacionadas com o processo de contratualização na AP 4.

Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que se destina esta dissertação. Você tem a garantia que receberá respostas a qualquer pergunta e esclarecimento de qualquer dúvida quanto aos assuntos relacionados à pesquisa.

Os objetivos deste estudo são discutir as formas e arranjos de contratualização a partir da experiência da AP4, levantando as principais correntes teóricas que dão sustentabilidade ao tema, para viabilizar uma discussão sobre fatores críticos e desafios do processo em si.

As entrevistas serão realizadas na sua Unidade de exercício atual ou órgão administrativo em que está lotado. Não há número pré-definido de participantes das entrevistas da amostra, pois estes serão convidados e terão livre iniciativa para participação.

Os riscos relacionados com sua participação serão mínimos, pois haverá sigilo dos nomes das pessoas e das unidades. Não há danos previsíveis decorrentes da pesquisa.

Os benefícios relacionados com a sua participação serão conhecer as especificidades do território de abrangência da AP4 avaliando as experiências contratuais para que com isso, se priorize possíveis ações gerenciais com a finalidade de aperfeiçoar a Gestão Pública da saúde.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. Os voluntários terão direito à privacidade. A identidade

(nomes e sobrenomes) do participante não será divulgada. Porém, você como voluntário assinará o termo de consentimento para que os resultados obtidos possam ser apresentados em congressos e publicações.

Como já dito, você está recebendo uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

---

Leonardo de Oliveira El-Warrak  
Matrícula 10/177512-1  
PCRJ/SMS/CAP 4  
Avenida Ayrton Senna 2001 Bloco C  
Barra da Tijuca-RJ  
Tel: 3325-5204

Comitê de Pesquisa -ENSP/FIOCRUZ  
Rua Leopoldo Bulhões 1480-sala 314 Manguinhos /RJ CEP:21041-210  
Tel: 2598 2863.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

---

Sujeito da pesquisa

Obs.:

Incluir informação sobre patrocinador (se pertinente); incluir informação sobre destino e guarda de materiais (se pertinente); incluir informação sobre estudo multicêntrico (se pertinente); utilizar linguagem compreensível para população alvo. No caso de pesquisas relacionadas com ações terapêuticas ou diagnósticas, explicitar os métodos alternativos, os riscos e benefícios de não utilizá-los.

## ANEXO 6

### Roteiro da entrevista

#### 1ªPARTE

Data:

Cargo atual:

Cargo que ocupava no período da proposta de contratualização:

Classificação da sua organização: Hospital, PAM, CMS, PS, UIS etc.

#### 2ªPARTE

1. Na sua visão, qual o significado de contratualização?
2. Você participou no processo de negociação das metas a serem alcançadas pelos serviços de sua Unidade?
3. Você participou de alguma discussão sobre contratualização com a SMS?
4. Você cumpriu ou tem cumprido as metas constantes no plano de metas acordado com a SMS? Se não ou parcialmente, por quê?
5. Considera o instrumento útil para sua gestão? Por quê?
6. Como o cotidiano de sua Unidade interfere ou afeta o processo de contratualização?
7. O que você esperava obter com este processo (e por que)?
8. Você acha que esse processo já faz parte ou poderá fazer parte da rotina de avaliação de sua Unidade?
9. O que dificultaria isso acontecer?
10. De alguma forma este processo interferiu na relação de sua Unidade com as outras?
11. Que medidas viáveis você sugere para melhorar o processo de contratualização?

## ANEXO 7

### INDICADORES GERENCIAIS

- **Taxa de atraso no programa de Imunizações em menores de 1 ano( mais de 60 dias)** - Este indicador expressará o percentual de crianças aprazadas para vacinação que não compareceram a unidade de saúde nos 60 dias após o mês agendado. No início de cada mês deverá ser levantado, no arquivo de imunização, o numero de crianças agendadas para o mês (total de cartões de aprazamento arquivados no mês), o que corresponderá ao denominador. Na data da avaliação deve-se contar o numero de crianças faltosas. O levantamento de crianças faltosas possibilitará implantar precocemente as medidas de busca ativa, o que contribuirá para a diminuição da taxa.

META: Até 15%

FONTE: Arquivo de Imunização

$$\frac{\text{Nº de crianças faltosa no mês}}{\text{Nº de crianças agendadas no mês}} \times 100$$

- **Taxa de captação de desnutridos até cinco anos** – É a taxa percentual de crianças de 0 a 5 anos abaixo de percentil 10 de peso para a idade inscritas no SISVAN naquele mês, em relação ao total de atendimentos à crianças de 0 a 5 anos no mesmo mês.

META: Até 6%

FONTE: Relatório do SIGAB (estado nutricional por faixa etária-criança) e SISVAN.

Numerador = Relatório mensal do atendimento às crianças em risco nutricional.

Denominador = total geral de faixas etárias (faixas de percentis+as sem informações)

$$\frac{\text{Nº de crianças de 0 a 5 anos abaixo do Percentil 10 de peso p/ idade inscritas no SISVAN no mês}}{\text{Nº total de crianças atendidas de 0 a 5 anos no mês}} \times 100$$

- **Taxa de desnutridos até cinco anos** – É a taxa percentual de crianças de 0 a 5 anos abaixo de percentil 10 de peso para a idade, em relação ao total de atendimentos à crianças de 0 a 5 anos.

META: Até 6%

FONTE: Relatório do SIGAB (estado nutricional por faixa etária-criança)

Numerador = somar as faixas entre p10 e p3 e a faixa abaixo de p3 nas faixas etárias de

0 a 59 meses.

Denominador = total geral de faixas etárias (faixas de percentis + as sem informações).

OBS.: Este total deve coincidir com o nº total de crianças atendidas no setor de pediatria de 0 a 59 meses no relatório de distribuição de tipos de consultas individuais por especialidade por faixa etária.

***Nº de crianças de 0 a 5 anos abaixo do Percentil 10 de peso p/ idade x 100***

Nº total de crianças atendidas de 0 a 5 anos no mês

- ***Taxa de Captação de gestantes do primeiro trimestre da gravidez*** - Este indicador utiliza-se do número de consultas de primeira vez em gestantes no primeiro trimestre da gravidez em relação ao total de consultas de 1ª vez das gestantes no Pré-Natal ( inclui-se a soma de Matrícula Nova(MN) + Primeira Vez(PV)), por meio da fórmula:

META: mínimo de 40%

FONTE: Relatório do SIGAB ( distribuição de tipos de cons. individuais p/ especialidade)

Nº de consultas de primeira vez em gestantes no 1º trimestre da gravidez x 100  
Nº total de consultas de primeira vez em gestantes (MN + PV)

- ***Taxa de diagnóstico de sífilis materna no pré-natal*** – Realizar o teste VDRL no primeiro trimestre da gravidez ou na primeira consulta, e outro no início do terceiro trimestre da gravidez (para detectar infecção próximo ao final da gestação).

META: 100%

FONTE: Relatório do SIGAB ( distribuição de tipos de cons. individuais p/ especialidade)

e relatório de investigação de sífilis congênita.

Nº de exames de VDRL solicitados  
X 100

Nº de gestantes atendidas de 1ª vez em qualquer trimestre

- ***Taxa de detecção de exames para sífilis*** – detectar o nº de exames com diagnóstico de sífilis congênita em relação ao total de exames solicitados. Estima-se que a prevalência da sífilis na gestação varie entre 3,5 e 4%. Na

ausência de teste confirmatório (sorologia treponêmica) considerar para o diagnóstico as gestantes com VDRL (RPR) reagente, com qualquer titulação, desde que não tratadas anteriormente.

META: Até 4%

FONTE: Relatório de investigação de sífilis congênita.

$$\frac{\text{Nº de exames positivos para sífilis}}{\text{Total de exames sorológicos para sífilis solicitados}} \times 100$$

- **Taxa de gestantes tratadas para sífilis no período –**

META: 100 %

FONTE: Relatório de investigação de sífilis congênita.

$$\frac{\text{Nº de gestantes com sífilis com tratamento completado}}{\text{Nº de gestantes com VDRL reagente no período}} \times 100$$

- **Taxa de parceiros de gestantes com sífilis no período –**

META: 100%

FONTE: Relatório de investigação de sífilis congênita.

$$\frac{\text{Nº de parceiros de gestantes com sífilis com resultado do VDRL}}{\text{Nº de gestantes com VDRL reagente no período}} \times 100$$

- **Taxa de parceiros com sífilis com tratamento completado no período –**

META: 100%

FONTE: Relatório de investigação de sífilis congênita.

$$\frac{\text{Nº de parceiros de gestantes com VDRL reagente e tratamento completado}}{\text{Nº de parceiros de gestantes com VDRL reagente no período}} \times 100$$

- **Taxa de exames preventivos realizados em mulheres com idade ≥ 40 anos**

– É a taxa percentual de exames preventivos realizados em mulheres com idade ≥ 40 anos em relação ao total de preventivos realizados nas consultas em ginecologia e pré-natal.

META: mínimo de 40%



FONTE: Relatório do SIGAB ( prontuários selecionados)

Nº de exames preventivos realizados em mulheres com idade ≥ 40 anos x 100

Nº total de exames preventivos realizados nas consultas de G.O.

- **Taxa de exames de mama em relação às consultas em G.O** – Este indicador utiliza-se da fórmula:

Total de exames de mama em consultas referentes a

matriculas novas + consultas de 1ª vez x 100

Total de consultas referentes às matriculas novas mais consultas de 1ª vez

META: 100%

FONTE: Relatório do SIGAB ( distribuição de tipos de cons. individuais p/ especialidade

e prontuários selecionados)

- **Taxa de inclusão de pacientes inscritos no Remédio em Casa** – o PRC (Programa do Remédio em Casa) prevê a entrega de medicamentos dos PHA e PDM para pacientes aderidos e já estabilizados clinicamente. Todos os pacientes em tratamento nos PHA e PDM deverão ser cadastrados no sistema e só estarão inclusos (habilitados) a receber os medicamentos a domicílio, quando estiverem clinicamente estabilizados. A inclusão de um paciente do PHA e PDM no PRC deve ser um estímulo e um prêmio à sua aderência.

META: 80% dos pacientes cadastrados no sistema.

FONTE: Registro de pacientes no PRC

Nº de pacientes habilitados a receber o Remédio em Casa X 100

Total de pacientes cadastrados no PRC

- **Taxa de pacientes cadastrados no Remédio em Casa** – Todos os pacientes em tratamento (total de paciente ativo menos o total de paciente em abandono) nos PHA e PDM deverão estar cadastrados no sistema. É cumulativo.

META: 80% dos pacientes em tratamento no PHA e PDM estarem cadastrados no PRC.

FONTE: FONTE: Relatório do SIGAB ( atendimento no programa de hipertensão

arterial) e na planilha de cadastro do PRC.

Nº de pacientes cadastrados no PRC X 100

Nº de pacientes em tratamento no PHA e PDM

- **Taxa de abandono do programa de Hipertensão Arterial e Diabetes melitus** – Considera-se abandono o paciente que não comparece a Unidade após 30 dias da data agendada para retorno a consulta médica. O abandono é aferido de maneira cumulativa (total de pacientes em abandono desde o início do programa).

META: Até 40% para o PHA e 30% para o PDM

FONTE: Arquivo e livro dos programas

Abandono no PHA =  $\frac{\text{Total de abandono no programa de Hipertensão Arterial}}{\text{Total de inscritos no programa de Hipertensão Arterial}} \times 100$

Arterial

Abandono no PDM =  $\frac{\text{Total de abandono no programa de Diabetes melitus}}{\text{Total de inscritos no programa de Diabetes melitus}} \times 100$

Total de inscritos no programa de Diabetes melitus

- **Taxa de diabéticos em relação ao total de atendimentos** – O programa prevê atividades de captação do paciente com Diabetes Mellitus em todos os indivíduos desta faixa etária que procuram a unidade, estimando-se, portanto que a proporção de pacientes diabéticos na demanda atendida seja no mínimo ligeiramente superior a prevalência da população em geral (8%).

META: Até 8%

FONTE: Relatório do SIGAB (atendimento no programa de hipertensão arterial)

$\frac{\text{Total de consultas de Diabetes Mellitus}}{\text{Total de consultas na assistência clínica}} \times 100$

Total de consultas na assistência clínica

- **Taxa de abandono em relação ao total de pacientes em tratamento de hanseníase** – Há dois esquemas padrão de tratamento para hanseníase: a poliquimioterapia / PB, com duração de 6 a 9 meses, indicado para pacientes com hanseníase paucibacilar (formas T e I); o outro esquema é a poliquimioterapia / MB, com duração de 24 a 36 meses, indicado para pacientes com hanseníase multibacilar (formas V, D e NC).

META: Até 15%

FONTE: Livro de registro de pacientes na Unidade

Total de pacientes paucibacilares em registro após 9 meses + total de pacientes multibacilares em registro após 3 anos x 100

Total de pacientes paucibacilares inscritos +

Total de pacientes multibacilares inscritos

- **Taxa de tratamentos completados em tuberculose em 6 meses (%)** – O tratamento com duração de 6 meses é indicado nos casos novos de todas as formas de tuberculose pulmonar e extra-pulmonar ( exceto meningite). Este grupo constitui a maioria absoluta de pacientes inscritos no programa de controle da tuberculose. Lembramos que os casos de meningite, tuberculose e HIV/AIDS são tratados por 9 meses e os casos de falência de tratamento ao esquema de 6 meses são tratados por 12 meses.

META: mínimo de 80 %

FONTE: Livro de registro de pacientes na Unidade

Nº total de pacientes curados em 6 meses x  
100

Nº total de pacientes inscritos no programa para o tratamento de 6 meses

- **Avaliação de procedimentos odontológicos preventivos individuais** – Este indicador tem como fórmula:

Nº total de procedimentos preventivos  
individuais

Nº de turnos preventivos individuais x duração em horas x 2 – Nº de faltas (máximo

de 10% do total do número de pacientes agendados em procedimentos individuais)

META: > ou = a 2

FONTE: Relatório do SIGAB ( total de procedimentos executados)

- **Avaliação de procedimentos odontológicos conclusivos** - Este indicador utiliza-se da fórmula:

Nº total de procedimentos  
conclusivos

Nº total de turnos de procedimentos individuais x duração em horas de cada turno x 2 – Nº total de faltas (máximo de 10% do total do nº de pacientes agendados em, procedimentos individuais)

META: > ou = a 1

FONTE: Relatório do SIGAB ( total de procedimentos executados)

- **Taxa de alta em relação aos procedimentos odontológicos conclusivos -**

Este indicador utiliza-se da fórmula:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de altas}}{\text{N}^\circ \text{ total de procedimentos conclusivos}} \times 100$$

META: 10%

FONTE: Livro de registro de pacientes na Unidade

- **Concentração de consultas odontológicas -** Este indicador utiliza-se da fórmula:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ total de consultas odontológicas}}{\text{N}^\circ \text{ de consultas de 1}^\text{a} \text{ vez}}$$

META:

FONTE: Relatório do SIGAB ( distribuição de tipos de cons. individuais p/ especialidade

e total de procedimentos executados)

- **Taxa de produção de consultas médicas em relação ao potencial existente** – O potencial de produção do profissional será o somatório da capacidade máxima de produção das clínicas básicas e especializadas.

META: 80%

FONTE: Relatório do SIGAB (consultas profissionais p/ especialidade)

*CLINICAS BÁSICAS:* clínica médica, pediatria, ginecologia e pré-natal.

*CLINICAS ESPECIALIZADAS:* demais clínicas.

Consultas Produzidas: N<sup>o</sup> consultas realizadas X N<sup>o</sup> de dias de atendimento/médico-mês

Consultas Possíveis: N<sup>o</sup> consultas previstas X 22 dias/médico-mês

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de consultas médicas produzidas} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ total de consultas médicas possíveis}}$$

- **Taxa de produção de consultas de enfermagem em relação ao potencial existente** – O potencial de produção profissional será o somatório da capacidade máxima de produção das clínicas básicas.

META: 80%

FONTE: Relatório do SIGAB (consultas profissionais p/ especialidade)

CLINICAS BÁSICAS: clínica médica, pediatria, ginecologia e pré-natal.

Consultas Produzidas: N° cons. realizadas X N° de dias de atendimento/enfermeiros-mês

Consultas Possíveis: N° consultas previstas X 22 dias/enfermeiros-mês

N° de consultas de enfermagem produzidas x 100

N° total de consultas de enfermagem possíveis

- **Taxa de produção de consultas de odontologia em relação ao potencial existente** – O potencial de produção profissional será o somatório da capacidade máxima de produção.

META: 80%

FONTE: Relatório do SIGAB (consultas profissionais p/ especialidade)

Consultas Produzidas: N° cons. realizadas X N° de dias de atendimento/odontólogos-mês

Consultas Possíveis: N° consultas previstas X 22 dias/odontólogos-mês

N° de consultas odontológicas produzidas x 100

N° total de consultas odontológicas possíveis

INDICADORES	Proposta da CAP
Tx. De atraso no Pr. Imunização	15%
Tx. Captação de desnutrido até 5 anos	6%
Tx. Desnutrido até 5 anos	6%
Tx. De captação de Gestantes 1° tri.	40%
Taxa de diagnóstico de sífilis materna no pré-natal	100%
Taxa de detecção de exames para sífilis	4%
Taxa de gestantes tratadas para sífilis no período	100%
Taxa de parceiros de gestantes com sífilis no período	100%
Taxa de parceiros com sífilis com tratamento completado no período	100%
Tx. Ex. prevent. Mulheres > ou = 40 anos	40%
Tx. Ex. mama	%
Tx inclusão de pacientes inscritos no Remédio em Casa	80%
Taxa de pacientes cadastrados no Remédio em Casa	80%
Tx. De abandono no PHA	40%
Tx. De abandono no PDM	30%
Tx. Diabéticos rel. tot. atend.	8%
Tx. De Abandono de pac. Em Tto de Hans.	20%
Tx. De Tto. Compl. De TB em 6 meses	75%
Aval. Proced. Odont. Prev. Individ.	>=2
Aval. Proced. Odont. Conclusivos	>=1
Taxa de alta em relação aos procedimentos odontológicos conclusivos	10%
Concentração de consultas odontológicas	4
Taxa de produção de consultas médicas em relação ao potencial existente	80%
Taxa de produção de consultas de enfermagem em relação ao potencial existente	80%
Taxa de produção de consultas de odontologia em relação ao potencial existente	80%

## ANEXO 8



Coordenação de Saúde da AP4.0

2005	HMCF	
ESPECIALIDADES	TOTAL DE CONSULTAS	
CONSULTAS	Vagas Ofertadas p/ CAP4.0	Vagas Utilizadas
CACON - MAMA (*)	260	31
CACON - ÚTERO (*)	175	48
CARDIO	17	14
CARDIO PED	17	16
DERMATO	15	10
ENDOCRINO	36	36
ENDOCRINO INF-JUV	10	5
GINECO ADOLESC.(12 a 17anos)	9	1
GINECO INF-PUBERAL(0 a 12anos)	10	4
IMUNO / INFECTO	11	1
NEURO	19	19
NEURO ESCOLAR	6	6
NEURO PED	4	4
OFTALMO	56	56
OTORRINO	53	50
PNEUMO INFANTIL	14	3
<b>TOTAL DAS CONSULTAS</b>	<b>277</b>	<b>225</b>
SERVIÇOS	Vagas Ofertadas p/ CAP4.0	Vagas Utilizadas
ECO	104	100
EDA	33	32
MAMOGRAFIA	1455	1448
TESTE ERGO	26	23
USG	158	158
<b>TOTAL DOS SERVIÇOS</b>	<b>1776</b>	<b>1761</b>
<b>TOTAL</b>	<b>2053</b>	<b>1986</b>

(\*) Pacientes conseguiram resolver o problema no nível secundário HMRPS. Poucas iam para nível terciário.