

FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO

MARCOS JUNIO FERREIRA DE JESUS

CONTRATUALIZAÇÃO DE RESULTADOS, CONTROLE E APRENDIZAGEM: a
experiência do HOSPSUS-Rede Mãe Paranaense

SÃO PAULO

2017

MARCOS JUNIO FERREIRA DE JESUS

CONTRATUALIZAÇÃO DE RESULTADOS, CONTROLE E APRENDIZAGEM: a
experiência do HOSPSUS-Rede Mãe Paranaense

Tese apresentada à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getulio Vargas (FGV-EAESP), como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Administração Pública e Governo.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Regina Silvia Viotto Monteiro Pacheco.

SÃO PAULO
2017

Jesus, Marcos Junio Ferreira de.

Contratualização de resultados, controle e aprendizagem: a experiência do HOSPSUS-Rede Mãe Paranaense / Marcos Junio Ferreira de Jesus. - 2017.
169 f.

Orientador: Regina Sílvia Viotto Monteiro Pacheco

Tese (CDAPG) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo.

1. Serviços de saúde. 2. Desempenho - Avaliação. 3. Saúde pública - Administração. I. Pacheco, Regina Sílvia Viotto Monteiro. II. Tese (CDAPG) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo. III. Título.

CDU 614(816.2)

MARCOS JUNIO FERREIRA DE JESUS

CONTRATUALIZAÇÃO DE RESULTADOS, CONTROLE E APRENDIZAGEM: A

Experiência do HOSPSUS-Rede Mãe Paranaense

Tese apresentada à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas (FGV-EAESP), em cumprimento aos requisitos para obtenção do título de Doutor em Administração Pública e Governo.

Linha de Pesquisa: Governo e Gestão Pública
Orientadora: Profa. Dra. Regina Sílvia Viotto Monteiro Pacheco.

Data da aprovação: 27/07/2017

Banca examinadora:

Profa. Dra. Regina Sílvia Viotto Monteiro Pacheco
Orientadora/FGV-EAESP

Profa. Dra. Cibele Franzese
FGV-EAESP

Prof. Dr. Flávio Alcoforado
FGV-EBAPE

Prof. Dr. Humberto Falcão Martins
FGV-EBAPE

AGRADECIMENTOS

Primeiramente gostaria de agradecer a DEUS por tudo que tem me concedido no meu caminhar pela vida.

Tenho uma grande dívida para com todos os participantes deste estudo, pois me deram a oportunidade de testar minhas ideias.

Gostaria de agradecer particularmente à minha orientadora Prof^ª. Regina Pacheco, pelo seu conhecimento e paciência, cuja parceria estabelecida nesse período de estudo foi responsável por grande parte do ímpeto inicial para reflexão sobre o tema e certamente para conclusão deste trabalho.

Aos Professores Cibele Franzese e Nelson Marconi pelas contribuições enriquecedoras em ocasião da banca de qualificação. Aos Professores Dr. Flávio Alcoforado e Dr. Humberto Falcão Martins convidados para banca de apresentação de tese.

À Secretaria Estadual da Saúde do Paraná (SESA), Regionais de Saúde e Hospitais, pelas informações prontamente prestadas por seus profissionais.

Aos entrevistados, pelo espaço nas concorridas agendas e pelas valiosas contribuições.

Agradeço meus colegas de doutorado, em especial André, Antônio Marcos, Bianca, Edmilson, Mônica, pois cada um, a sua maneira, deixou um pouco de si para que eu pudesse chegar até esse momento. De modo especial, agradeço meus amigos Kerla e Marcelo pelo apoio, troca de experiência, discussões e contribuições ao longo deste trabalho. Deixo a todos o desejo de boa sorte.

Agradeço também a todas as pessoas que contribuíram para o meu aprendizado, prestando apoio decisivo à conclusão desta pesquisa.

Agradeço o apoio incondicional que tive de minha família. Especialmente aos meus pais, pois acreditaram em mim e possibilitaram a realização do meu trabalho. Sem o apoio deles, com certeza, o caminho teria sido mais complicado.

Acima de tudo, agradeço o carinho da minha filha, pois a demanda de produção deste trabalho, muitas vezes, me fez ficar ausente e deixar de passar momentos preciosos ao seu lado.

A todos, sem exceção, muito obrigado.

RESUMO

A pesquisa aqui apresentada assenta-se no interesse de discutir a contratualização de resultados em saúde como estratégia para oferecer mais e melhores serviços à população e garantir maior eficiência e efetividade aos serviços públicos prestados a toda a sociedade. O objeto empírico da análise foi a experiência de contratualização de resultados nos serviços de saúde pública efetuada pelo governo do Paraná, a partir de 2011. Por meio de pesquisa exploratória com abordagem qualitativa, examinei como opera o modelo de contratualização estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde do Paraná junto às instituições hospitalares, para impulsionar as organizações à melhoria de atividades técnicas e administrativas. Nessa direção, busquei verificar de que forma os mecanismos estabelecidos pelo HOSPSUS poderiam influenciar as organizações à melhoria de suas atividades, e de que forma os atores institucionais reagem e adaptam seu comportamento às metas contratualizadas. A pesquisa partiu da ideia de que os resultados vêm sendo produzidos por meio de uma combinação de controle (por parte dos mecanismos do programa) e de aprendizagem (dos atores). Após o trabalho em campo, por meio de entrevistas, discussões, participação em reuniões e análise de seus resultados, pude confirmar a hipótese de que o modelo de contratualização para resultados implementado pela SESA-PR combina dois grupos de mecanismos: controle e aprendizagem.

Palavras-chave: Contratualização de Resultados; Controle; Aprendizagem; Melhoria de Desempenho; Serviços de Saúde.

ABSTRACT

The research presented here is based on the interest of discussing the contractualisation of health outcomes as a strategy to offer more and better services to the population and to ensure greater efficiency and effectiveness of public services provided to society as a whole. The empirical object of the analysis was the experience of contracting of results in the public health services carried out by the Paraná government, as of 2011. Through exploratory research with a qualitative approach, I examined how the contractual model established by the State Health Department of Paraná works with hospital institutions to encourage organizations to improve technical and administrative activities. In this direction, I sought to verify how the mechanisms established by HOSPSUS could influence organizations to improve their activities, and how institutional actors react and adapt their behavior to contractualized goals. The research started from the idea that the results have been produced through a combination of control (by the mechanisms of the program) and of learning (of the actors). After working in the field, through interviews, discussions, participation in meetings and analysis of its results, I was able to confirm the hypothesis that the contractual model for results implemented by SESA-PR combines two groups of mechanisms: control and learning.

Key words: Contract of Results; Control; Learning; Performance Improvement; Health services.

LISTA DE SIGLAS

| | |
|----------|---|
| AIH | – Autorização de Internação Hospitalar |
| APSUS | – Programa de Qualificação da Atenção Primária |
| BSC | – Balanced Scorecard |
| CAA | – Comissão de Acompanhamento e Avaliação |
| CEPI | – Centro de Epidemiologia |
| CIB | – Comissão Intergestores Bipartite |
| CNRM | – Comissão Nacional de Residência Médica |
| COMSUS | – Programa de Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde |
| CRESEMS | – Conselho Regional dos Secretários Municipais de Saúde |
| DATASUS | – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde |
| DVIEP | – Divisão de Informações Epidemiológicas |
| EFQM | – Excellence Model |
| EQP | – Estratégia de Qualificação dos Partos |
| EUA | – Estados Unidos da América |
| GpR | – Gestão para Resultados |
| HOSPSUS | – Programa de Apoio e Qualificação de Hospitais Públicos e Filantrópicos do SUS |
| MARE | – Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado |
| NGP | – Nova Gestão Pública |
| NOROSPAR | – Associação Beneficente de Saúde do Noroeste do Paraná |
| NPM | – New Public Management |
| OCDE | – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico |
| OMS | – Organização Mundial da Saúde |
| PDR | – Plano Diretor de Regionalização |
| PDRAE | – Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado |
| PGE | – Procuradoria Geral do Estado |
| PR | – Paraná |
| PRO-HOSP | – Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG |
| SENAC | – Serviço Nacional de Aprendizagem do Comércio |
| SESA | – Secretaria Estadual da Saúde do Paraná |
| SIA/SUS | – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS |
| SINASC | – Sistema de Informações Nascidos Vivos |

| | |
|---------|-----------------------------------|
| SUS | – Sistema Único de Saúde |
| TCE | – Tribunal de Contas do Estado |
| TCU | – Tribunal de Contas da União |
| UNESPAR | – Universidade Estadual do Paraná |
| UNIPAR | – Universidade Paranaense |
| WHO | – World Health Organization |

LISTA DE QUADROS

| | |
|--|-----|
| Quadro 1 – Resultados assistenciais esperados a curto, médio e longo prazo | 26 |
| Quadro 2 – Etapas da organização do material | 43 |
| Quadro 3 – Hospital Santa Casa de Misericórdia de Campo Mourão - Paraná..... | 46 |
| Quadro 4 – Hospital NOROSPAR – Umuarama-PR | 47 |
| Quadro 5 – Hospital Santa Casa de Paranaíba | 49 |
| Quadro 6 – Atores entrevistados | 50 |
| Quadro 7 – O Controle e a Aprendizagem nas perspectivas do BSC | 51 |
| Quadro 8 – Síntese dos procedimentos metodológicos adotados..... | 54 |
| Quadro 9 – Objetivos que auxiliam na mensuração do desempenho | 66 |
| Quadro 10 – Macrocategorias da GpR e algumas visões significativas..... | 69 |
| Quadro 11 – Doenças relacionadas à medição do desempenho | 70 |
| Quadro 12 – Consequências não-intencionais da mensuração no setor público | 71 |
| Quadro 13 – Metodologias de gestão do desempenho mais representativas na literatura gerencial contemporânea. | 74 |
| Quadro 14 – Características do Controle na percepção dos profissionais administrativos (A) e técnicos (T)..... | 136 |
| Quadro 15 – Problemas do Controle na percepção dos profissionais administrativos (A) e técnicos (T) dos hospitais A, B, C..... | 138 |
| Quadro 16 – Aprendizagem na percepção dos profissionais Administrativos (A) e Técnicos (T) dos hospitais A, B, C..... | 141 |
| Quadro 17 – Problemas identificados no processo de aprendizado | 144 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1 – Repasses Financeiros do Programa HOSPSUS aos Hospitais Inseridos na Fase 1: Urgência e Emergência e Rede Mãe Paranaense | 27 |
| Tabela 2 – Repasses Financeiros do Programa HOSPSUS - Rede Mãe Paranaense as Instituições Hospitalares Inseridas na Fase 1 | 28 |
| Tabela 3 – Incentivo Financeiro para Custeio – Programa HOSPSUS – Rede Mãe Paranaense (Fase 1) – hospitais em análise | 29 |
| Tabela 4 – Incentivo Financeiro para Estrutura – Programa HOSPSUS – Rede Mãe Paranaense (Fase 1) – hospitais em análise | 30 |
| Tabela 5 – Incentivo Financeiro para Equipamentos e outros – Programa HOSPSUS – Rede Mãe Paranaense (Fase 1) – hospitais em análise..... | 30 |
| Tabela 6 – Números de Óbitos e Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) – Brasil e Paraná | 31 |
| Tabela 7 – Números de Óbitos e Taxa de Mortalidade Infantil no Paraná segundo macrorregiões de saúde | 32 |
| Tabela 8 – Números de Óbitos e Taxa de Mortalidade Materna (TMM)/100.000 (NV) Brasil e Paraná..... | 32 |
| Tabela 9 – Números de Óbitos e Taxa de Mortalidade Materna/100.000 (NV) por Macrorregiões de Saúde do Paraná | 33 |
| Tabela 10 – Procedimentos realizados pelos hospitais em análise no período de 2011 a 2016 | 33 |
| Tabela 11 – Taxa de Ocupação das Instituições..... | 34 |
| Tabela 12 – Tempo Médio de Permanência nos hospitais em análise | 35 |
| Tabela 13 – População da 11ª Regional de Saúde do Paraná..... | 45 |
| Tabela 14 – População da 12ª Regional de Saúde do Paraná..... | 47 |
| Tabela 15 – População da 14ª Regional de Saúde do Paraná..... | 48 |

LISTA DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| Figura 1 – Regionais de Saúde | 20 |
| Figura 2 – Fluxo do programa HOSPSUS – Rede Mãe Paranaense | 37 |
| Figura 3 – Mapa Estratégico HOSPSUS | 87 |

SUMÁRIO

| | | |
|--------------|--|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO | 13 |
| 1.1 | A Pesquisa: Objetivos..... | 17 |
| 1.2 | Justificativa Teórico-Empírica | 18 |
| 1.3 | Objeto de Estudo: o HOSPSUS – Rede Mãe Paranaense | 21 |
| 2 | METODOLOGIA..... | 38 |
| 2.1 | Desenho da Pesquisa | 38 |
| 2.2 | Etapas do Procedimento Qualitativo | 40 |
| 2.2.1 | Coleta de Dados..... | 40 |
| 2.2.2 | Organização do Material Coletado na Pesquisa Documental | 42 |
| 2.2.3 | Unidades de Análise..... | 44 |
| 2.2.4 | Os Atores Entrevistados..... | 50 |
| 2.2.5 | Análise dos Dados | 50 |
| 2.2.6 | Coleta de Dados Iniciais para a Pré-análise | 52 |
| 2.2.7 | Dificuldades Encontradas | 53 |
| 2.3 | Organização das Seções do Estudo | 54 |
| 3 | REVISÃO DA LITERATURA | 55 |
| 3.1 | Nova Gestão Pública e Contratualização de Resultados | 55 |
| 3.2 | A Contratualização nos Serviços de Saúde no Brasil..... | 62 |
| 3.3 | Gestão para Resultados em Organizações Públicas | 67 |
| 3.4 | Modelos de Gestão de Desempenho para a Reestruturação do Setor Público | 73 |
| 3.5 | O Balanced Scorecard como Modelo de Gestão de Desempenho..... | 76 |
| 3.6 | Planejamento e Gestão para Resultados: Ações Estratégicas para Determinar o Desempenho das Organizações de Saúde..... | 80 |
| 4 | APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS | 85 |
| 4.1 | O Planejamento Estratégico no Exercício das Atividades do Estado do Paraná na Área da Saúde..... | 85 |
| 4.2 | A Experiência de Contratualização nas Organizações A, B, C | 88 |
| 4.3 | A Experiência de Contratualização de Resultados na Percepção dos Representantes da SESA-PR e Regionais de Saúde..... | 90 |
| 4.4 | A Experiência de Contratualização de Resultados na Percepção dos Profissionais das Áreas Administrativas dos Hospitais A, B, C | 99 |

| | | |
|--------------|---|------------|
| 4.4.1 | Desafios a serem Superados na Contratualização detectados pelos profissionais Administrativos dos Hospitais A, B, C | 112 |
| 4.5 | A Experiência de Contratualização de Resultados na Percepção da Equipe Técnica (médicos e enfermeiros) dos Hospitais A, B, C | 117 |
| 4.5.1 | Desafios a serem Superados na Contratualização detectados pelos profissionais Técnicos dos Hospitais A, B, C..... | 129 |
| 4.6 | Discussão e Análise dos Casos | 134 |
| 5 | CONCLUSÃO..... | 149 |
| 6 | REFERÊNCIAS | 154 |
| | APÊNDICES | 164 |
| | APÊNDICE I – LISTA DE ENTREVISTADOS | 165 |
| | APÊNDICE II – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS DA EQUIPE ADMINISTRATIVA DAS ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES | 166 |
| | APÊNDICE III – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS DA EQUIPE TÉCNICA DAS ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES | 167 |
| | APÊNDICE IV – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM REPRESENTANTES DA SESA E REGIONAIS DE SAÚDE | 168 |

1 INTRODUÇÃO

A pesquisa aqui apresentada assenta-se no interesse de discutir a contratualização de resultados nos serviços de saúde como estratégia para oferecer mais e melhores serviços à população e garantir maior eficiência e efetividade aos serviços públicos prestados a toda a sociedade. Nesse sentido, pretendemos analisar como opera o modelo de contratualização para resultados estabelecido pela Secretaria de Saúde do Paraná junto às instituições hospitalares, para impulsionar as organizações à melhoria de suas atividades técnicas e administrativas.

Para isso, alguns casos são analisados visando: verificar de que forma o controle estabelecido pelo HOSPSUS impulsiona as organizações em suas atividades, e verificar de que forma os atores institucionais aprendem e adaptam seu comportamento aos compromissos e metas contratualizadas.

O interesse em estudar o tema da contratualização de resultados em serviços de saúde pública se deve à percepção de que, em organizações hospitalares, uma das formas recentes de priorizar resultados à sociedade tem sido por meio de adoção de contratos de gestão.

Percebemos que em algumas organizações hospitalares do Paraná havia problemas de desempenho. Para melhorar o desempenho das organizações a SESA adota a contratualização visando criar condições para que os gestores identifiquem onde estão acertando ou errando na sua rotina hospitalar.

Elementos de controle e aprendizagem podem estar presentes simultaneamente em qualquer modelo contratual. Alguns autores afirmam que, para que as organizações hospitalares possam atuar com eficiência, é necessário que seus gestores busquem ferramentas de controle que tenham comprovada eficácia no meio empresarial (SOUZA, et al., 2009) e que enfatizem a aprendizagem organizacional. Porém, diversos fatores, inclusive culturais, persistem prejudicando a construção da aprendizagem organizacional e da atenção hospitalar.

Disponibilizada por meio de hospitais de diferentes portes, a atenção hospitalar se caracteriza por uma assistência especializada, que exige uma equipe multidisciplinar, com níveis de formação distintos, geralmente contratados sob uma variedade de formas de vínculos em uma mesma instituição.

A complexidade do cuidado em saúde ainda deve ser melhor estudada para o fortalecimento e consolidação do Sistema Único de Saúde – SUS. Mecanismos de gestão nas organizações que prestam serviços de saúde se revelam indispensáveis, principalmente porque

as ações de saúde pública devem ser reguladas, fiscalizadas e controladas pelo Poder Público (BRASIL, 1988).

É importante observar também que as questões que envolvem a gestão da saúde pública no Brasil são complexas em virtude de problemas gerados pelos desafios do dia a dia, dificuldades na tomada de decisões, predominância da visão de curto prazo, ineficiência, problemas relacionados com as demandas de hospitais que atendem ao SUS, e outros que envolvem o planejamento de Programas que têm por objetivo promover qualificação da assistência e da gestão hospitalar.

Na área de gestão em saúde, percebemos que está havendo uma alteração de enfoque. Mudanças no foco da prestação dos serviços de saúde levam a aumentar a importância da gestão nas organizações hospitalares quando se percebe a qualidade no atendimento. Os serviços de saúde estão cada vez mais assumindo importância na agenda da sociedade contemporânea, tanto no processo de gestão quanto no processo de atenção aos pacientes.

O SUS modificou o entendimento do processo de atendimento no país, ao adicionar complexidade ao sistema de saúde, tanto na operacionalização do atendimento quanto nas relações entre as esferas de poder. Parece que o maior desafio da gestão em saúde está em construir ou reconstruir os serviços de saúde.

A literatura registra que a contratualização de resultados, claramente identificada como uma forma de gestão na qual o alcance dos resultados vem acompanhado de mecanismos de incentivos é uma das alternativas que está sendo defendida como possível solução para o enfrentamento dos problemas de gestão em saúde.

No Paraná, a situação da saúde é semelhante ao resto do país, tendo em vista que a oferta de serviços por hospitais que atendem ao SUS também é insuficiente para atender a população. A restrição de vagas e o alto déficit de pessoal nos hospitais ainda reduzem a qualidade no atendimento.

Para vencer as fragilidades na qualidade da atenção à saúde, o governo do Paraná, em 2011, por meio da Secretaria Estadual de Saúde do Paraná (SESA) implantou o HOSPSUS – Programa de Apoio e Qualificação de Hospitais Públicos e Filantrópicos do SUS, com vistas a melhorar a gestão dos hospitais públicos e filantrópicos que prestam serviços ao SUS no estado.

Os problemas relacionados à gestão das organizações hospitalares parecem exigir estratégias multidimensionais para o seu enfrentamento. Uma tentativa de resposta para os problemas na saúde do Paraná se volta para a qualificação da atenção hospitalar.

O governo do Paraná, orientado para a obtenção de resultados, busca direcionar práticas gerenciais a partir de contratos de gestão. Dessa forma, para a qualificação da atenção hospitalar, adota a contratualização de resultados, como possibilidade de atender às demandas sociais.

Como parte desse processo vários fatores estão sendo mobilizados para atender as demandas por saúde pública de forma eficiente e efetiva no atual modelo de assistência à saúde. Nesse sentido, é importante que haja fatores geradores de resultados como: equidade, otimização dos recursos e interação constante entre fornecedor e cliente (médico-paciente), entre outros.

O tema desperta polêmica, uma variedade de autores vem se posicionando contra o modelo gerencial por ser marcado pela influência da iniciativa privada; outros se posicionam a favor da ideia de uma gestão para resultados.

Estabelecendo controles, a contratualização entre coordenadores das políticas públicas e gestores dos hospitais define: 1) os resultados a serem alcançados, traduzidos em indicadores e metas claras; 2) a flexibilidade ou as autonomias concedidas aos gestores e; 3) as sanções, positivas e negativas, que serão aplicadas a partir da avaliação do alcance dos resultados. Assim, o gestor hospitalar deve observar e monitorar diversos indicadores para possibilitar uma tomada de decisão eficiente, a fim de garantir a qualidade dos serviços de saúde prestados pelos hospitais.

Além disso, o controle tem trazido à tona uma perspectiva de mudança cultural no ambiente de saúde incentivado/estimulado pela contratualização via aprendizado organizacional. Por meio da aprendizagem organizacional, elemento-chave para que as organizações se adaptem ou construam a mudança mais facilmente (GARVIN, 1993; KIM, 1993; MARQUADT, 1996), as organizações estão mais aptas a melhorar seu desempenho e desenvolver novas competências (GARVIN, 1993; DOWD, 2000).

A presente tese tem por objeto empírico a experiência de contratualização de resultados nos serviços de saúde pública efetuada pelo governo do Paraná, a partir de 2011, para examinar, por meio de pesquisa exploratória com abordagem qualitativa, o seguinte problema:

Como opera o modelo de contratualização para resultados estabelecido pela Secretaria de Saúde do Paraná junto às instituições hospitalares, para impulsionar as organizações à melhoria de suas atividades técnicas e administrativas?

Por atividades técnicas e administrativas adoto as análises propostas por Kanter e Summers (1994), que no caso deste estudo, podem ser entendidas como: as atividades

técnicas se referem àquelas exercidas pelos profissionais de saúde diretamente ligados às organizações hospitalares e que estão preocupado com a eficiência e qualidade dos serviços e produtos gerados pela organização, mediante padronização; já as atividades administrativas são aquelas exercidas pelos gestores das organizações hospitalares e são centradas na detecção e prevenção de problemas, na estruturação e correção de processos administrativos e na alocação interna de recursos (definição de orçamentos).

O problema que propomos examinar encontra apoio nas discussões realizadas por Alcoforado (2005); Barzelay (2001); Behn (2003) Bresser-Pereira (1997; 1998; 2010); Boyne e Chen (2008); Eisenhardt (1989); Jann e Reichard (2002); Kaplan e Norton (1992, 1996, 2001; 2004; 2009); Martins (2002); Martins e Marini (2010); Pacheco (2004; 2006; 2009; 2010; 2011); Trosa (2001).

Esses autores analisam a contratualização de resultados como uma das estratégias principais da Nova Gestão Pública (New Public Management), dentre as que mais promoveram mudanças significativas na qualidade dos serviços públicos. Por meio da contratualização o governo retém a responsabilidade de financiar o serviço ou o produto, mas delega a autoridade da produção/fornecimento a outro ator (PACHECO, 2004).

Este modelo baseia-se na teoria do principal-agente: o governo como principal deve formular um contrato que induza o contratado, como agente, a ter um comportamento de acordo com seus propósitos (EISENHARDT, 1989).

As experiências de contratualização de resultados, no setor público, não seguiram um único padrão uniforme em diferentes países. Em alguns casos de contratualização, a concessão de flexibilidade abriu espaço para a ampliação da autonomia sem a contrapartida em termos de responsabilização. Daí a importância da fixação de metas de desempenho por meio de instrumentos contratuais (PACHECO, 2011).

Nesse contexto, a contratualização de resultados em saúde pretende que os serviços sejam prestados visando garantir o benefício público no uso dos recursos. Assim, novos formatos institucionais, novos instrumentos de gestão e novas formas de controle criam condições para que a modernização administrativa possa contribuir para um processo de aprendizado político e organizacional, tornando as organizações públicas de saúde mais responsáveis e mais focadas no alcance de resultados (MARTINS, 2002; TROSA, 2001).

Nas organizações hospitalares o controle e a aprendizagem são percebidos como mecanismos importantes para corrigir ou melhorar as práticas de gestão. O uso e a construção do conhecimento coletivo para a prática de gestão na área de saúde é um dos requisitos em destaque no modelo de contratualização para resultados. Responsável por gerar elementos de

aprendizagem e melhorias contínuas para a organização hospitalar, o conhecimento adquirido por meio de treinamento e capacitação individual ainda é insipiente na realidade dos hospitais no Paraná.

Por meio da contratualização, o estabelecimento de resultados desejados é necessário e seu alcance deve ser negociado e implementado. Neste sentido, é justificável a celebração de contratos de gestão, e desejável um acordo compreendendo metas finalísticas, meios, controles e incentivos, os quais impõem mudanças comportamentais dos órgãos centrais, mobilização dos profissionais em busca de metas e objetivos propostos, além da melhoria permanente e contínua do atendimento prestado nas organizações hospitalares.

É exatamente nessa direção que formulamos a seguinte hipótese: **o modelo de contratualização para resultados implementado pela SESA-PR combina dois grupos de mecanismos: controle e aprendizagem.**

Para a verificação da hipótese a tese é organizada em cinco seções. Em cada uma das seções a discussão tem propósitos específicos: a primeira corresponde a esta introdução, nela apresentamos o tema, os objetivos e o problema; a segunda, corresponde aos procedimentos metodológicos adotados para a realização da pesquisa; a terceira apresentamos os argumentos teóricos que fundamentaram o problema estudado; a quarta trata de apresentar a análise e discussão dos casos; a quinta e última seção se destina a apresentar as conclusões e as sugestões para estudos futuro.

1.1 A Pesquisa: Objetivos

A pesquisa aqui apresentada pretende analisar como opera o modelo de contratualização para resultados estabelecido pela Secretaria de Saúde do Paraná junto às instituições hospitalares, para impulsionar as organizações à melhoria de suas atividades técnicas e administrativas.

Para isso, serão estudados alguns casos, visando desenvolver os seguintes objetivos específicos:

1. Verificar de que forma o controle estabelecido pelo HOSPSUS impulsiona as organizações em suas atividades.
2. Verificar de que forma os atores institucionais aprendem e adaptam seu comportamento aos compromissos e metas contratualizadas.

1.2 Justificativa Teórico-Empírica

Esta pesquisa se justifica por apresentar aspectos teóricos relacionados a duas correntes distintas da contratualização de resultados no setor público: uma que busca influenciar os comportamentos e outra associada à percepção de que há inúmeras barreiras, regras, procedimentos e estruturas rígidas ainda a serem removidas que impedem o administrador público de administrar (KETTL, 1997). Apesar de apresentar diferenças significativas as duas correntes incentivam uma gestão para resultados que possibilite a melhoria de desempenho na administração pública.

A iniciativa do Governo brasileiro orientada para resultados, neste estudo, é vista como uma experiência de contratualização inspirada em alguns aspectos teórico-práticos dessas duas correntes. Por essa razão, entende que a gestão não se resume à entrega de resultados, mas abrange também o caminho que se deve adotar para alcançá-los.

Experiências que visem entregar melhores resultados ao cidadão sem onerar mais a sociedade representam um desafio cada vez mais importante para os governos e são de fato motivadoras para a realização desta pesquisa, especificamente, quando se deseja conhecer melhor casos de adoção de práticas de contratualização como instrumentos e ferramentas de gestão que passam conferir uma maior eficiência e eficácia à máquina pública, conforme Martins e Marini (2010).

Dentre as práticas adotadas para dar efetividade ao papel do Estado, o governo do Paraná tem adotado instrumentos de contratualização de resultados por meio do programa HOSPSUS, como forma de negociação na área da saúde, na tentativa de melhorar o desempenho do setor público e a qualidade dos serviços prestados à sociedade.

O HOSPSUS é um caso interessante por apresentar alguns aspectos e características relacionadas a essas duas correntes teóricas de contratualização e pela ausência de estudos que relatam a prática das duas abordagens simultaneamente. Buscamos entender se, de fato, as organizações hospitalares que operam com base na contratualização de resultados conseguem melhorar o seu desempenho. E ao mesmo tempo procuramos identificar os mecanismos que operam nesses casos – em especial os de controle e de aprendizagem.

Encontramos fortes evidências teórico-empíricas que comprovam que o governo do Paraná buscou implementar ações estratégicas com vistas a promover um atendimento hospitalar de qualidade e resolutivo, ao adotar a contratualização de resultados. O HOSPSUS é uma das estratégias adotada para a reestruturação da saúde pública no Estado e que está

ainda para ser consolidado. O programa, objeto empírico desse estudo, apesar de novo, já se mostra como um modelo adequado para modificar a situação atual da saúde no Paraná.

As instituições hospitalares tornaram-se mais complexas, havendo maior necessidade em buscar inovações de produtos e serviços. Para isso alguns instrumentos destinados à melhoria da qualidade da assistência na saúde se apresentam como necessários para garantir que todos os serviços oferecidos nas redes de atenção à saúde sejam de qualidade.

1.3 Contextualização da Saúde no Paraná e a Instituição do HOSPSUS

Uma das prioridades estabelecida na atual gestão do governo do Paraná (2011/2014 e 2015/2018) é criar condições para melhorar a qualidade dos serviços prestados em saúde. Para isso, se propôs reestruturar e melhorar a qualidade hospitalar do SUS implantando um “programa destinado aos hospitais públicos e filantrópicos, que tem condições e capacidade para resolver problemas de saúde mais complexos e que atuam como referência na região onde estão inseridos”. SESA-PR, 2011, p. 5).

Antes da instituição do Programa problemas de integração, padronização e articulação em rede dificultavam o desempenho hospitalar. Reconhecendo a presença desses entraves, com a instituição do programa buscou-se solucionar esses problemas.

Para atender a expectativa da população o governo do Paraná em conjunto com a SESA está organizando as Redes de Atenção Integral à Saúde nas 22 regiões de saúde do estado. O objetivo é estimular a redução da mortalidade materno-infantil, a ampliação da longevidade e melhoria do atendimento e da resolutividade da atenção à saúde em todo o Estado – que poderão ser garantidos por meio da oferta de serviços eficientes e efetivos para toda a população.

O estado do Paraná possui aproximadamente 22.849 leitos hospitalares ofertados em 458 hospitais públicos, filantrópicos e privados que atendem o SUS. Destes, 331 (72,3%) têm menos de 50 leitos. São hospitais que em geral têm baixa capacidade resolutiva, pela insuficiência da escala adequada; poucos recursos humanos especializados e baixa agregação tecnológica. Do total dos hospitais do Paraná que atendem o SUS apenas 50 têm mais de 100 leitos, o que representa apenas 11% dos hospitais (SESA-PR, 2015).

De acordo com o Plano Diretor de Regionalização¹ o sistema está organizado em 22 regiões de saúde e 4 macrorregiões; nos municípios-sede das regionais de saúde estão concentrados os recursos assistenciais de maior densidade tecnológica, com maior concentração de recursos humanos especializados, serviços mais complexos e mais onerosos - são os hospitais com maior capacidade resolutiva para grande parte dos problemas de saúde que exigem atenção hospitalar.



Figura 1 – Regionais de Saúde

Fonte: Plano Diretor de Regionalização SESA-PR (2015).

“Todas as 22 regiões de saúde contam com serviços de atenção primária, urgência e emergência e atenção psicossocial. Porém, as regiões de saúde têm níveis de complexidade diferente. Há regiões que são quase totalmente resolutivas nas ações e serviços de saúde e outras que ainda não possuem serviços de alta complexidade em maior ou menor grau e que dependem, portanto, de outras regiões de saúde” (SESA-PR/PDR, 2015, p. 9).

Para reestruturar os sistemas de saúde se utiliza de relações contratuais estabelecidas entre governo e atores não governamentais que visam redefinir compromissos mútuos e promover mudanças significativas na qualidade dos serviços públicos.

Para que isso ocorra, o governo implantou o HOSPSUS, com o objetivo de implementar a atenção hospitalar em todas as regiões de saúde do Estado, para proporcionar aos cidadãos um atendimento hospitalar de qualidade e resolutivo.

¹ Instrumento de planejamento e gestão que na área da saúde objetiva direcionar a descentralização com vistas à promoção de maior e mais adequada acessibilidade dos usuários considerados os princípios da integralidade, equidade e economia de escala. O propósito de um Plano Diretor de Regionalização (PDR) da saúde é constituir um dos pilares para estruturação e descentralização dos sistemas de co-gestão e organização dos serviços de saúde em redes, tendo em vista possibilitar o direcionamento equitativo da implementação das políticas públicas. O PDR é, portanto, um instrumento de planejamento em saúde ao estabelecer uma base territorial e populacional para cálculo das necessidades, da priorização para alocação dos recursos, da descentralização programática e gerencial. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/parceiro/regionalizacao-pdr2>>. Acesso em: 27 maio 2016.

Foram criadas e inseridas no programa HOSPSUS cinco redes de atuação específicas, e todas devem estar em funcionamento até 2020. São elas: 1) Rede Mãe Paranaense; 2) Rede de Pessoas com Deficiência; 3) Rede de Saúde Mental; 4) Rede de Atenção à Saúde do Idoso, e 5) Rede de Urgência e Emergência.

Estas cinco redes são estruturadas por três programas: 1) O Programa de Qualificação da Atenção Primária (APSUS); 2) O Programa de Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde (COMSUS); e 3) O Programa de Apoio e Qualificação dos Hospitais Públicos e Filantrópicos (HOSPSUS).

Até o ano de 2017, o programa ainda não implantou todas as cinco redes. Estão em funcionamento a Rede Mãe Paranaense, Rede Urgência e Emergência e ainda estão na sua fase inicial de implantação a Rede de Saúde Mental; a Rede de Atenção à Saúde do Idoso e Redes de Pessoas com Deficiência. Por esse motivo, a pesquisa empírica foi realizada somente em hospitais filantrópicos inseridos na Rede Mãe Paranaense, a primeira a ser implantada e que se encontra estruturada no Programa.

Todas as evidências mostram que a fragmentação dos serviços públicos de saúde é questão complexa e desafiadora para os gestores frente a uma agenda que responda às expectativas e necessidades de saúde da população brasileira.

Para fazer face a esses problemas, o governo do Paraná visa prestar serviços de saúde de forma equitativa e, por meio do programa HOSPSUS, proporcionar o estreitamento das relações entre a Secretaria de Saúde e os prestadores de serviço. Com o programa, o governo busca construir novas formas de gestão na área da saúde fundadas na participação dos gestores em avaliações e cooperação técnica horizontal, a fim de possibilitar o alcance de uma gestão eficiente e a prestação de serviços de qualidade. Além do relacionamento entre a Secretaria formuladora da política e os hospitais prestadores dos serviços, o Programa HOSPSUS visa promover a perspectiva estratégica da missão das instituições e a gestão orientada à obtenção de resultados.

1.4 Objeto de Estudo: o HOSPSUS – Rede Mãe Paranaense

A literatura examinada sobre o HOSPSUS - Rede Mãe Paranaense mostra evidências de que o sistema de saúde no Paraná, especificamente, as redes de atenção à saúde, podem ser organizadas em arranjos produtivos híbridos que combinam a concentração de certos serviços com a dispersão de outros (MENDES, 2001).

O HOSPSUS - Rede Mãe Paranaense combina elementos de concentração e de dispersão dos diferentes pontos de atenção à saúde. Os serviços oferecidos pelo programa são prestados em consonância com padrões pré-definidos; são submetidos a medidas de performance nos níveis de estrutura, processos e resultados; atendem às necessidades dos usuários; implicam programas de controle de qualidade; são seguros para os profissionais; são realizados de forma humanizada para os usuários. Portanto, são considerados importantes para atender diferentemente os desiguais.

Podemos dizer que parece haver uma relação estreita entre as premissas apontadas no desenho institucional da Rede Mãe Paranaense e as experiências de vários países (Holanda, Reino Unido, Dinamarca, Finlândia, Noruega só para citar alguns) em efetivar a atenção à saúde de modo que seja mais efetiva e de maior sensibilidade da qualidade de vida de uma sociedade, para que a tendência temporal de queda de mortalidade materna e infantil, apresente índices melhores.

Alguns estudos têm demonstrado que há diferenças entre a mortalidade relacionadas à escolaridade da mãe, às condições de vida e ao acesso aos serviços de saúde em tempo oportuno. Inúmeros problemas relacionados com esses fatores mobilizam os gestores de saúde – municipal e estadual – para o enfrentamento da mortalidade materna e infantil de forma conjunta.

Considera-se, portanto, importante identificar os fatores de risco para a mortalidade materna e infantil e “trabalhar formas de atender diferentemente os desiguais” (SESA-PR, 2013, p.169).

Considerando a situação e contextualização da saúde no Paraná, um conjunto de metas e ações foram traçadas para alcançar melhores resultados aos principais problemas apontados.

A primeira proposta foi a organização da atenção materno-infantil, por meio da Rede Mãe Paranaense. O propósito é a “organização da atenção materno-infantil, qualificando o cuidado materno-infantil nas ações do pré-natal, parto, puerpério e do primeiro ano de vida das crianças, e, com isso, reduzir a mortalidade materna e infantil em todo o Estado do Paraná. A implantação dessa Rede se dará de forma articulada à política e ações estratégicas do Ministério da Saúde” (SESA-PR, 2013, p.170).

Os sistemas de saúde têm vários desafios a serem enfrentados, operacionais, estruturais, e de gestão para garantir a proteção de todos, diminuir as iniquidades e melhorar o acesso.

Para isso o modelo de gestão utilizado na área da saúde do Paraná evidencia que a experiência da qualificação da atenção em saúde pressupõe uma mudança no modo de enfrentar os problemas de saúde, especificamente, os relacionados à melhoria das estruturas físicas, equipamentos e capacitação gerencial e dos profissionais que atuam nos hospitais que integram o HOSPSUS. O processo de capacitação dos trabalhadores em saúde deve tomar como referência as necessidades de saúde da população, da gestão e do controle social para qualificar as práticas de saúde e a educação dos profissionais e melhorar a atenção à saúde (BRASIL/MS, 2004).

A situação de saúde do Estado evidenciada anteriormente implicou no estabelecimento de metas e diretrizes para a atuação da Secretaria Estadual com o objetivo de ampliar o acesso da população a serviços de saúde de qualidade, intervindo pontualmente nos vazios assistenciais.

A instituição pela SESA - Resolução nº 0172/2011, do modelo de contratualização denominado HOSPSUS assumiu o compromisso de implementar a atenção hospitalar em todas as Regiões de Saúde do Estado, para proporcionar ao cidadão um atendimento hospitalar de qualidade e resolutivo.

Atualmente, o HOSPSUS está em sua terceira fase. A primeira fase do modelo de contratualização adotado pela SESA é conhecida como HOSPSUS - Fase 1 e objetivou beneficiar hospitais públicos e filantrópicos de alta complexidade localizados nos municípios-sede das macrorregiões e ou regiões de saúde do estado do Paraná, definidos no Plano Diretor de Regionalização e cadastrados para o atendimento da Rede Mãe Paranaense e Rede Urgência e Emergência.

Segundo a SESA nesse primeiro momento 50 instituições de saúde aderiram ao programa das quais 17 foram contratualizadas como referência para o atendimento da alta complexidade da Rede Mãe Paranaense. Atualmente inseridas nesta fase encontram-se aproximadamente 27 instituições contratualizadas.

A resolução SESA nº 377/2012 ao instituir a segunda fase do Programa teve suas atenções voltadas para instituições hospitalares e maternidades de baixa e média complexidades, por meio de um incremento no repasse de recursos denominado de Estratégia de Qualificação dos Partos (EQP). Essa fase foi desenvolvida e implantada em parceria com o Programa HOSPSUS e a Rede Mãe Paranaense com o propósito de melhorar a qualidade do atendimento às gestantes durante a realização de seus partos.

Os repasses financeiros são efetuados de acordo com as informações e apresentações das AIH (Autorização de Internação Hospitalar) repassadas pelas instituições às

Regionais de Saúde onde estão localizadas. Após conferência dos números de partos realizados pelo SUS durante o mês, os dados são transmitidos e encaminhados para SESA, onde uma nova conferência é realizada para que daí ocorra o repasse financeiro. Atualmente, as instituições recebem do SUS um valor adicional por serviços realizados. Nesta fase estão inseridas mais de 90 instituições.

Em 2014 a terceira fase foi desenvolvida com o objetivo de fortalecer hospitais de pequeno porte, cujos serviços são essenciais para o atendimento da população de municípios menores (população de até 40 mil habitantes). Atualmente estão inseridas nesta fase mais de 100 instituições.

Cabe aqui ressaltar que para o desenvolvimento desta pesquisa os hospitais selecionados são todos integrantes do HOSPSUS – Rede Mãe Paranaense Fase 1 – hospitais de alta complexidade.

Com a implantação do HOSPSUS - Fase 1 o modo de administrar a organização hospitalar tem avançado. Um conjunto de fatores internos e externos está presente nas mudanças no âmbito comportamental, cultural e organizacional. Esforços individuais e coletivos estão sendo potencializados em prol de um objetivo comum: “promover melhoria da qualidade da assistência, aumentar eficiência, eficácia e a equidade dos hospitais integrantes do Sistema Único Saúde no Paraná” (SESA-PR, 2011, p. 2) e “melhorar a oferta de leitos hospitalares em todas as regiões de saúde do estado” (SESA-PR, 2011, p. 66).

A adesão dos hospitais ao Programa é formalizada mediante Termo de Adesão firmado entre a SESA e o hospital. O hospital contratualizado deverá atender a todos os requisitos para habilitação e cumprir as metas estabelecidas.

Para a inclusão dos hospitais na primeira fase do Programa, a SESA definiu os seguintes critérios: ser hospital de referência macrorregional e/ou regional; ser público ou filantrópico, localizado nos municípios-sede das macrorregiões e ou regiões de saúde do estado do Paraná, definidos no Plano Diretor de Regionalização; ter 100 ou mais leitos ativos e ofertá-los ao SUS regulados pela Central Estadual de Regulação; em caso de inexistência de hospital desse porte na sede da região, ser o hospital de maior complexidade e porte; ser referência na região para a atenção de média e alta complexidade; atender no mínimo 25% de pacientes referenciados de sua região de abrangência, respeitada a programação pactuada integrada, e ter o perfil e a atuação de âmbito regional estabelecidos com base no fluxo de atendimento aos usuários do SUS. (Resolução SESA nº 172/2011, Art. 3º).

Nessa fase hospitais e SESA têm competências específicas. É competência dos hospitais, além de prestar atendimento ambulatorial e/ou hospitalar: cumprir as metas

firmadas com a SESA, respeitando o cronograma e a metodologia de avaliação estabelecida pelo HOSPSUS - Fase 1; participar das ações de qualificação para a gestão hospitalar estabelecidas pelo HOSPSUS quando disponibilizadas pela SESA; manter sob a regulação estadual a totalidade dos serviços contratados, de acordo com as normas operacionais vigentes no SUS; alimentar regularmente os sistemas de informações do SUS; pactuar com os gestores municipal e estadual os mecanismos de vinculação na(s) rede(s) de atenção à saúde, para atendimento à população em sua Região de Saúde; garantir a integração do hospital com a APS, apoiando as ações desenvolvidas pelas equipes, viabilizando a integralidade do cuidado; manter o número de leitos cadastrados no CNES na data de inclusão do Programa (SESA-PR, 2014).

À SESA compete realizar os repasses de recursos mensalmente, respeitando o Plano Operativo; monitorar/avaliar o contratado conforme parâmetros de pontuação estabelecidos pelo HOSPSUS, estabelecer controle de oferta e de ações de serviços de saúde; integrar/vincular os diversos pontos de atenção voltados para o atendimento materno-infantil; desenvolver e implementar ações para capacitação do corpo gerencial e técnico dos hospitais (SESA-PR, 2014).

O controle do HOSPSUS – Rede Mãe Paranaense Fase 1 acontece por meio do processo de monitoramento/avaliação que ocorre quadrimestralmente e tem como finalidade verificar o cumprimento dos compromissos e metas firmados junto à SESA e acompanhar a evolução dos serviços prestados pelos hospitais.

Para realização do processo de monitoramento/avaliação a SESA instituiu comissões avaliadoras em âmbito estadual e regional que são responsáveis pela avaliação direta das instituições hospitalares. Esse processo de avaliação segue um roteiro pré-estabelecido por meio de ficha de avaliação que auxilia na padronização do monitoramento do cumprimento dos compromissos assumidos pelos hospitais. Este processo de avaliação leva em consideração itens relacionados à gestão, estrutura, processos, além de monitorar e acompanhar taxas consideradas importantes para o bom desenvolvimento do programa.

O HOSPSUS, por meio do controle exercido pela SESA junto aos hospitais inseridos no Programa, tem buscado promover o aprendizado organizacional. O Programa incentiva o aprendizado promovendo a integração entre os diversos pontos de atenção voltados para atendimento materno, com a exigência da implantação dos protocolos clínicos, pela oferta de um curso de especialização em gestão hospitalar e outros cursos técnicos voltados especificamente para médicos e enfermeiros com a finalidade de impulsionar a melhoria do desempenho hospitalar.

A contratualização do HOSPSUS busca proporcionar às instituições alguns resultados assistenciais que poderão ser alcançados a curto, médio e longo prazo.

Quadro 1 – Resultados assistenciais esperados a curto, médio e longo prazo

| Curto prazo | Médio e longo prazo |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> – Fortalecimento da gestão, com otimização dos processos e equilíbrio financeiro; – Aumento da resolutividade da instituição com a readequação das instalações, incorporação de tecnologia e ampliação das atividades assistenciais; – Fortalecimento das relações Gestor-Hospital-Região e, conseqüentemente, do Sistema Único de Saúde. | <ul style="list-style-type: none"> – Garantia do atendimento de qualidade da assistência hospitalar, nas regiões do estado do Paraná contempladas pelo Programa; – Contribuir para a melhoria do acesso e da assistência à saúde, assegurando a resolutividade em procedimentos de atenção especializada, de pelo menos um hospital público ou filantrópico em cada região; – Promoção da autossuficiência em procedimentos de alta complexidade nas macrorregiões; – Fixação de profissionais em regiões menos atrativas. |

Fonte: Elaborado pelo autor a partir da PARANÁ/SESA (2011).

O HOSPSUS - Fase 1 por meio de incentivos financeiros vem investindo em três componentes considerados importantes para melhoria da qualidade assistencial: melhoria das estruturas físicas e equipamentos, apoio a custeio e capacitação gerencial/profissional.

O recurso financeiro para custeio contém um percentual fixo e um percentual variável, de acordo com o cumprimento de metas pactuadas. Os repasses realizados pelo governo seguem a seguinte regra: 50% do valor total do incentivo serão destinados às instituições de forma fixa devido a instituição estar inserida ao programa e os outros 50% de forma variável, ou seja, condicionados ao desempenho alcançado durante o desenvolvimento do Programa.

Ainda em relação aos repasses financeiros seguindo o Art. 7º da Resolução SESA nº 172/2011, os recursos financeiros eram repassados periodicamente do Fundo Estadual de Saúde diretamente aos hospitais contratualizados, independente do fato de estar inserido em um município habilitado em Gestão Plena ou Gestão Estadual.

Após uma solicitação da PGE (Procuradoria Geral do Estado) e TCE (Tribunal de Contas do Estado) e por determinação da resolução SESA nº 153/2016, os repasses às instituições sofreram alterações. Para os hospitais inseridos em municípios-sede habilitados em Gestão Plena os repasses passaram a ser realizados da seguinte forma: o Fundo Estadual repassa os recursos do hospital contratualizado para o Fundo Municipal que transfere para a instituição. Já os contratos realizados junto às instituições ou os municípios que se encontram em Gestão Estadual, os repasses não sofreram alterações.

Por meio do Programa HOSPSUS, a SESA vem realizando investimentos nos hospitais filantrópicos, organizados em três fases. A presente pesquisa selecionou para análise

apenas os repasses efetuados às instituições inseridas na 1ª Fase do programa. Um dos motivos que levou a esta escolha foi a dificuldade de obtenção de certas informações, pois não há um banco de dados informatizado, inviabilizando a realização de coleta integral de dados, tendo em vista o grande número de instituições inseridas nas três fases.

Dessa forma optou-se por analisar o repasse financeiro para instituições hospitalares de referência no atendimento em suas regionais ou macrorregional de saúde incluídos na 1ª Fase do Programa (Urgência e Emergência e Rede Mãe Paranaense).

Tabela 1 – Repasses Financeiros do Programa HOSPSUS aos Hospitais Inseridos na Fase 1: Urgência e Emergência e Rede Mãe Paranaense

| Ano | Recursos Financeiros | Custeio (R\$) | Infraestrutura (R\$) | Equipamentos e Outros (R\$) |
|--------------|----------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------------|
| 2011 | Previsão | 15.320.000,00 | 0,00 | 4.020.000,00 |
| | Repassse | 13.720.000,00 | 0,00 | 4.020.000,00 |
| 2012 | Previsão | 53.888.063,27 | 578.322,35 | 1.648.670,00 |
| | Repassse | 47.788.720,96 | 578.322,35 | 1.648.670,00 |
| 2013 | Previsão | 58.446.085,01 | 1.568.441,50 | 5.662.360,00 |
| | Repassse | 48.566.722,60 | 1.568.441,50 | 5.662.360,00 |
| 2014 | Previsão | 62.057.521,01 | 7.141.230,85 | 12.368.779,80 |
| | Repassse | 55.068.287,97 | 7.141.230,85 | 12.368.779,80 |
| 2015 | Previsão | 74.430.000,00 | 8.852.288,28 | 8.075.919,34 |
| | Repassse | 70.417.029,71 | 8.852.288,28 | 8.075.919,34 |
| 2016 | Previsão | 110.000.000,00 | 7.643.197,61 | 13.575.303,26 |
| | Repassse | 103.621.406,00 | 7.643.197,61 | 13.575.303,26 |
| Total | Previsão | 374.141.669,29 | 25.783.480,59 | 45.351.032,40 |
| | Repassse | 339.182.167,24 | 25.783.480,59 | 45.351.032,40 |

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de informações preliminares da SESA-PR (2017).

Os dados da tabela 1 mostram que os repasses financeiros às instituições para custeio foram aumentando ano após ano. A previsão de repasse de 2011 até 2016 chegou ao montante de R\$ 374.141.669,29 e os valores de repasse foram aproximadamente de R\$ 339.182.167,24 levando em consideração apenas o período de 2011 a 2016 (desconsiderando os valores repassados durante o ano em exercício de 2017).

Os valores liberados e repassados para ampliação e melhoria da infraestrutura foram de aproximadamente R\$ 25.783.480,59. Os investimentos realizados pela SESA para equipamentos, medicamentos e outros às instituições inseridas nesta fase foram aproximadamente de R\$ 45.351.032,40.

Conforme observamos as informações pertinentes aos repasses financeiros para custeio às instituições inseridas na 1ª Fase do Programa HOSPSUS – Rede Mãe Paranaense foram apresentadas em sua totalidade com o Programa HOSPSUS – Rede Urgência e

Emergência. A durante os anos 2011, 2012, 2013 e 2014 não lançou os valores separadamente para as redes.

Em 2015 atendendo a uma solicitação do Tribunal de Contas do Estado (TCE) os valores começaram a ser lançados separadamente. A tabela 2 apresenta os valores repassados do programa HOSPSUS – Rede Mãe Paranaense (Fase 1).

Tabela 2 – Repasses Financeiros do Programa HOSPSUS - Rede Mãe Paranaense as Instituições Hospitalares Inseridas na Fase 1

| Ano | Recursos Financeiros | Custeio (R\$) | Infraestrutura (R\$) | Equipamentos E Outros (R\$) |
|--------------|----------------------|----------------------|----------------------|-----------------------------|
| 2011 | Previsão | Não informado | 0,00 | 730.000,00 |
| | Repasse | Não informado | 0,00 | 730.000,00 |
| 2012 | Previsão | Não informado | 544.920,62 | 489.000,00 |
| | Repasse | Não Informado | 544.920,62 | 489.000,00 |
| 2013 | Previsão | Não informado | 1.023.524,14 | 3.800.000,00 |
| | Repasse | Não informado | 1.023.524,14 | 3.800.000,00 |
| 2014 | Previsão | Não informado | 3.896.448,85 | 6.027.589,98 |
| | Repasse | Não informado | 3.896.448,85 | 6.027.589,98 |
| 2015 | Previsão | 16.960.000,00 | 6.808.468,75 | 4.840.358,26 |
| | Repasse | 16.208.666,65 | 6.808.468,75 | 4.840.358,26 |
| 2016 | Previsão | 20.240.000,00 | 4.741.253,90 | 8.355.753,43 |
| | Repasse | 19.681.765,64 | 4.741.253,90 | 8.355.753,43 |
| Total | Previsão | 37.200.000,00 | 17.014.616,26 | 24.242.701,67 |
| | Repasse | 35.890.432,29 | 17.014.616,26 | 24.242.271,67 |

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de informações preliminares da SESA-PR (2017)

As informações são referentes aos anos de 2015 a 2016. Durante esse período a previsão de repasse para custeio foi de R\$ 37.200.000,00 e o repasse efetivo foi de R\$ 35.890.432,29. Os repasses referentes ao ano de 2017 não foram inseridos nestes cálculos.

Os valores repassados às instituições inseridas na 1ª Fase do Programa HOSPSUS – Rede Mãe Paranaense para ampliação e melhoria da maternidade foram aproximadamente de R\$ 17.014.616,26 entre os anos de 2011 a 2016.

Para compra de equipamentos, medicamentos e outros a SESA repassou aproximadamente R\$ 24.242.701,67 entre os anos de 2011 a 2016 apenas para as instituições inseridas na 1ª Fase do Programa HOSPSUS – Rede Mãe Paranaense.

Para realização do estudo os hospitais foram selecionados a partir da observação de quatro fatores: a) ter sido contemplado pelo Programa; b) pela natureza jurídica (filantrópica); c) por apresentarem maior concentração de recursos humanos especializados e serviços mais complexos na área materna; d) pela capacidade resolutive de grande parte dos problemas em seu módulo regional relacionado à área materna.

A escolha de três casos semelhantes se deve ao interesse em avaliar o impacto da contratualização na melhoria das atividades técnicas e administrativas nas organizações hospitalares.

Os recursos financeiros repassados pela SESA às três organizações hospitalares participantes da pesquisa apresentam valores diferentes devido ao período de vigência do contrato inicial não ser coincidente e ao prazo de efetivação.

A seguir serão apresentados os valores correspondentes aos repasses de recursos financeiros destinados para custeio aos hospitais contratualizados. A tabela 3 apresenta a previsão de repasse de recursos para o período em exercício e o valor realmente repassado a cada hospital levando em consideração os descontos relacionados ao não cumprimento das instituições de alguns compromissos estabelecidos pela contratualização. Outra informação relevante está relacionada aos valores referentes à contratualização destinada ao custeio, observa-se que ocorre uma diferença dos valores repassados ao hospital A e relação aos hospitais B e C, no período de 2015. Segundo informações da própria SESA a diferença nos repasses ocorreu devido ao período de vigência contratual do Hospital A, sendo revisados seus valores no ano seguinte.

Tabela 3 – Incentivo Financeiro para Custeio – Programa HOSPSUS – Rede Mãe Paranaense (Fase 1) – hospitais em análise

| Repasse para Custeio | | | | |
|----------------------|----------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Ano | Recursos Financeiros | Hospital A | Hospital B | Hospital C |
| 2011 | Previsão | R\$ 160.000,00 | Não estava no programa | Não estava no programa |
| | Repasse | R\$ 160.000,00 | Não estava no programa | Não estava no programa |
| 2012 | Previsão | R\$ 480.000,00 | Não estava no programa | 440.000,00 |
| | Repasse | R\$ 480.000,00 | Não estava no programa | 409.060,00 |
| 2013 | Previsão | R\$ 480.000,00 | Não estava no programa | 480.000,00 |
| | Repasse | R\$ 402.133,28 | Não estava no programa | 430.700,12 |
| 2014 | Previsão | R\$ 480.000,00 | Não estava no programa | R\$ 480.000,00 |
| | Repasse | R\$ 439.111,10 | Não estava no programa | R\$ 408.110,88 |
| 2015 | Previsão | R\$ 480.000,00 | R\$ 800.000,00 | R\$ 960.000,00 |
| | Repasse | R\$ 456.888,76 | R\$ 790.400,00 | R\$ 888.000,00 |
| 2016 | Previsão | R\$ 1.200.000,00 | R\$ 1.200.000,00 | R\$ 1.200.000,00 |
| | Repasse | R\$ 966.777,78 | R\$ 982.666,65 | R\$ 1.052.666,64 |
| Total | Previsão | R\$ 3.280.000,00 | R\$ 2.000.000,00 | R\$ 3.560.000,00 |
| | Repasse | R\$ 2.904.910,92 | R\$ 1.773.066,65 | R\$ 3.188.537,64 |

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de informações preliminares da SESA-PR (2017).

Os repasses financeiros destinados à melhoria da estrutura atendem as especificidades e necessidades de cada instituição. Estas devem apresentar um projeto de viabilidade para que a SESA possa realizar uma avaliação comparando todos os pedidos encaminhados à Secretaria e os prioritários possam ser inseridos no orçamento de previsão do ano seguinte. Por meio das informações apresentadas pela SESA é possível verificar que o

hospital que mais recebeu recursos para ampliação e melhoria de sua estrutura física foi a instituição C - cabe reforçar que esta instituição foi a que mais encaminhou projetos à Secretaria e a única que está inserida em um município habilitado em Gestão Estadual, as demais estão inseridas em municípios de Gestão Plena.

Tabela 4 – Incentivo Financeiro para Estrutura – Programa HOSPSUS – Rede Mãe Paranaense (Fase 1) – hospitais em análise

| Repasse para ESTRUTURA | | | | |
|-------------------------------|-----------------------------|-------------------|------------------------|------------------------|
| Ano | Recursos Financeiros | Hospital A | Hospital B | Hospital C |
| 2011 | Previsão | R\$ 0,00 | Não estava no programa | Não estava no programa |
| | Repasse | R\$ 0,00 | Não estava no programa | Não estava no programa |
| 2012 | Previsão | R\$ 0,00 | Não estava no programa | R\$ 0,00 |
| | Repasse | R\$ 0,00 | Não estava no programa | R\$ 0,00 |
| 2013 | Previsão | R\$ 0,00 | Não estava no programa | 206.143,21 |
| | Repasse | R\$ 0,00 | Não estava no programa | 206.143,21 |
| 2014 | Previsão | R\$ 269.791,26 | Não estava no programa | 1.996.107,19 |
| | Repasse | R\$ 269.791,26 | Não estava no programa | 1.996.107,19 |
| 2015 | Previsão | R\$ 872.380,72 | R\$ 0,00 | 4.783.551,87 |
| | Repasse | R\$ 872.380,72 | R\$ 0,00 | 4.783.551,87 |
| 2016 | Previsão | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | 3.741.533,97 |
| | Repasse | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | 3.741.533,97 |
| Total | Previsão | R\$ 1.134.171,98 | R\$ 0,00 | R\$ 10.727.336,24 |
| | Repasse | R\$ 1.134.171,98 | R\$ 0,00 | R\$ 10.727.336,24 |

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de informações preliminares da SESA-PR (2017).

Os repasses financeiros para compras de equipamentos atendem a elaboração de projeto enviado à SESA via Regional de Saúde. Depois de avaliado pela SESA os recursos são liberados para as compras conforme urgência da necessidade de cada instituição, respeitando o enquadramento dentro das previsões de disponibilidade financeira da SESA para compra de equipamentos do ano.

Tabela 5 – Incentivo Financeiro para Equipamentos e outros – Programa HOSPSUS – Rede Mãe Paranaense (Fase 1) – hospitais em análise

| Repasse para EQUIPAMENTOS E OUTROS | | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------|------------------------|-------------------------|
| Ano | Recursos Financeiros | Hospital A | Hospital B | Hospital C |
| 2011 | Previsão | R\$ 0,00 | Não estava no programa | Não estava no programa |
| | Repasse | R\$ 0,00 | Não estava no programa | Não estava no programa |
| 2012 | Previsão | R\$ 0,00 | Não estava no programa | R\$ 0,00 |
| | Repasse | R\$ 0,00 | Não estava no programa | R\$ 0,00 |
| 2013 | Previsão | R\$ 800.000,00 | Não estava no programa | R\$ 670.000,00 |
| | Repasse | R\$ 800.000,00 | Não estava no programa | R\$ 670.000,00 |
| 2014 | Previsão | R\$ 1.120.000,00 | Não estava no programa | R\$ 305.000,00 |
| | Repasse | R\$ 1.120.000,00 | Não estava no programa | R\$ 305.000,00 |
| 2015 | Previsão | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| | Repasse | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| 2016 | Previsão | R\$ 1.000.000,00 | R\$ 312.629,83 | R\$ 65.507,12 |
| | Repasse | R\$ 1.000.000,00 | R\$ 312.629,83 | R\$ 65.507,12 |
| Total | Previsão | R\$ 2.920.000,00 | R\$ 312.629,83 | R\$ 1.040.507,12 |
| | Repasse | R\$ 2.920.000,00 | R\$ 312.629,83 | R\$ 1.040.507,12 |

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de informações preliminares da SESA-PR (2017).

O HOSPSUS – Rede Mãe Paranaense foi implantado para dar suporte ao atendimento de gestantes. O programa garante a referência para gestantes e crianças de risco em todas as regiões de saúde do Estado. A Rede Mãe Paranaense foi idealizada tendo como modelo a experiência realizada na cidade de Curitiba através do programa Mãe Curitibana, que auxiliou na redução dos indicadores de mortalidade materna e infantil com ações realizadas desde o pré-natal, atenção à criança e adequada atenção hospitalar (SESA-PR, 2014, p. 3).

O público alvo do Programa são as mulheres em idade fértil e crianças menores de um ano de idade. Com o objetivo de promover a redução da mortalidade materna e infantil, realiza o monitoramento de indicadores e parâmetros que expressam de forma aproximada a efetividade da assistência hospitalar. Os resultados se referem à efetividade da assistência hospitalar, entendida como o grau com que o cuidado hospitalar produz os resultados esperados dessas taxas.

Tabela 6 – Números de Óbitos e Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) – Brasil e Paraná

| BRASIL | ANOS | | | | | | |
|---------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------------------|
| | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
| Nº óbitos | 39.870 | 39.716 | 39.123 | 38.966 | 38.432 | 37.501 | 35.619 |
| Nascidos Vivos | 2.861.868 | 2.913.160 | 2.905.789 | 2.904.027 | 2.976.327 | 3.013.228 | Informações indisponíveis |
| Tx. Mort. Infantil | 13,93 | 13,63 | 13,46 | 13,42 | 12,91 | 12,44 | Informações indisponíveis |
| PARANÁ | ANOS | | | | | | |
| | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
| Nº óbitos | 1.840 | 1.781 | 1.796 | 1.705 | 1.791 | 1.758 | 1.617 |
| Nascidos Vivos | 152.051 | 152.902 | 153.945 | 155.758 | 159.891 | 160.391 | 154.907 |
| Tx. Mort. Infantil | 12,10 | 11,65 | 11,66 | 10,95 | 11,20 | 10,96 | 10,43 |

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de informações preliminares sujeito a possíveis alterações do DATASUS-SIM/SINASC/ SESA-PR-DVIEP/CEPI (2017).

Tabela 7 – Números de Óbitos e Taxa de Mortalidade Infantil no Paraná segundo macrorregiões de saúde

| Macrorregional de Saúde | | ANOS | | | | | | |
|-------------------------|-------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
| LESTE | Total - N° óbitos | 995 | 896 | 908 | 811 | 890 | 860 | 789 |
| | Nascidos Vivos | 77.638 | 77.717 | 78.642 | 78.974 | 80.570 | 80.878 | 77.023 |
| | TMI | 12,81 | 11,52 | 11,54 | 10,26 | 11,04 | 10,63 | 10,24 |
| OESTE | Total - N° óbitos | 300 | 310 | 311 | 342 | 348 | 321 | 299 |
| | Nascidos Vivos | 26.576 | 26.682 | 27.006 | 27.400 | 28.710 | 28.939 | 28.507 |
| | TMI | 11,29 | 11,61 | 11,51 | 12,48 | 12,12 | 11,09 | 10,48 |
| NOROESTE | Total - N° óbitos | 241 | 279 | 280 | 268 | 299 | 283 | 240 |
| | Nascidos Vivos | 22.881 | 23.462 | 23.347 | 24.047 | 24.763 | 25.143 | 24.298 |
| | TMI | 10,53 | 11,89 | 11,99 | 11,14 | 12,07 | 11,25 | 9,87 |
| NORTE | Total - N° óbitos | 304 | 296 | 297 | 285 | 253 | 294 | 281 |
| | Nascidos Vivos | 24.954 | 25.040 | 24.950 | 25.333 | 25.846 | 25.973 | 25.079 |
| | TMI | 12,18 | 11,82 | 11,90 | 11,25 | 9,78 | 11,32 | 11,20 |

Fonte: Tabela Elaborada pelo autor com informações preliminares sujeita a possíveis alterações DATASUS - SIM/SINASC/ SESA-PR-DVIEP/CEPI (2017).

Observando os dados sobre a mortalidade infantil e materna podemos afirmar que a contratualização do programa HOSPSUS – Rede Mãe Paranaense desde 2010 tem contribuído para a redução dos índices dessas taxas. Comparando com o ano 2010 podemos verificar que os índices de mortalidade materna também vêm apresentando melhoria, conforme tabelas 8 e 9 a seguir.

Tabela 8 – Números de Óbitos e Taxa de Mortalidade Materna (TMM)/100.000 (NV) Brasil e Paraná

| BRASIL | ANOS | | | | | | |
|----------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------------------|
| | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
| N° óbitos | 1.719 | 1.610 | 1.583 | 1.686 | 1.651 | 1.655 | 1484 |
| Nascidos Vivos | 2.861.868 | 2.913.160 | 2.905.789 | 2.904.027 | 2.976.327 | 3.013.228 | Informações indisponíveis |
| TMM | 60,07 | 55,27 | 54,48 | 58,06 | 55,47 | 54,92 | Informações indisponíveis |
| PARANÁ | ANOS | | | | | | |
| | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
| N° óbitos | 90 | 79 | 59 | 65 | 66 | 83 | 61 |
| Nascidos Vivos | 152.051 | 152.902 | 153.945 | 155.758 | 159.891 | 160.391 | 154.907 |
| TMM | 59,19 | 51,67 | 38,33 | 41,73 | 41,28 | 51,74 | 39,37 |

Fonte: Tabela Elaborada pelo autor com informações preliminares sujeita a possíveis alterações DATASUS - SIM/SINASC/ SESA-PR-DVIEP/CEPI (2017).

Tabela 9 – Números de Óbitos e Taxa de Mortalidade Materna/100.000 (NV) por Macrorregiões de Saúde do Paraná

| Macrorregional de Saúde | | ANOS | | | | | | |
|-------------------------|-------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
| LESTE | Total - N° óbitos | 39 | 37 | 34 | 28 | 37 | 28 | 18 |
| | Nascidos Vivos | 77.638 | 77.717 | 78.642 | 78.974 | 80.570 | 80.878 | 77.023 |
| | TMM | 50,23 | 47,61 | 43,23 | 35,45 | 45,92 | 34,62 | 23,36 |
| OESTE | Total - N° óbitos | 22 | 16 | 04 | 10 | 04 | 17 | 12 |
| | Nascidos Vivos | 26.576 | 26.682 | 27.006 | 27.400 | 28.710 | 28.939 | 28.507 |
| | TMM | 82,78 | 59,97 | 14,81 | 36,49 | 13,93 | 58,74 | 42,09 |
| NOROESTE | Total - N° óbitos | 17 | 12 | 13 | 14 | 11 | 19 | 09 |
| | Nascidos Vivos | 22.881 | 23.462 | 23.347 | 24.047 | 24.763 | 25.143 | 24.298 |
| | TMM | 74,30 | 51,15 | 55,68 | 58,22 | 44,42 | 75,56 | 37,04 |
| NORTE | Total - N° óbitos | 12 | 14 | 08 | 13 | 14 | 19 | 16 |
| | Nascidos Vivos | 24.954 | 25.040 | 24.950 | 25.333 | 25.846 | 25.973 | 25.079 |
| | TMM | 48,09 | 55,91 | 32,06 | 51,32 | 54,17 | 73,15 | 63,79 |

Fonte: Tabela Elaborada pelo autor com informações preliminares sujeita a possíveis alterações DATASUS-SIM/SINASC/SESA-PR-DVIEP/CEPI (2017)

A SESA além de monitorar a redução da mortalidade materna e infantil também acompanha outros indicadores relacionados ao desempenho das organizações hospitalares que se refletem na melhoria da qualidade do serviço prestado. Um dos indicadores monitorado se refere ao volume de partos e cesáreas - este item tem como finalidade promover discussões entre avaliados e avaliadores, tendo o propósito de estimular a redução desses números. A tabela 10 mostra os dados referentes aos procedimentos realizados pelas três instituições pesquisadas entre os anos de 2011 a 2016.

Tabela 10 – Procedimentos realizados pelos hospitais em análise no período de 2011 a 2016

| Instituições | Informações | ANO | | | | | |
|--------------|---------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
| Hospital A | N° de Partos Realizados | 1934 | 2018 | 2162 | 2010 | 2160 | 2099 |
| Hospital B | | 1062 | 1213 | 1183 | 1326 | 1360 | 1479 |
| Hospital C | | 1519 | 1495 | 1715 | 1914 | 1982 | 2149 |
| Hospital A | N° de Cesáreas Realizadas | 1333 | 1449 | 1586 | 1369 | 1315 | 1358 |
| Hospital B | | 505 | 668 | 602 | 658 | 651 | 825 |
| Hospital C | | 1070 | 1192 | 1378 | 1662 | 1716 | 1847 |
| Hospital A | Taxa Cesáreas % | 68,92 | 71,80 | 73,35 | 68,11 | 60,88 | 64,70 |
| Hospital B | | 47,55 | 55,07 | 50,89 | 49,63 | 47,87 | 55,78 |
| Hospital C | | 70,44 | 79,73 | 80,35 | 86,83 | 86,54 | 85,94 |

Fonte: Tabela elaborada pelo autor a partir de informações disponibilizadas pelos hospitais com dados sujeitos a possíveis alterações (2017).

Outro parâmetro acompanhado no âmbito do Programa HOSPSUS é a taxa de ocupação dos hospitais. A SESA estabelece que nos indicadores relativos à taxa de ocupação, as instituições devem:

“Considerar que Leito-dia é a unidade de medida que representa a disponibilidade de um leito hospitalar de internação por um dia hospitalar. Corresponde aos leitos operacionais ou disponíveis, incluindo os leitos extras com pacientes internados, o que significa que o número de leitos-dia pode variar de um dia para outro de acordo com o bloqueio e desbloqueio de leitos e com a utilização de leitos extras” (SESA-PR, 2011, p. 33).

A tabela 11 apresenta dados referentes aos indicadores taxa de ocupação, taxa de ocupação UTI - Adulto e taxa de ocupação UTI - Neonatal, e evidencia que o programa HOSPSUS vem conseguindo melhorar a taxa de ocupação das instituições. Também podemos observar pela tabela que entre os anos de 2011 e 2016 as taxas de ocupação UTI Adulto e UTI Neonatal apresentam oscilações, ficando evidente que o programa necessita estabelecer diretrizes e normas para a melhoria do acesso aos leitos hospitalares resolutivos.

Tabela 11 – Taxa de Ocupação das Instituições

| Instituições | Informações | Ano | | | | | |
|--------------|---------------------------------|-------|-------|--------|--------|--------|--------|
| | | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
| Hospital A | Taxa de Ocupação % | - | - | 73,52 | 80,37 | 72,48 | 81,73 |
| Hospital B | | - | - | 37,54 | 39,68 | 46,67 | 61,65 |
| Hospital C | | 73,92 | 74,74 | 74,21 | 79,87 | 81,36 | 76,17 |
| Hospital A | Taxa de Ocupação UTI Adulto % | - | - | 105,54 | 109,26 | 106,43 | 109,19 |
| Hospital B | | 64,66 | 68,39 | 77,53 | 82,14 | 92,58 | 80,55 |
| Hospital C | | 77,40 | 66,30 | 75,20 | 117,10 | 79,80 | 66,30 |
| Hospital A | Taxa de Ocupação UTI Neonatal % | - | - | 98,28 | 115,66 | 102,20 | 101,24 |
| Hospital B | | 55,92 | 51,50 | 52,27 | 71,51 | 67,81 | 69,48 |
| Hospital C | | 70,40 | 47,70 | 82,70 | 88,70 | 56,40 | 47,70 |

Fonte: Tabela elaborada pelo autor a partir de informações disponibilizadas pelos hospitais com dados sujeitos a possíveis alterações (2017).

O HOSPSUS também monitora os dados referentes ao tempo médio de permanência do paciente, conforme pode ser observado na tabela 12. O propósito desse monitoramento está em incentivar as instituições a reduzirem o tempo de permanência dos pacientes juntos aos hospitais e com isso propiciar uma redução no custo individual por paciente e proporcionar aumento da escala de atendimento, gerando benefícios para o hospital e a sociedade.

Tabela 12 – Tempo Médio de Permanência nos hospitais em análise

| Instituições | Informações | Ano | | | | | |
|--------------|--------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
| Hospital A | TMP Geral | 4,00 | 3,80 | 3,90 | 3,50 | 3,50 | 3,70 |
| Hospital B | | 2,22 | 2,33 | 2,33 | 2,38 | 2,89 | 2,72 |
| Hospital C | | 4,01 | 4,56 | 3,79 | 3,90 | 3,84 | 3,69 |
| Hospital A | TPM UTI - Adulto | - | - | 4,06 | 3,65 | 3,55 | 4,37 |
| Hospital B | | 2,65 | 3,29 | 2,49 | 2,20 | 3,89 | 2,09 |
| Hospital C | | 12,89 | 12,50 | 14,90 | 18,45 | 15,33 | 15,95 |
| Hospital A | TPM UTI - Neonatal | - | - | 12,09 | 14,71 | 9,53 | 8,57 |
| Hospital B | | 13,92 | 14,50 | 13,60 | 15,54 | 13,52 | 12,53 |
| Hospital C | | - | 13,41 | 6,76 | 6,31 | 6,21 | 7,71 |

Fonte: Tabela elaborada pelo autor a partir de informações disponibilizadas pelos hospitais com dados sujeitos as possíveis alterações. (2017).

Essas melhorias nos resultados aferidos pelos indicadores só foram possíveis devido ao aumento em 58% de leitos de UTIs e aos investimentos em recursos de capital e custeio, para os hospitais públicos e filantrópicos dentro do HOSPSUS, com a finalidade de qualificar o atendimento ao parto (SESA-PR, 2014).

Outro fator importante são os encontros do Mãe Paranaense para capacitação de agentes de saúde, médicos, enfermeiros, gestores e direção de hospitais. Ao todo a SESA realizou cinco encontros, até o momento.

No Mãe Paranaense, os comitês de governança macrorregionais, implantados inicialmente na Macrorregional de Saúde Noroeste (Maringá) e em seguida na Macrorregional Norte de Saúde (Londrina), permitem a participação de prestadores de serviços da área materno-infantil, gestores locais e do Estado, funcionários e profissionais que atuam na área. Nestes comitês se discutem as causas de morte e se analisa o desempenho do prestador de serviços. Em 2017 estes comitês também serão implantados nas macrorregionais Leste, que é a região de Curitiba e Oeste que é a região de Cascavel. Todas as informações apresentadas, incluindo as referentes aos repasses dos recursos financeiros aos hospitais que aderiram ao Programa, possibilitam compreender como se dá o funcionamento do HOSPSUS – Rede Mãe Paranaense.

O exame da Figura 2 possibilita entender que o modelo de contratualização de resultados apresentados pela SESA exigiu das instituições o cumprimento dos compromissos pactuados na assinatura do contrato. O programa HOSPSUS tem como características promover, através de seus objetivos estratégicos, a melhoria na gestão e nos processos internos das instituições contratualizadas e, como consequência, melhorar os resultados assistenciais para a sociedade.

A contratualização do HOSPSUS proporciona condições para que as organizações hospitalares adequem sua infraestrutura, possibilitando aumento do ganho de escala com ampliação dos números de leitos, principalmente de UTI Neonatal.

Quanto aos processos internos, a contratualização possibilita que as instituições hospitalares modelem suas áreas assistenciais e carteira de serviços ofertados de acordo com o que foi contratualizado, e estabelece a necessidade de desenvolverem estratégias que visem a segurança no trabalho organizando sua linha de cuidado para atenção materno, estruturando a criação e implantação de protocolos clínicos.

Dessa forma, a contratualização dos serviços de saúde HOSPSUS – Rede Mãe Paranaense vem influenciando o processo de mudanças no âmbito das organizações hospitalares, e se constitui numa forma de aprendizado mútuo, que tem como objetivo melhorar a resposta às necessidades e expectativas de saúde da população, por meio de uma prestação de serviço capaz de reduzir as taxas de mortalidade materno-infantil.

2 METODOLOGIA

2.1 Desenho da Pesquisa

Em áreas de investigação relativamente novas e consequentemente vagas, o pesquisador necessita explorar em profundidade as categorias selecionadas para proceder aos estudos acerca do fenômeno.

A investigação em questão caracteriza-se como exploratória e qualitativa. O estudo exploratório conduziu o desenvolvimento dos conceitos, e possibilitou estabelecer certas prioridades. O qualitativo permitiu empregar diferentes estratégias de investigação, métodos de coleta, análise e interpretação de dados.

Enquanto estudo empírico, esta pesquisa caracteriza-se como descritiva interpretativa, pois buscou observar, registrar, analisar os dados sem manipulá-los. Conhecer e interpretar a realidade sem nela interferir para modificá-la só foi possível por meio do Estudo de Casos Múltiplos.

Essa estratégia qualitativa foi utilizada para explorar cada um dos casos analisados para analisar o seguinte problema de pesquisa: **Como opera o modelo de contratualização para resultados estabelecido pela Secretaria de Saúde do Paraná junto às instituições hospitalares, para impulsionar as organizações à melhoria de suas atividades técnicas e administrativas?**

O problema de pesquisa foi construído em interação com a literatura disponível sobre o tema – especialmente voltada à contratualização de resultados com vistas à melhoria dos serviços públicos. A literatura contempla visões distintas sobre o tema, que de certa forma foram articuladas para constituir a hipótese central que orientou a pesquisa e que pode assim ser expressa:

“O Programa HOSPSUS buscou articular incentivos e mecanismos de controle, visando a melhoria de desempenho dos hospitais contratualizados. Durante a implementação do Programa, os atores desenvolveram outros mecanismos em paralelo, envolvendo aprendizagem mútua e cooperação. Assim, **a hipótese que norteia o presente estudo considera que o modelo de contratualização para resultados implementados pela SESA-PR combina dois grupos de mecanismos: controle e aprendizagem**”.

A escolha de uma abordagem qualitativa para a investigação desse problema apresenta-se adequada, tendo em vista a finalidade do estudo. Entender o contexto dos

participantes, por meio de pesquisa de campo, e pelo levantamento de informações pessoalmente, possibilitou compreender e analisar o contexto em que os participantes vivenciam a questão estudada.

A pesquisa empírica foi realizada em três hospitais de referência regionais localizados na macrorregião noroeste de saúde contemplados pelo programa HOSPSUS.

O propósito foi verificar de que forma o controle estabelecido pelo HOSPSUS influencia as organizações à melhoria de suas atividades. E de que forma os atores institucionais aprendem e adaptam seu comportamento às metas contratualizadas.

Esses objetivos levaram ao exame de outras questões que nortearam a pesquisa. São elas:

1. O modelo de contratualização adotado pela Secretaria do Estado do Paraná proporciona um controle das atividades desenvolvidas pelos contratados?
2. Este modelo de gestão para resultados interfere nas atividades técnicas e administrativas de forma que os atores aprendem e adaptam seu comportamento às metas contratualizadas?

O processo investigativo foi pouco a pouco sendo construído à medida que foi extraindo sentido e caracterizando o objeto de estudo – a implementação do Programa HOSPSUS. A busca de perspectivas e significados dos informantes que participaram da pesquisa se deu por meio dos relatos, dos depoimentos obtidos nas trinta entrevistas realizadas com participantes de quatro diferentes grupos. São eles: Representantes da Secretaria de Saúde do Paraná, Representantes das Regionais de Saúde, Representantes das Equipes Administrativas e Técnicas das instituições hospitalares (médicos e enfermeiros).

Os depoimentos foram importantes para a análise dos dados. Por meio de diferentes opiniões se buscou prestar atenção às particularidades de cada um dos casos.

Os fatos e os dados que emergiram do estudo qualitativo foram descritivos, analisados, registrados e interpretados sem a interferência do pesquisador. A finalidade foi examinar cada informação para dela extrair sentido e organizar em categorias que cobrem todas as fontes de dados.

Para analisar os dados o processo indutivo permitiu estabelecer um conjunto de categorias e subcategorias para facilitar a interpretação dos dados coletados no campo. Pois a ideia fundamental da pesquisa qualitativa é a de aprender sobre o problema com os participantes e lidar com a pesquisa de modo a obter informações significativas (PATTON, 2015).

As orientações teóricas em torno do problema estudado foram essenciais para poder identificar o contexto histórico, social e político que o envolve. Assim, foi possível fazer uma investigação interpretativa do que presenciei, ouvi e entendi. Por fim, desenvolvi um relato do problema investigado sob múltiplas perspectivas, identificando alguns fatores positivos e negativos que emergiram na fase avaliativa do objeto de estudo.

2.2 Etapas do Procedimento Qualitativo

Por ser a pesquisa qualitativa, uma pesquisa interpretativa, com o investigador envolvido em uma experiência sustentada com os participantes, a primeira estratégia envolve questões éticas.

Em relação a esse fato, foram apresentados os dados sobre a pesquisa para que os participantes pudessem conhecer o que se pretendia fazer com as informações obtidas de seus depoimentos (entrevistas) e esclarecer o quanto seria importante para o desenvolvimento do estudo.

2.2.1 Coleta de Dados

Os dados foram coletados no local em que os participantes vivenciam a questão em estudo. Essa forma de coleta de dados é uma característica importante da pesquisa qualitativa, pois no ambiente natural, os pesquisadores têm interações face a face no decorrer do tempo (CRESWELL, 2010).

Os dados foram coletados ao longo de um período determinado, pois o estudo trata de um corte transversal com perspectiva longitudinal. As informações foram coletadas por meio de entrevistas semiestruturadas, de documentos (do governo e dos hospitais) e do estabelecimento de um protocolo para o registro das informações.

A pesquisa se apoiou em dados primários e secundários. Os dados primários foram coletados pelo pesquisador por meio de entrevista não estruturada, realizada com base em algumas poucas questões abertas, dirigidas e aplicadas aos participantes do estudo. Todas as entrevistas foram conduzidas diretamente pelo pesquisador tendo sido gravadas em áudio com autorização prévia do entrevistado e transcritas.

A escolha dos entrevistados seguiu a abordagem da seleção intencional, consistindo na seleção estratégica de uma amostra rica de informações relevantes. Os participantes (intencionalmente selecionados) foram os que melhor puderam ajudar a entender o problema de pesquisa.

No caso em estudo, os dados secundários se constituíram de pesquisa bibliográfica e documental, obtidos por meio de literatura especializada sobre o tema, apoiada nos argumentos favoráveis às experiências de contratualização de resultados.

Assim, foram utilizadas quatro técnicas de produção de dados paralelas e complementares: análise documental, entrevistas semiestruturadas, consulta aos dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e a observação não participante.

Foram consultados os **documentos de governo** referentes ao Programa HOSPSUS e suas Resoluções: a) Resolução SESA nº 0172/2011 (referente à instituição do Programa pela Secretaria Estadual da Saúde do Paraná (SESA); b) Resolução SESA nº 0173/2011 (que dispõe sobre a Comissão Estadual de Acompanhamento e Avaliação do Programa HOSPSUS; c) Resolução SESA nº 0174/2011 (que dispõe sobre as Comissões Regionais de Acompanhamento e Avaliação do Programa – HOSPSUS); Resolução SESA nº 026/2013 (que aprova a implementação dos parâmetros e indicadores de Monitoramento e Avaliação do HOSPSUS); Resolução SESA nº 153/2016 (que altera a Resolução nº 172/2011 e dá outras providências); Informação nº 307/2016 – AJU/SESA; d) Manual HOSPSUS; e) Guia Rede Mãe Paranaense.

Nesses documentos e/ou instrumentos de gestão, no campo da saúde, foi especialmente analisada a relação contratual entre o núcleo estratégico (Secretaria de Estado) e as demais organizações.

Os **documentos dos hospitais** que foram examinados são os desenvolvidos e disponibilizados pelo Comitê Regional do HOSPSUS que emite parecer acerca dos relatórios que foram submetidos à aprovação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB-Regional). Além disso, foram levantados os documentos emitidos pelo sistema de informação e monitoramento do HOSPSUS, que são: Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES); Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS); Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS); Relatórios de acompanhamento da Coordenação do HOSPSUS; Relatórios das Centrais de Leitos Municipais e/ou estadual; Relatórios de outros sistemas de informações da saúde. Outra fonte de informação considerada de relevância foram os Contratos de Gestão pactuados entre a Secretaria de Saúde e as Instituições Hospitalares; publicações da Procuradoria Geral

do Estado (PGE) e do Tribunal de Contas do Estado (TCE) sobre o Programa e as Fichas de Avaliação e Atas de Reuniões.

A observação não participante serviu para reunir informações diversificadas sobre o Programa HOSPSUS. Frequentei as reuniões do Comitê de Avaliação do HOSPSUS – Rede Mãe Paranaense nas 11^a, 12^a e 14^a Regionais de Saúde, sem interagir com os representantes da Comissão avaliadora. Ao permanecer externo ao processo avaliativo tive um papel de espectador do objeto e pude apreender como se dá a avaliação.

A análise, a compreensão e a classificação desses documentos contribuíram para o entendimento do processo de mudança dos diferentes grupos participantes do estudo e possibilitou o entendimento das particularidades do comportamento desses grupos de atores.

2.2.2 Organização do Material Coletado na Pesquisa Documental

Primeiramente, foi realizada a organização do material, para tornar possível o exame do conjunto de documentos de forma analítica, buscando averiguar como poderia proceder para torná-lo inteligível, de acordo com o objetivo proposto na investigação.

Todos os documentos foram separados por estilo, ou seja, tipo de registro, como: documentos públicos e documentos dos hospitais. O critério estabelecido para tal organização foi a fonte documental.

Posteriormente, foram efetuadas as leituras e os fichamentos, contendo destaques de parte da publicação, além de algumas transcrições de trechos que poderiam ser utilizados na análise documental.

Organizar o material significou processar a leitura segundo critérios da análise de conteúdo, comportando algumas técnicas, tais como fichamento, levantamento (quantitativo e qualitativo) de termos e assuntos recorrentes, criação de códigos para facilitar o controle e manuseio.

Dessas ações, no estudo realizado, resultaram duas etapas. A primeira sintetizou a classificação realizada sobre todo o material obtido, seguindo a cronologia das publicações. A segunda conteve as temáticas que mais insistentemente ocuparam o universo dessa pesquisa.

Essas etapas constituíram um banco de dados de informações, cuja vantagem consistiu em poder separar a documentação, sem perder de vista a contextualização de toda a investigação.

Quadro 2 – Etapas da organização do material

| Tipo | Caracterização do Material | Tipo | Caracterização do Material |
|-----------------------|---|--------------------------|--|
| Documentos de Governo | Resolução SESA nº 0172/2011 Resolução SESA nº 0173 /2011 Resolução SESA nº 0174/2011 Resolução SESA nº 026/2013 Resolução SESA nº 153/2016 Informação nº 307/2016 – AJU/SESA Manual HOSPSUS Guia Rede Mãe Paranaense Acórdão 2868/2011 - SESA -Tribunal de Contas do Paraná Acórdão 2955/2012 - SESA -Tribunal de Contas do Paraná Acórdão 1777/2013 - SESA -Tribunal de Contas do Paraná Acórdão 2475/2014 - SESA -Tribunal de Contas do Paraná Relatório 2015 - SESA - Tribunal de Contas Paraná Relatório 2016/1º semestre - SESA - Tribunal de Contas Paraná. | Documentos dos Hospitais | Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES). Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS). Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS). DATASUS/SIM - Sistema Informação de Mortalidade DATASUS/SINASC - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos DVIEP/SESA-PR - Divisão de Informações Epidemiológicas CEPI/SESA-PR - Centro de Epidemiologia Relatórios de acompanhamento da Coordenação do HOSPSUS Relatórios das Centrais de Leitos Municipais e/ou estadual. Contratos de Gestão pactuados entre a Secretaria de Saúde e as Organizações Hospitalares. Fichas de Avaliação. Atas de Reuniões. |

Fonte: autor (2017).

Após a organização do material, foi possível estabelecer a análise documental, empregando técnicas usuais da análise de conteúdo para decifrar, em cada texto, o núcleo emergente que servisse ao propósito da pesquisa. Essa etapa consistiu num processo de codificação e interpretação das informações contidas nos documentos coletados.

2.2.3 Unidades de Análise

Segundo a Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, para garantir o acesso na média e alta complexidade, as regiões devem pactuar entre si arranjos interregionais. Macrorregiões deverão ter resolução para toda a média complexidade, e para a grande maioria dos serviços e procedimentos de alta complexidade.

Os critérios estabelecidos pela SESA-PR e expressos no Plano Diretor de Regionalização – PDR² justificam a escolha da Macrorregião Noroeste e das Regionais de Saúde que fizeram parte do estudo.

Para a definição da Macrorregional (Noroeste) foi levada em conta a existência de Regionais de Saúde que apresentam características semelhantes como: número populacional, números de cidades atendidas pelas regionais e capacidade para ofertar serviços de média e alta complexidade, relacionados ao programa Rede Mãe Paranaense.

Para o estudo empírico, as unidades de análise são representadas pelos hospitais filantrópicos inseridos ao programa HOSPSUS, especificamente os que se encontram lotados nas 11^a, 12^a e 14^a Regionais de Saúde da Macrorregional Noroeste do Paraná, por observar a existência de alguns fatores semelhantes considerados relevantes para o exame do problema proposto neste estudo, como: número de municípios e população atendida pelos (hospitais), números de leitos e UTI disponibilizados, concentração dos recursos assistenciais de densidade tecnológica. São eles: Santa Casa de Misericórdia de Campo Mourão, Associação Beneficente de Saúde do Noroeste do Paraná – NOROSPAR e a Santa Casa de Paranavaí.

O Hospital Santa Casa de Misericórdia de Campo Mourão é uma entidade filantrópica que presta serviços médico-hospitalares fundada em 1955 com o nome de Associação Beneficente Santa Casa localizada na Macrorregional Noroeste de Saúde do Paraná pertencente à 11^a Regional de Campo Mourão, situado na Rodovia PR 558 – Km 05.

Conta com uma equipe administrativa e um corpo clínico formado por enfermeiras(os), fonoaudióloga, fisioterapeutas, auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem, nutricionista, farmacêutica.

A instituição oferece serviços médico-hospitalares em pediatria, ortopedia, maternidade, partos de alto risco, UTI adulto, UTI pediátrica, UTI Neonatal. Conta com um

² 1. Ser o município sede da regional como referência para o cuidado e atenção à saúde para os procedimentos não realizados nas microrregiões de sua área de abrangência por excederem a capacidade instalada e/ou complexidade de serviços, considerados de média e alta complexidade; 2. Atender urgências e emergências de acordo com as respectivas complexidades e grau de competência; 3. Ofertar, além dos serviços disponíveis nas microrregiões de sua área de abrangência, algumas especialidades.

centro cirúrgico com 08 salas cirúrgicas, internações clínicas, internações cirúrgicas, exames laboratoriais, Raios-X, ultrassom e farmácia. Também oferece serviço de alta complexidade na área oncológica.

O Hospital Santa Casa de Misericórdia é credenciado para captação múltipla de órgão e recentemente foi credenciada pelo Ministério da Saúde para ofertar residência médica em cinco áreas: Anestesiologia, Cirúrgica Geral, Ginecologia e Obstetrícia, Medicina de Família e Comunidade e Pediatria.

Atualmente conta com 153 leitos destes 138 são exclusivos para atendimento do SUS e uma equipe de aproximadamente de 450 pessoas, está inserido no Programa HOSPSUS – Rede Mãe Paranaense e Urgência e Emergência. É referência no atendimento de gestante de risco habitual para o município de Campo Mourão. É referência no atendimento de pacientes de risco intermediário para os seguintes municípios: Luiziana, Iretama, Roncador e para o atendimento dos casos de alta complexidade é referência para os 25 municípios inseridos na 11ª regional de saúde contemplando uma área populacional de aproximadamente 332.686 mil habitantes conforme dados do PDR – Plano Diretor de Regionalização da SESA-PR (2015).

Tabela 13 – População da 11ª Regional de Saúde do Paraná

| Municípios | IBGE 2012 |
|-----------------------|----------------|
| Altamira do Paraná | 4.306 |
| Araruna | 13.367 |
| Barbosa Ferraz | 12.466 |
| Boa Esperança | 4.568 |
| Campina da Lagoa | 15.386 |
| Campo Mourão | 86.550 |
| Corumbataí do Sul | 3.986 |
| Engenheiro Beltrão | 13.815 |
| Farol | 3.463 |
| Fênix | 4.764 |
| Goioerê | 29.016 |
| Iretama | 10.440 |
| Janiópolis | 6.536 |
| Juranda | 7.641 |
| Luiziana | 7.300 |
| Mamborê | 13.940 |
| Moreira Sales | 12.606 |
| Nova Cantú | 7.425 |
| Peabiru | 13.597 |
| Quarto Centenário | 4.856 |
| Quinta do Sol | 5.033 |
| Rancho Alegre D'Oeste | 2.844 |
| Roncador | 11.526 |
| Terra Boa | 15.708 |
| Ubiratã | 21.547 |
| TOTAL | 332.686 |

Fonte: Elaborado pelo autor a partir do Plano Diretor de Regionalização – SESA-PR (2015)

Quadro 3 – Hospital Santa Casa de Misericórdia de Campo Mourão - Paraná

| Hospital | Características | Informação |
|---|--|--------------------|
| Santa Casa de Misericórdia Campo Mourão | Localização da Instituição | Campo Mourão |
| | População da Cidade | 86.550 Habitantes |
| | Número de Cidades Atendidas pela Instituição | 25 Municípios |
| | População da Regional de Saúde Atendida pela Instituição | 332.686 Habitantes |
| | Número Geral de colaboradores | 453 |
| | Número de Técnicos Administrativos da Instituição | 34 |
| | Número de Médicos que trabalham na Instituição | Não Informado |
| | Números de Geral de Leitos da Instituição | 153 |
| | Números de Leitos da Instituição – SUS | 138 |
| | Números de Leitos da UTI – Adulto | 10 |
| | Números de Leitos da UTI – Neonatal | 05 |
| | Números de Leitos da UTI – Pediatria | 03 |

Fonte: Quadro elaborado pelo autor a partir de informações da instituição (2017).

Atualmente a Associação Beneficente de Saúde do Noroeste do Paraná – NOROSPAR conhecida como Hospital NOROSPAR foi fundada em 1970 com o nome Hospital São Paulo. Está localizada na cidade de Umuarama e inserida na Macrorregional Noroeste de Saúde do Paraná pertencente à 12ª Regional de Saúde.

Está inserida no Programa HOSPSUS – Rede Mãe Paranaense e Urgência e Emergência. É referência no atendimento de gestantes de risco habitual para 13 municípios: Esperança Nova, Alto Piquiri, Alto Paraíso, Brasilândia do Sul, Douradina, Icaraíma, Ivaté, Perobal, Maria Helena, Pérola, Tapira, Umuarama, Xambrê e referência no atendimento de média e alta complexidade para os 21 municípios que integram a Regional de Saúde e mais 11³ municípios da 13ª Regional de Saúde no atendimento de partos de alta complexidade. A instituição atua em uma área populacional de aproximadamente 405.609 mil habitantes (PDR/SESA-PR, 2015).

O hospital NOROSPAR tem uma equipe médica especializada com mais de 100 médicos no corpo clínico, conta com aproximadamente 260 colaboradores diretos e equipes de apoio. Com uma estrutura de 5.000 m², 113 leitos dos quais 87 são exclusivos para o atendimento do SUS, possui equipamentos de referência em imagem com tomografia computadorizada, centro de endoscopia, ultrassonografia, radiologia e vídeo cirurgia. A NOROSPAR é credenciada pelo MEC – Ministério da Educação para ofertar residência médica em pediatria, anestesiologia, ginecologia e obstetrícia, cirurgia geral, neonatologia e medicina de família e comunidade.

É referência em UTI Adulto, UTI Neonatal e UTI Pediátrica, com leitos de alta resolutividade para toda região e Central de Regulação de Leitos, com atendimento médio de

³ Cianorte, Cidade Gaúcha, Guaporema, Indianópolis, Japurá, Jussara, São Manoel do Paraná, São Tomé, Tapejara, Tuneiras do Oeste.

80% SUS em internamentos e 90% em atendimento de Pronto Socorro, e referência em Neurocirurgia em alta complexidade para as regionais de Umuarama, Cianorte, Campo Mourão e Paranavaí, totalizando mais de um milhão de habitantes.

Tabela 14 – População da 12ª Regional de Saúde do Paraná

| Municípios | IBGE 2012 |
|-------------------------|------------------|
| Alto Paraíso (1) | 3.206 |
| Alto Piquiri | 10.052 |
| Altônia | 20.508 |
| Brasilândia do Sul | 3.186 |
| Cafezal do Sul | 4.279 |
| Cruzeiro do Oeste | 20.407 |
| Douradina | 7.393 |
| Esperança Nova | 1.970 |
| Francisco Alves | 6.420 |
| Icaraíma | 8.835 |
| Iporã | 14.836 |
| Ivaté | 7.473 |
| Maria Helena | 5.956 |
| Mariluz | 10.224 |
| Nova Olímpia | 5.481 |
| Perobal | 5.621 |
| Pérola | 10.206 |
| São Jorge do Patrocínio | 6.030 |
| Tapira | 5.830 |
| Umuarama | 100.025 |
| Xambrê | 5.982 |
| TOTAL | 263.920 |

Fonte: Elaborado pelo autor a partir do Plano Diretor de Regionalização – SESA-PR 2015.

Quadro 4 – Hospital NOROSPAR – Umuarama-PR

| Hospital | Características | Informação |
|----------------------|--|--------------------|
| Hospital NOROSPAR | Localização da Instituição | Umuarama |
| | População da Cidade | 100.025 Habitantes |
| | Número de Cidades Atendidas pela Instituição | 21 Municípios |
| | População da Regional de Saúde Atendida pela Instituição | 263.920 Habitantes |
| | Número Geral de colaboradores | 262 |
| | Número de Técnicos Administrativos da Instituição | 12 |
| | Número de Médicos que trabalham na Instituição | 100 |
| | Números de Geral de Leitos da Instituição | 113 |
| | Números de Leitos da Instituição - SUS | 87 |
| | Números de Leitos da UTI - Adulto | 10 |
| | Números de Leitos da UTI - Neonatal | 10 |
| | Números de Leitos da UTI - Pediatria | 02 |

Fonte: Quadro elaborado pelo autor a partir de informações da instituição (2017).

A Santa Casa de Paranavaí está inserida na Macrorregional Noroeste de Saúde do Paraná pertencente à 14ª Regional Saúde de Paranavaí. É uma instituição civil de direito

privado, sem fins lucrativos, de caráter filantrópico e beneficente de assistência social e de saúde.

Inserida no Programa HOSPSUS – Rede Mãe Paranaense e Urgência e Emergência é referência no atendimento de partos de risco habitual para 09 municípios (Diamante do Norte, Guairaça, Paranapoema, Paranaíba, Planaltina do PR, Santo Antônio do Caiuá, São João do Caiuá, Tamboara, Inajá). Referência no atendimento de gestantes de risco intermediário e alta complexidade para os 28 municípios que integram a 14ª Regional de Saúde com uma população de aproximadamente 259.061 mil habitantes (PDR/SESA-PR, 2015).

Recebe pacientes de outras regionais via Central de Leitos do Estado. Dentre os avanços recentes do Hospital, destacam-se a nova instalação da Pediatria, UTI Neonatal e Pediátrica, Laboratório de Análises Clínicas, Posto de Coleta e Centro Macrorregional de Oftalmologia, além de Unidades de Terapia Intensiva Adulta e Neo Pediátrica.

Conta com o programa de Residência Médica desde 2013, conforme autorização da CNRN – Comissão Nacional de Residência Médica em seis especialidades: Anestesiologia, Clínica Médica, Cirurgia Geral, Ginecologia, Oftalmologia, Pediatra.

A instituição serve de campo de estágio para estudantes de Paranaíba, nas áreas de Enfermagem, Técnico em Enfermagem, Técnico em Radiologia, Farmácia e Serviço Social. Recebe alunos de diversas instituições de ensino entre elas: UNESPAR – Universidade Estadual do Paraná, UNIPAR – Universidade Paranaense, SENAC – Serviços Nacional de Aprendizagem Comercial e 14ª Regional de Saúde.

Tabela 15 – População da 14ª Regional de Saúde do Paraná

| Municípios | IBGE/2012 |
|----------------------|------------------|
| Alto Paraná | 13.638 |
| Amaropã | 5.424 |
| Cruzeiro do Sul | 4.563 |
| Diamante do Norte | 5.485 |
| Guairaça | 6.151 |
| Inajá | 2.988 |
| Itaúna do Sul | 3.566 |
| Jardim Olinda | 1.409 |
| Loanda | 20.915 |
| Marilena 6.817 | 6.817 |
| Mirador 2.327 | 2.327 |
| Nova Aliança do Ivaí | 1.429 |
| Nova Londrina | 12.811 |
| Paraíso do Norte | 11.738 |
| Paranapoema | 2.791 |
| Paranaíba | 81.484 |
| Planaltina do Paraná | 4.085 |
| Porto Rico | 2.519 |
| Querência do Norte | 11.639 |

| Municípios | IBGE/2012 |
|-----------------------------|------------------|
| Santa Cruz de Monte Castelo | 8.009 |
| Santa Isabel do Ivaí | 8.675 |
| Santa Mônica | 3.547 |
| Santo Antônio do Caiuá | 2.719 |
| São Carlos do Ivaí | 6.337 |
| São João do Caiuá | 5906 |
| São Pedro do Paraná | 2.479 |
| Tamboara | 4.619 |
| Terra Rica | 14.991 |
| TOTAL | 259.061 |

Fonte: Elaborado pelo autor a partir do Plano Diretor de Regionalização – SESA-PR 2015.

Quadro 5 – Hospital Santa Casa de Paranavaí

| Hospital | Características | Informação |
|--------------------------------|--|--------------------|
| Santa Casa de Paranavaí | Localização da Instituição | Paranavaí |
| | População da Cidade | 81.484 habitantes |
| | Número de Cidades Atendidas pela Instituição | 28 Municípios |
| | População da Regional de Saúde Atendida pela Instituição | 259.061 habitantes |
| | Número Geral de colaboradores | 550 |
| | Número de Técnicos Administrativos da Instituição | Não Informado |
| | Número de Médicos que trabalham na Instituição | Não Informado |
| | Números de Enfermeiros que trabalham na Instituição | Não Informado |
| | Números de Geral de Leitos da Instituição | 172 |
| | Números de Leitos da Instituição - SUS | 128 |
| | Números de Leitos da UTI - Adulto | 10 |
| | Números de Leitos da UTI - Neonatal | 10 |
| | Números de Leitos da UTI - Pediatria | 02 |

Fonte: elaborado pelo autor a partir de informações da instituição (2017).

Um aspecto que orientou a escolha dos casos, diz respeito à delimitação de tempo para definir o começo e o fim do caso. Optou-se por estudar o período de 2011 a 2016 dado que o interesse do estudo foi compreender o fenômeno contemporâneo em toda sua complexidade, tendo acesso à percepção dos gestores sobre o modelo de gestão utilizado nas instituições hospitalares participantes do estudo.

A partir do reconhecimento do universo de hospitais macrorregionais contemplados pelo HOSPSUS, de sua distribuição segundo regionalização no Paraná e da caracterização básica dos hospitais (porte, natureza jurídica e nível de gestão) seguiu-se com a aplicação dos critérios de escolha dos casos e sua seleção.

Os três hospitais de referência regional garantem um número de casos cujas evidências trazem maior robustez à pesquisa, seja pela sua representatividade no universo de hospitais do módulo regional; seja pela inclusão desta macrorregião de saúde e ainda pela garantia da constituição de subgrupos para análises comparativas: os três são instituições públicas e filantrópicas.

2.2.4 Os Atores Entrevistados

Participaram da pesquisa os atores que puderam fornecer informações relevantes sobre o programa HOSPSUS. Foram realizadas 30 entrevistas, sendo que em um dado momento havia mais dois participantes.

Quadro 6 – Atores entrevistados

| Atores | Nº de Entrevistados |
|--------------------------------|----------------------------|
| Secretaria Estadual de Saúde | 4 |
| Regionais de Saúde | 5 |
| Representantes Administrativos | 8 |
| Representantes Técnicos | 13 |
| Total de entrevistados | 30 |

Fonte: o autor (2017)

A escolha destes atores como participantes do estudo obedeceu alguns critérios como: estão diretamente ligados ao Programa HOSPSUS pela função exercida e/ou cargo ocupado e pela responsabilidade frente ao Programa e às organizações hospitalares.

Os representantes das Regionais de Saúde são os responsáveis pela condução das normas e diretrizes de implantação e controle do programa. São os que puderam detalhar o processo de implantação do programa. Os representantes administrativos das organizações hospitalares são os que puderam analisar o programa de forma mais ampliada em relação às organizações hospitalares. Os responsáveis técnicos dos hospitais (médicos e enfermeiros) são aqueles que puderam detalhar os aspectos relacionados à assistência de qualificação oferecida pelos hospitais.

2.2.5 Análise dos Dados

Utilizando as recomendações de Patton (2015), os dados foram organizados e sistematizados para analisar o problema e examinar os casos selecionados.

A técnica utilizada para a análise dos dados desta pesquisa foi a análise de conteúdo. Para Bardin (2009, p. 42), o termo “análise de conteúdo” pode ser definido como:

“[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos

relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”.

Com o tratamento dos resultados obtidos, conseguiram-se resultados significativos e válidos, que permitiram a proposição de inferências e realização de interpretações acerca dos objetivos previstos.

Dentre as técnicas utilizadas na análise de conteúdo (análise categorial, análise de avaliação, análise da enunciação, análise da expressão, análise das relações e análise do discurso), para a condução desta pesquisa, utilizou-se a técnica de análise categorial.

A análise categorial de conteúdo é uma operação de classificação de unidades (de registro e de contexto) constitutivos do texto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento analógico em categorias, com os critérios previamente definidos (BARDIN, 2009).

O sistema de categorias, produzido pela análise qualitativa de conteúdo das entrevistas desta pesquisa, foi sendo estruturado de acordo com a classificação dos elementos, com base no roteiro de entrevista utilizado.

Os dados coletados nas entrevistas facilitaram a identificação de outros termos que também são interpretados com base no referencial teórico. Estes termos são tratados dentro das categorias *Controle* e *Aprendizagem*. Para o entendimento da categoria *Controle* foram examinados: monitoramento e avaliação desempenho. Para o entendimento da categoria *Aprendizagem* foram examinados: mudança cultural, governança da rede e capacitação profissional.

As categorias *Controle* e *Aprendizagem* foram analisadas levando em conta as quatro perspectivas apresentadas no BSC por Kaplan e Norton (1992; 1996). As quatro perspectivas propostas no modelo BSC, por ter seu próprio e distinto conjunto de medidas de *performance*, e estar de acordo com as características e necessidades de cada organização, foram utilizadas na análise dos casos como medidas que nos proporcionam condições para refletir e materializar a missão e estratégia de cada uma das organizações estudadas.

Quadro 7 – O Controle e a Aprendizagem nas perspectivas do BSC

| Perspectivas BSC - Perspectiva Financeira, Gestão: aprendizagem e crescimento, Processos Internos e Resultado para a Sociedade | |
|--|--------------------------|
| Controle | Aprendizagem |
| Subcategorias | Subcategorias |
| Monitoramento/Avaliação de desempenho | Mudança Cultural |
| | Governança da rede |
| | Capacitação profissional |

Fonte: Elaborado pelo autor (2017).

2.2.6 Coleta de Dados Iniciais para a Pré-análise

Para dar início à construção desta tese, foi necessário realizar uma entrevista informal com uma representante da Regional de Saúde de Campo Mourão-PR, para levantar algumas informações sobre o programa HOSPSUS na 11ª Regional.

Os dados e as informações obtidos nesta primeira etapa da pesquisa foram relevantes para desencadear as reflexões que fundamentaram o exame dos casos e foram úteis para a realização das análises que envolveram o problema aqui examinado.

As questões elaboradas para a realização da entrevista (Apêndice I, II, III) seguiram algumas orientações provenientes do exame do Manual do HOSPSUS e das Atas de Avaliação e de Reuniões das organizações hospitalares.

O acordo de resultados inclui metas e compromissos. O exame do Manual do HOSPSUS, dos contratos e das fichas de avaliação possibilitou a identificação de compromissos e metas estabelecidas pelo programa.

Os compromissos firmados estabelecem que à SESA compete: a) realizar os repasses de recursos mensalmente; b) monitorar e avaliar o contratado conforme parâmetros de pontuação estabelecidos meio da Resolução da SESA Programa HOSPSUS; c) integrar/vincular os diversos pontos de atenção voltados para o atendimento materno-infantil; d) desenvolver e implementar ações para capacitação do corpo gerencial e técnico dos hospitais (SESA-PR, 2014).

Agora em relação às obrigações e compromissos assumidos pelos hospitais contratados além de prestar atendimento ambulatorial e/ou hospitalar 24 horas, devem: cumprir as metas firmadas com a SESA; fornecer à Comissão de Acompanhamento todos os documentos e informações necessárias aos cumprimentos de suas finalidades; manter atualizado o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) e alimentar regularmente os sistemas de informações do SUS; manter o número de leitos cadastrados no CNES na data de inclusão do Programa; implantar protocolos clínicos; manter formalmente constituída e em funcionamento as comissões exigidas no processo de avaliação; desenvolver e manter programa que abranja a política nacional de humanização; pactuar com os gestores municipal e estadual os mecanismos de vinculação na(s) rede(s) de atenção à saúde, para atendimento à população em sua Região de Saúde; garantir a integração do hospital com a APS, apoiando as ações desenvolvidas pelas equipes, viabilizando a integralidade do cuidado; manter sob a regulação estadual a totalidade dos serviços contratados, de acordo com as normas operacionais vigentes no SUS; participar das ações de qualificação para a gestão

hospitalar estabelecidas pelo HOSPSUS quando disponibilizadas pela Secretaria de Saúde (SESA-PR, 2014).

As metas foram identificadas como sendo os indicadores acompanhados e supervisionados pelas Comissões de Avaliação e que não interfere nos repasses de recursos financeiros junto às instituições. São eles: taxas de cesáreas; tempo médio de permanência; taxa de ocupação; números de partos realizados.

O exame das Atas de Reuniões e Fichas de Avaliação das organizações hospitalares mostrou que compromissos são mais priorizados do que metas.

2.2.7 Dificuldades Encontradas

A pesquisa em saúde vem recebendo crescente interesse quanto à utilização de métodos qualitativos e seus instrumentos aplicados pelas ciências sociais. Isso se deve em particular pela importância dada à dimensão qualitativa da prestação dos serviços assistenciais oferecidos aos cidadãos, colocando, a necessidade de se introduzirem instrumentos de pesquisa e avaliação voltados à valorização do ponto de vista dos usuários.

Com a utilização do método qualitativo e seus instrumentos, encontrei dificuldades para analisar as informações obtidas pela técnica da observação não participante. Esse método possibilitou coletar informações sobre as causas geradoras dos comportamentos dos participantes da pesquisa e ter acesso a dados potencialmente importantes e úteis. Por outro lado, a análise e interpretação dos dados tornaram-se mais complexas; e me levaram a perder a objetividade.

Para corrigir essa falha, fiz anotações e estruturei algumas categorias que julguei ser significativas para a pesquisa, e segui um roteiro para realizar a observação do objeto empírico em outras duas reuniões junto à Regional de Saúde.

Enfim, as dificuldades da pesquisa recaem sobre duas das técnicas selecionadas, sendo: observação não participante e entrevistas. Sobre a observação não participante a atenção do pesquisador é/ou pode ser desviada; o registro das observações depende da memória do investigador; dá ampla margem à interpretação subjetiva e parcial do fenômeno estudado. Apesar dessa desvantagem, existem algumas vantagens: favoreceu a construção de hipóteses acerca do problema de pesquisa e facilitou a obtenção de dados sem produzir receio nas instituições que estão sendo estudadas.

Outras dificuldades desta pesquisa estão relacionadas com a necessidade de pedir autorização formal à Secretaria de Saúde, deslocar-se a Curitiba, esperar os prazos de resposta e com a obtenção de dados que não estão disponíveis para consulta em meio eletrônico. Para obter esses dados dependemos de outras pessoas, e as informações chegaram incompletas devido a SESA não possuir um sistema de informação interligado, dificultando a análise e o tratamento dos mesmos. A maior dificuldade foi em realizar as entrevistas. Esta etapa teve início em julho de 2016 e somente foi finalizada em abril de 2017. Foram trinta entrevistas, todas agendadas segundo a disponibilidade dos participantes.

2.3 Síntese dos Procedimentos Metodológicos Adotados

Para examinar o problema proposto nessa pesquisa o estudo foi estruturado levando-se em conta os procedimentos metodológicos em torno do: problema de pesquisa, objetivos geral e específicos, das questões norteadoras de pesquisa, da coleta de dados e da análise dos dados, como mostra o quadro 8 a seguir.

Quadro 8 – Síntese dos procedimentos metodológicos adotados

| PROBLEMA DE PESQUISA | | |
|---|---------------------------------|-------------------------------|
| Como opera o modelo de contratualização para resultados estabelecido pela Secretaria de Saúde do Paraná junto às organizações hospitalares, para impulsionar as organizações à melhoria de suas atividades técnicas e administrativas? | | |
| OBJETIVO GERAL | | |
| Analisar o modelo de contratualização para resultados estabelecidos pela Secretaria de Saúde do Paraná junto às organizações hospitalares, destacando os mecanismos por meio dos quais opera, bem como as respostas dos atores técnicos e administrativos das organizações hospitalares. | | |
| OBJETIVOS ESPECÍFICOS | | |
| <ul style="list-style-type: none"> – Verificar de que forma o controle estabelecido pelo Programa HOSPSUS influencia as organizações à melhoria de suas atividades. – Verificar de que forma os atores institucionais aprendem e adaptam seu comportamento às metas contratualizadas. | | |
| QUESTÕES NORTEADORAS DE PESQUISA | | |
| <ul style="list-style-type: none"> – O modelo de contratualização adotado pela Secretaria de Saúde do Paraná proporciona um controle das atividades desenvolvidas pelos contratados? – Este modelo de gestão para resultados interfere nas atividades técnicas e administrativas de forma a que os atores aprendem e adaptam seu comportamento às metas contratualizadas? | | |
| COLETAS DE DADOS | | |
| – Pesquisa Documental. | – Entrevistas semiestruturadas. | – Observação não participante |
| ANÁLISE DE DADOS | | |
| Os dados coletados foram analisados seguindo os procedimentos de uma análise qualitativa. O material coletado foi analisado passo a passo, dividindo o conteúdo do material de forma que somente o conteúdo essencial fosse interpretado. Este recorte do material teve por objetivo avaliar as informações com base nos critérios estabelecidos nos procedimentos metodológicos, e que foram indispensáveis para dar resposta ao problema. | | |

Fonte: Elaborado pelo autor (2017).

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Nova Gestão Pública e Contratualização de Resultados

Estudos sobre o New Public Management (NPM) realizados por Hood (1991) têm demonstrado que a crise econômica mundial da década de 1970 e o processo de democratização da década de 1980 aumentaram a responsabilidade do Estado face às demandas sociais e econômicas, apontando, desde então, o surgimento da Nova Gestão Pública como tentativa de superar questões relativas tanto à gestão tradicional, quanto ao gerencialismo clássico. Assim, no contexto do debate sobre a crise da administração pública, a Nova Gestão Pública (NGP) se afirma como um novo paradigma nos anos de 1990.

O NPM emergiu no Reino Unido em 1979, com Margareth Thatcher à frente do governo, tendo também influenciado outros países como Suécia e Nova Zelândia (HOOD 1991), e tendo sido exportada para outros países europeus e fora do continente como Austrália, os Estados Unidos; chega ao Brasil em 1995, por meio da proposta de reforma administrativa elaborada pelo MARE Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (BRESSER-PEREIRA, 2010).

Conforme Bresser Pereira (1997), na Grã-Bretanha o NPM foi aplicado ao serviço público, e levou a uma reforma administrativa profunda e bem sucedida, na qual uma série de programas (“Unidades de Eficiência” ou Efficiency Units, que envolvia a avaliação dos custos de cada órgão do Estado; “Próximos Passos” ou Next Steps, que introduziu as agências executivas; e o programa “Garantias ao Cidadão” Citizens’Chart) contribuíram para tornar o serviço público mais flexível, descentralizado, eficiente e orientado para o cidadão. Assim, o serviço público britânico tradicional perdeu os traços burocráticos e adquiriu características gerenciais.

Reformas semelhantes ocorreram na Nova Zelândia, na Austrália e na Suécia, sob governos, durante a maior parte do tempo, social democratas.

Nos EUA, segundo Osborne e Gaebler (1992), as reformas administrativas se originaram nas administrações municipais e estaduais. Em 1992, a meta de reformar a administração pública federal norte-americana por critérios gerenciais, estabelecida pelo Presidente Clinton, transformou a ideia de “reinventar o governo” em programa de governo: a “Revisão Nacional do Desempenho” (National Performance Review). Na França, reformas na

mesma direção começaram em 1989, mas foram em seguida abandonadas e só retomadas alguns anos mais tarde.

O NPM supõe uma significativa mudança de perspectiva sobre a maneira de alcançar resultados no âmbito público. Para melhorar os resultados obtidos com as ações do Estado, verifica-se nesse modelo uma gestão pública com as seguintes características: ideias derivadas das experiências da iniciativa privada; contratos de gestão entre unidades; avaliação de desempenho; ênfase em resultados; redução do poder da burocracia; foco na eficiência; busca de mecanismos regulatórios; introdução sistemática de conceitos de produtividade, flexibilidade, competitividade administrada, participação dos agentes sociais e controle dos resultados; foco no cidadão, orçamento e avaliação por resultados e *performance*; fortalecimento e aumento da autonomia da burocracia; descentralização na formulação e execução de políticas e por fim maior autonomia às unidades executoras (ARAÚJO, 2010, p. 145).

Nesse contexto, surgem importantes argumentos sobre o NPM, ora defendendo essa filosofia, ora criticando-a. Pautado pela racionalidade da eficiência e economicidade, o NPM busca utilizar estruturas mais dinâmicas e formas burocráticas adaptadas, como o desenvolvimento organizacional, a descentralização, sistemas de planejamento orçamentário voltado para programas, entre outros, que incluem atividades projetadas para aumentar o poder político e o bem estar econômico das minorias, principalmente daquelas com pouco poder de pressão sobre o processo decisório das políticas públicas.

De acordo com Barzelay (2001), o NPM, de maneira abstrata, se define como um campo de debate profissional e de políticas, de projeção internacional, acerca de temas relativos à gestão pública, incluindo políticas de gestão pública, liderança executiva, desenho organizacional e operações governamentais.

Todavia, o NPM não está imune a críticas. Hood tece quatro críticas fundamentais ao NPM relativamente à sua implementação prática:

“A primeira crítica é a ideia de que se trata de ‘roupagem vazia’, algo sem substância, apenas um novo título para o novo managerialismo e um novo discurso; A segunda é de que o NPM prejudicou o serviço público por ser ineficiente, pois na sua demanda pela redução de custos, levou a um enorme aumento de controladores do orçamento e de desempenho; A terceira é de que, embora o NPM se proclame promotor do bem público, fazendo mais por menos, na verdade se trata de um veículo para promover interesses privados, criando uma elite de novos gestores públicos; Por fim, a última crítica versa sobre a suposta universalidade do NPM, pois diferentes valores administrativos têm diferentes implicações em aspetos fundamentais no *design* administrativo” (HOOD, 1991, p. 9).

Em linhas gerais, as ideias que surgiram em torno do NPM, de acordo com Hood (1991), apresentam-se sob ideais (ou lógicas) gerenciais ou democráticas, que podem se complementar ou se distanciar. Percebe-se, portanto, que o NPM se compõe de um conjunto de ideias não igualmente compartilhadas, mas que, dentre as principais, podem ser indicadas como fundamentos para a melhoria da gestão pública a orientação para resultados, a flexibilidade, a delegação, o menor foco nos procedimentos e maior foco nos produtos e resultados, a responsabilização dos gerentes tanto pelos resultados como pelos recursos utilizados para obtê-los. No contexto brasileiro, o NPM, segundo Bresser-Pereira (1998), originou-se na proposta de Reforma da Gestão Pública ou reforma gerencial do Estado com a publicação do Plano Diretor da Reforma do Estado e o envio para o Congresso Nacional do projeto de emenda da administração pública, em 1995, e que se transformaria, em 1998, na Emenda Constitucional n. 19⁴. Nos primeiros quatro anos do governo Fernando Henrique, enquanto Luiz Carlos Bresser-Pereira foi o ministro, a reforma foi impulsionada no nível federal pelo MARE - Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Com a extinção do MARE, por sugestão do próprio ministro no final desse período, a política para a gestão passou a ser atribuição do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, ao mesmo tempo em que estados e municípios passavam também a fazer suas próprias reformas.

No caso brasileiro, é importante ressaltar a influência da NPM na reforma gerencial de 1995, muito embora esta reforma não tenha sido realizada utilizando exclusivamente o modelo determinado pela Nova Gestão Pública, pois “também aproveitou importantes contribuições vindas de outras teorias para melhoria e inovações na estrutura da governança pública” (ALCOFORADO, 2012, p.28). O Brasil foi o primeiro país em desenvolvimento que tomou essa iniciativa. Mas estava dez anos atrás da Inglaterra, Austrália e Nova Zelândia. Desde então a Reforma da Gestão Pública de 1995 vem avançando no país, principalmente ao nível dos estados e municípios (BRESSER-PEREIRA, 1998).

Segundo Pacheco (2002, p. 78-79), o objetivo da reforma do Estado proposta por Bresser-Pereira não era o Estado mínimo, mas o Estado forte em seus novos papéis; para apoiar seu argumento, a autora cita o Plano Diretor:

“A reforma do Estado deve ser entendida dentro do contexto da redefinição do papel do Estado, que deixa de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social pela via da produção de bens e serviços, para fortalecer-se na função de promotor e regulador desse desenvolvimento. Busca-se o fortalecimento das funções

⁴ Emenda Constitucional nº19, de 04 de junho de 1988. Modifica o regime e dispõe sobre princípios e normas da Administração Pública, servidores e agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas e custeio de atividades a cargo do Distrito Federal, e dá outras providências.

de regulação e de coordenação do Estado, particularmente no nível federal, e a progressiva descentralização vertical, para os níveis estadual e municipal, das funções executivas no campo da prestação de serviços sociais e infraestrutura. Pretende-se reforçar a governança — a capacidade de governo do Estado — através da transição programada de um tipo de administração pública burocrática, rígida e ineficiente, voltada para si própria e para o controle interno, para uma administração pública gerencial, flexível e eficiente, voltada para o atendimento do cidadão” (BRASIL/MARE, 1995, p. 503).

A proposta de Reforma da Gestão Pública, no Brasil, compreende três dimensões:

“a) uma dimensão institucional-legal, voltada à descentralização da estrutura organizacional do aparelho do Estado através da criação de novos formatos organizacionais, como as agências executivas, regulatórias, e as organizações sociais; b) uma dimensão gestão, definida pela maior autonomia e a introdução de três novas formas de responsabilização dos gestores — a administração por resultados, a competição administrada por excelência, e o controle social — em substituição parcial dos regulamentos rígidos, da supervisão e da auditoria, que caracterizam a administração burocrática; e c) uma dimensão cultural, de mudança de mentalidade, visando passar da desconfiança generalizada que caracteriza a administração burocrática para uma confiança maior, ainda que limitada, própria da administração gerencial” (BRASIL/MARE, 1995, p. 154).

Conforme enunciado do PDRAE (BRASIL/MARE, 1995, p.54), “a reforma concreta do aparelho do Estado ocorre na dimensão gestão”. É aí que a administração pública se torna mais eficiente e efetiva; que ocorrem as mudanças culturais necessárias; que as práticas gerenciais de fato ocorrem; que se definem os indicadores de desempenho; que se treina e motiva o pessoal, que se desenvolvem estratégias flexíveis para o atingimento das metas estabelecidas.

Segundo a proposta, a administração pública gerencial deve ser orientada para o cidadão e para a obtenção de resultados. Como observa Barzelay (1992, p. 8), “uma agência burocrática se concentra em suas próprias necessidades e perspectivas; uma agência orientada para o consumidor concentra-se nas necessidades e perspectivas do consumidor”.

Para melhor compreensão das práticas administrativas voltadas para resultados, é importante examinar, no contexto das reformas, a proposta de utilização da contratualização de resultados como um dos instrumentos adotado para melhorar a gestão pública.

Os objetivos anunciados pelo NPM foram os de melhorar a qualidade e a eficácia do setor público. Nesse contexto, a contratualização de resultados foi considerada uma das três principais estratégias visando promover a qualidade dos serviços públicos, ao lado da contabilidade gerencial e da normalização dos regimes de trabalho (JANN; REICHARD, 2002; PACHECO, 2004).

Segundo a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), a contratualização surgiu nos países da OCDE⁵ na busca do Estado pela melhoria da eficiência, eficácia e redução dos custos dos serviços públicos. De acordo com a organização, esses são os objetivos essenciais que, portanto, deveriam estar expressos em termos das expectativas de desempenho relacionadas “ao orçamento (insumo), serviços (produtos), impactos (resultados) e gestão (capacidade corporativa)” (OCDE, 1999, p. 12).

Nesse sentido, a contratualização de resultados foi um dos principais instrumentos estratégicos das Reformas Gerenciais iniciadas no final da década de 1980. Sua principal diferença com contratos tradicionais está relacionada com a finalidade de conceder flexibilidade gerencias, na medida em que estabelece, com clareza, metas e resultados organizacionais a partir de um planejamento estratégico, orientada por uma prática conhecida como gestão para resultados (TROSÁ, 2001; JANN; REICHARD, 2002; PERDICARIS; 2009).

A contratualização de resultados é definida por Skelcher (2005, p. 354-355) “como a maneira pela qual o governo define os serviços a serem prestados e o padrão de qualidade desejado para estes serviços”.

Segundo Pacheco (2004; 2006; 2010) as finalidades da contratualização de resultado são ampliar a flexibilidade, a transparência, o desempenho, a qualidade, a produtividade, a eficiência e efetividade na prestação de serviços públicos, substituindo o controle clássico político (hierarquia) e burocrático (cumprimento de normas). Este mecanismo tem como característica propiciar maior autonomia de gestão às organizações e em contrapartida promover o compromisso prévio de resultados entre as partes envolvidas.

O Relatório Mundial de Saúde, publicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2008, reconhece a necessidade de uma mudança de paradigma na abordagem da contratação nos sistemas de saúde. O uso de contratos na área da saúde, segundo o Relatório, se transformou em uma ferramenta técnica, de caráter excepcional, em uma abordagem estratégica, visando melhorar o desempenho do sistema de saúde como um todo (WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO, 2008). Nas palavras de Perdicaris (2009), a contratação, através da formalização da relação entre os atores, se tornou uma estratégia de reestruturação dos sistemas de saúde, redefinindo seus compromissos mútuos.

⁵ A Lista oficial de 34 países, membros integrantes da Organização da OCDE é a seguinte: Países da OCDE: Alemanha Austrália Áustria Bélgica Canadá Chile Dinamarca Estados Unidos da América Eslováquia Eslovênia Espanha Estônia Finlândia França Grécia Holanda Hungria Islândia Israel Irlanda Itália Japão Luxemburgo México Noruega Nova Zelândia Polónia Portugal República da Coreia República Checa Reino Unido Suécia Suíça Turquia. Disponível em: www.oecd.org.

Experiências internacionais de utilização de contratualização mostram que há vários caminhos para implementar a contratualização de resultados, de acordo com os aspectos políticos, econômicos e sociais da realidade local (BOUCKAERT; POLLITT, 2002).

Em seu estudo Kettl (1997) destaca duas correntes com lemas distintos: uma, “*make managers manage*”, relacionada à criação de mecanismos que visam influenciar comportamentos dos gestores; a outra, “*let managers manage*”, associada às tentativas de remover barreiras, regras, procedimentos e estruturas rígidas que impedem o administrador público de administrar.

Na primeira corrente, a contratualização de resultados representa uma nova forma de controle e vem acompanhada do estabelecimento de sanções positivas e negativas; o país que levou mais longe tal perspectiva foi a Nova Zelândia, com a primeira geração de reformadores. Jann e Reichard (2002) identificaram nesse grupo os defensores da eficiência (ou minimizadores do custo). Aqui, se recorre a mecanismos de punição e recompensas de acordo com o desempenho alcançado. Os autores também identificam a escolha racional e a teoria da agência como referência a esta corrente, ao adotar o contrato de resultados como um novo instrumento de controle para enfrentar o problema do comportamento maximizador do autointeresse.

Na reforma gerencial da Inglaterra, segundo Kettl (1997), destacou-se o modelo do contrato de gestão, ou contratualização de resultados, entre os órgãos formuladores de políticas públicas e entidades voltadas à prestação de serviços. De acordo com Pacheco (2006), tais contratos têm por base o par “autonomia x responsabilização”, por meio do qual a entidade prestadora de serviços se compromete a obter determinados resultados, em troca de algum grau de flexibilidade em sua gestão.

Na segunda corrente, o acordo de resultados é visto como instrumento de coordenação, ajuste e aprendizado organizacional. A experimentação, e não o controle, é a aposta para a melhoria do desempenho; esta tem sido a marca das reformas na Dinamarca e Suécia, segundo Pacheco (2009). Os reformadores buscam a melhoria de desempenho do setor público (maximizadores dos resultados), o alvo é o aprendizado baseado em relações de confiança como caminho para alcançar melhores resultados. Aqui, é destacado o comportamento cívico dos agentes, que dá sustentação à lógica do aprendizado mútuo.

O modelo nórdico geralmente está associado com outros modelos, entre eles com o igualitarismo, o *stakeholder* e o incrementalismo. O igualitarismo pode estar relacionado ao uso relativamente extenso da utilização de processos de baixo para cima. O modelo de *stakeholder* (participação) pressupõe a existência de muitos que se interessam na sociedade -

ou devem ter - uma palavra a dizer sobre os negócios ou ao governo, e não apenas os acionistas e os políticos eleitos. O incrementalismo implica que processos evoluem gradativamente, muitas vezes com base no consenso e envolvendo aprendizagem, têm uma posição dominante em lugar de reformas radicais (JOHNSEN; NORREKLIT; VAKKURI, 2006).

Nos países nórdicos, a medição de desempenho do setor público adotada por vários *stakeholders* é implementada de baixo para cima, sendo utilizada para aprendizagem organizacional, assim quando as informações de desempenho são postas em prática as mudanças devem ser incremental em vez de reformas radicais (JOHNSEN; NORREKLIT; VAKKURI, 2006).

A diferença entre esses dois grupos é que na perspectiva anglo-saxã, o desempenho é associado à incentivos financeiros individuais, e a autonomia concedida ao gestor (agente) é compensada pela comparação rigorosa dos resultados, como forma de controlar seu comportamento e alinhá-lo ao interesse dos responsáveis políticos do governo (principal); e na perspectiva nórdica o aprendizado é valorizado, a concessão de flexibilidades de gestão às agências baseou-se muito mais numa relação de confiança do que em indicadores, sendo “a ênfase muito mais em desempenho do que em mensuração” (JOHNSEN; NORREKLIT; VAKKURI, 2006).

Neste contexto, algumas barreiras surgem tendo em vista que nem todas as organizações estão satisfeitas com os contratos. Atores perseguem diferentes objetivos, “podem não querer definir *a priori* resultados a serem alcançados” (PACHECO, 2004, p. 3), algumas agências temem perder autonomia, e assim, ao final, os arranjos contratuais têm que lidar com distintas percepções de interesses e realidade do poder.

Trosa (2001), afirma que, comparando as diferentes visões sobre contratualização, os resultados são melhores quando as metas são pactuadas (não impostas verticalmente) e quando as flexibilidades gerenciais são permitidas tendo as metas a atingir como contrapartida.

Para Jann e Reichard (2002), é possível afirmar que há consenso em torno de uma das vias utilizadas para a promoção de melhores resultados no setor público: a combinação de maior autonomia concedida ao gestor e sua responsabilização pelos resultados a atingir.

3.2 A Contratualização nos Serviços de Saúde no Brasil

A contratualização parece ser um destes caminhos, um dos pilares de uma política pública orientada para a melhoria de desempenho das organizações públicas (PACHECO, 2011), ao equacionar de forma adequada, os requisitos de autonomia (de gestão) e controle (de resultados) (MARTINS, 2002). A ideia 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 (MARTINS, 2002; PACHECO, 2011).

No setor saúde, de acordo com os critérios estabelecidos, priorizando áreas mais desfavorecidas e grupos com maior vulnerabilidade, a contratualização pode repor algum grau de equidade (MARTINS, 2002).

A contratualização dos serviços de saúde deve ter como objetivo uma melhor resposta às necessidades e expectativas de saúde da população. Porém, para que isso seja de fato possível, acredito ser necessário uma prestação de serviços eficiente e de qualidade, com um processo bem definido.

Apesar de muito defendida, essa estratégia, no Brasil, ainda conta com poucas experiências.

Em 1995, propostas de reforma voltadas para o incremento da capacidade do Estado introduzidas com o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE)⁶, elaborado pelo Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), e que tinham como objetivo aumentar a eficácia e eficiência do Aparelho do Estado como um todo (BRESSER-PEREIRA, 1997), foram inseridas também, nos sistemas de saúde.

Na proposta do PDRAE, no campo da saúde, a relação entre o núcleo estratégico (formulador da política pública) e as demais organizações (prestadoras dos serviços) passaria a ser contratual (BRASIL/MARE, 1995). A contratualização de resultados, instrumento de gestão utilizado para o cumprimento de objetivos estratégicos e resultados pretendidos, inserido no âmbito das reformas dos sistemas de saúde, passaria ser o principal mecanismo utilizado (PACHECO, 2004).

Na área da saúde, onde a contratualização foi adotada em alguns estados brasileiros (Rio Grande do Sul, São Paulo, Pernambuco, Espírito Santo e Minas Gerais), ela vem possibilitando a instituição de práticas de planejamento, avaliação e monitoramento da execução por parte do contratante e do contratado (ALCOFORADO, 2005).

⁶ O propósito do PDRAE era identificar estratégias distintas para cada um dos setores (núcleo estratégico, atividades exclusivas, os serviços não exclusivos, produção de bens e serviços para o mercado) em que o Estado deveria atuar.

No Brasil, a concessão de flexibilidades de gestão foi introduzida no contexto das reformas propostas pelo Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (BRASIL/MARE, 1995). Por meio do contrato de gestão podem ser conferidas flexibilidades de gestão que contribuam para o alcance dos resultados ali estipulados. Em consonância com a experiência internacional, o Estado brasileiro passaria a adotar a contratualização de resultados como instrumento para melhoria de resultados no setor público (PACHECO, 2004; 2006).

“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. A prestação de contas financeira e o adequado uso dos recursos são uma obrigação da organização contratada, mas não são condição para se avaliar desempenho” (ALCOFORADO, 2005, p. 3).

De acordo com Pacheco (2006) e Martins e Pires (2013) algumas das experiências de contratualização apontam resultados palpáveis em diversas áreas nas quais o Estado estabelece parceria contratual, seja ela pública ou privada com os municípios. Alguns exemplos de estados e municípios que utilizam a contratualização de resultados para ampliar e melhorar os seus serviços prestados aos cidadãos: Espírito Santo, Goiás, Pernambuco, Rio Grande do Sul, São Paulo, Sergipe, Curitiba, Rio de Janeiro (município e estado). Aqui merece destaque o Estado de Minas Gerais por ser o pioneiro a implantar o modelo de gestão para resultados em toda a administração - conhecido como “Choque de Gestão”.

Inserido nesta proposta, teve início em 2003 o Programa Pro-Hosp, estabelecendo uma relação contratual entre o Estado e os hospitais públicos e privados sem fins lucrativos, que prestam serviços pelo Sistema Único de Saúde em Minas (SUS/MG). Segundo a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, o arranjo organizacional/administrativo de aplicação da lógica contratual direciona-se à eficiência e à responsabilização e está baseado em alguns pressupostos: “o relacionamento entre um principal e um agente, a perspectiva estratégica da missão das instituições e a gestão orientada à obtenção de resultados” (MINAS GERAIS, 2007, p. 2).

O Programa é considerado referência para a área da saúde pública, e sua consolidação como modelo de política vem norteando as ações do governo mineiro no âmbito da rede hospitalar, e inspirando outros governos a seguir esse modelo.

O Pro-Hosp integra o Projeto Estruturador de Regionalização da Assistência, iniciativa do governo estadual com o objetivo de aumentar a eficácia e a eficiência do sistema público de serviços de saúde em Minas Gerais, e com isso “promover a melhoria da qualidade

dos hospitais integrantes do SUS e, contribuir para a consolidação da oferta de serviços hospitalares nos polos macro e microrregionais do Estado” (MINAS GERAIS, 2007, p.2).

A estratégia de desenvolvimento explicitada no PMDI – Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (2011-2030) - estabelece 11 redes de desenvolvimento integrado. Essas redes focalizam metas-síntese, que são desdobradas em objetivos, estratégias e indicadores com metas de desempenho para medir as transformações desejadas em cada uma delas.

A distribuição dos recursos financeiros do Pro-Hosp segue a lógica de um sistema de pagamento por desempenho, através de indicadores de saúde elaborados pela Secretaria, que traduzem eficiência e efetividade, tanto na ocupação hospitalar, quanto nas internações hospitalares (OLIVEIRA; PRADO; SILVA, 2014, p. 152).

O público alvo do programa são hospitais públicos ou privados sem fins lucrativos, de maior porte, localizados preferencialmente nos polos regionais, e que apresentam o melhor desempenho da região em produção, referência e ocupação efetiva de leitos SUS com qualidade, em Minas Gerais.

Segundo Minas Gerais (2007), uma das características do Pro-Hosp é possibilitar a congregação de diversos atores do âmbito da gestão estadual, municipal, das regiões e dos hospitais, na participação no fluxo de decisão e informação em diferentes momentos do programa, desde a pactuação, a execução até o acompanhamento e a avaliação. São eles: Coordenação Estadual do Pro-Hosp; Comissão Estadual de Avaliação do Pro-Hosp; Comitês de Avaliação Macrorregional e Microrregional do Pro-Hosp; Gerências Regionais de Saúde (GRS); Hospitais; Secretarias Municipais de Saúde; Comissão Intergestores Bipartite Macrorregional e Microrregional; Conselho Municipal de Saúde; Conselho Estadual de Saúde.

A partir de 2013, o Pro-Hosp, tornou-se uma política de Estado, se consolidou como um conjunto de ações e políticas complementares que visavam ao fortalecimento e à melhoria dos componentes hospitalares das redes de atenção à saúde prioritárias de Minas Gerais.

O Governo do Estado do Paraná utilizou-se da experiência de contratualização de resultados adotado pelo governo mineiro na área da saúde de inspiração ao programa paranaense (HOSPSUS), objeto de meu estudo.

A prática da contratualização traz inovações para a administração pública, que passa a focar no que é relevante para o Estado e para o cidadão. Além disso, chama a atenção pelo aspecto contraditório que estabelece entre as entidades contratada e contratante. Este

aspecto conflitante acontece porque a concessão de flexibilidades e maior autonomia à entidade contratada procura auxiliar no alinhamento de prioridades entre contratada e contratante mediante uma relação mais estreita. Pode gerar conflitos principalmente quando o contratante age na maximização do seu controle e a contratada escolhe maximizar sua autonomia (PACHECO, 2010).

Contudo, deve-se considerar que tal contradição não ocorrerá a partir do momento em que os atores envolvidos no processo de contratualização entenderem que o seu verdadeiro propósito é melhorar efetivamente o desempenho das organizações e de suas ações, e consequentemente, seus resultados e não simplesmente conceder autonomia às organizações (PACHECO, 2010).

Segundo Eisenhardt (1989), quando ocorrem conflitos de agência, a governança envolve-se mobilizando forças de controle interna e externas, voltadas para a harmonização de interesses entre as partes. Um dos problemas mais comuns de agência surge quando o produto de um indivíduo depende não somente do seu próprio esforço, mas também de outros fatores, alguns dos quais podem ser mensuráveis, mas outros não.

O problema de agência surge quando os desejos ou objetivos do principal e agente conflitam e é difícil ou caro para o principal verificar o que o agente está realmente fazendo. O principal não pode verificar se o agente tem se comportado de forma adequada. O compartilhamento do risco surge quando principal e agente tem diferentes atitudes em relação ao risco. O principal e o agente podem preferir ações diferentes por causa das preferências de risco diferentes (EISENHARDT, 1989).

Porém, para tornar o setor público mais eficiente, algumas medidas adotadas pelas políticas governamentais, início dos anos 1980, visavam mensurar os resultados (HOOD, 2007). Segundo esse autor, difundiu-se o uso de indicadores para mensurar o desempenho de inúmeras atividades organizacionais.

Behn (2003) destaca que a mensuração de desempenho no setor público tem contribuído para o alcance de múltiplos objetivos, tais como a transparência de custos e de resultados, a melhoria da qualidade dos serviços prestados, a motivação dos funcionários. Com o propósito de auxiliar na mensuração do desempenho, o autor propõe uma tipologia de oito objetivos: avaliar, controlar, orçar, motivar, promover, celebrar, aprender e melhorar.

Quadro 9 – Objetivos que auxiliam na mensuração do desempenho

| Objetivo para a mensuração | Pergunta que a mensuração ajuda a responder |
|----------------------------|---|
| Avaliar | Quão bom é o desempenho da agência? |
| Controlar | Como posso garantir que meus subordinados estão fazendo a coisa certa? |
| Orçar | Em quais programas, pessoas ou projetos devo gastar recursos públicos? |
| Motivar | Como posso motivar funcionários, gerência intermediária, colaboradores, <i>stakeholders</i> e cidadãos a fazer as coisas necessárias para melhorar a performance? |
| Promover | Como posso convencer políticos, legisladores, <i>stakeholders</i> , jornalistas e cidadãos de que minha agência está fazendo um bom trabalho? |
| Celebrar | Quais marcos são merecedores do importante ritual organizacional de celebrar os sucessos? |
| Aprender | Por que algo está ou não funcionando? |
| Melhorar | O que exatamente deve ser feito e por quem para melhorar o desempenho? |

Fonte: Behn (2003, p. 588) adaptado pelo autor.

Eisenhardt (1989) salienta que algumas tarefas requerem um longo tempo para serem concluídas, e envolvem esforço conjunto ou de equipe, ou a produção de resultados transversais. Nestas circunstâncias, os resultados são difíceis de medir ou difíceis de medir dentro de um período curto de tempo. Quando os resultados são mensurados com dificuldade, os contratos baseados em resultados são menos atraentes. Em contraste, quando os resultados são facilmente medidos, os contratos baseados em resultados são mais atraentes.

Trosa (2001) afirma que para se obter êxito na escolha dos indicadores de desempenho de um contrato de gestão, deve-se evitar escolher indicadores em demasia, optando por alguns que serão realmente úteis.

Nesta mesma linha de argumentos, Boyne e Chen (2008) apresentam alguns cuidados a serem observados na implantação de um sistema de mensuração de resultados com propósito à contratualização. São eles: (a) clareza de metas, (b) número ideal de metas, (c) metas por imposição ou motivação e (d) elasticidade da meta.

Estes cuidados devem ser tomados para se evitar o aparecimento de *gaming*, ou seja, evitar que ocorra a manipulação da regra do jogo mascarando-se os verdadeiros resultados da *performance* da organização. Segundo Hood (2006), o *gaming* pode ocorrer tanto na relação de prestação de contas do governo para com a sociedade quanto na relação entre os implementadores das políticas e os órgãos responsáveis por monitorar seu desempenho.

Para Hood (2006), o conceito de *gaming* abarca três fenômenos distintos que prejudicam a GpR (Gestão para Resultados): os efeitos trincheira, os efeitos de catraca e as distorções de *outputs*. Efeitos trincheira (*threshold effects*) referem-se “à tendência a desincentivar o desempenho excelente” (HOOD, 2012, p. 587), estabelecendo padrões em

todas as unidades da organização, não considerando sua capacidade de produtiva. Efeitos de catraca (*ratchet effects*) servem para explicar a tendência dos gestores em estabelecer metas fundamentadas no período anterior possibilitando que a produção da organização fique abaixo de sua capacidade. As distorções de *outputs* referem-se ao foco excessivo na produção apenas daquilo que está sendo mensurado (HOOD, 2012).

De modo geral, ao adotar a contratualização de resultados, o gestor responsável deverá observar todos os componentes de produção dos dados de um indicador. A elaboração, o controle e a divulgação de cada indicador devem facilitar os processos de comunicação, alteração e evolução do indicador.

Contudo, componentes importantes como a periodicidade de produção dos dados e a base geográfica abrangida pelo indicador, devem ser observados. Os dados devem estar disponíveis no momento da apuração do indicador, de forma que seja garantida a oportunidade da intervenção do gestor público para corrigir ou alterar uma situação. Portanto, a área de abrangência de um indicador deve ser o “menor nível de agregação geográfica de apuração do índice”, e a unidade de medida na qual o resultado será expressa, deverá consistir em um “padrão escolhido para mensuração da relação adotada como indicador” (BRASIL, 2010, p. 118).

Enfim, no setor público, o uso de contratos de resultados para fixar flexibilidades adicionais e específicas para uma determinada organização, em troca de compromissos com metas e resultados a alcançar vem sendo cada vez mais uma prática moderna de gestão, que não pode ser distanciada de medidas adequadas de desempenho (PACHECO, 2011).

3.3 Gestão para Resultados em Organizações Públicas

A literatura tem mostrado que a adoção de Gestão para Resultados (GpR) no setor público se tornou uma tendência nas reformas administrativas recentes. O bordão “não se pode gerenciar aquilo que não se pode medir” se difundiu na administração pública (BOUCKAERT; HALLIGAN, 2008). No setor público, a GpR busca reduzir custos para a sociedade. Nesse modelo de gestão, o Estado se compromete com a satisfação dos cidadãos (TROSIA, 2001).

Na GpR as ações governamentais ficam mais visíveis e, como consequência, os gestores públicos são cada vez mais cobrados para que se atenham aos limites dos escassos recursos orçados e otimizem a sua aplicação em ações que atendam efetivamente às

necessidades da sociedade. Assim, ficam obrigados (gestores públicos e governantes) a se voltar para o cidadão como cliente, o que exige maior diálogo com a sociedade, transparência e controle social. Dessa forma, a GpR prioriza o atendimento ao cidadão como cliente, é proativa, toma iniciativas e tem autonomia gerencial sem negligenciar a qualidade dos processos, adota o controle por objetivos e metas, gerando resultados para a sociedade que atendam às demandas dos cidadãos como clientes (BOUCKAERT; HALLIGAN, 2008; MARTINS; MARINI, 2010; TROSA, 2001).

De acordo com Kanter e Summers (1994) a GpR compreende as funções institucionais, gerenciais e técnicas, garantindo cada vez mais sua aplicação em ações que atendam efetivamente às necessidades da sociedade. Este modelo se encontra em ascensão na pauta dos governos como possibilidade de atender às demandas sociais (PERDICARIS, 2009).

Martins e Marini (2010) mencionam a existência de alguns discursos que comparam a GpR à algo ilusório; mas também destacam seu uso como prática concreta para muitos governos que aspiram por mudanças positivas. A GpR é um processo e como tal deve ser modelado, induzido e gerido como o propósito do desenvolvimento das capacidades em prol da melhoria de seus desempenhos e benefícios da sociedade.

Com base na visão de Talbot (2009) a existência de cinco principais argumentos na literatura justificariam a adoção de GpR no setor público. Esses argumentos se referem ao desempenho como *accountability*; como informação para o usuário; como serviço ao consumidor; como eficiência e como resultados.

De acordo com Bouckaert e Halligan (2008), a literatura de GpR se posiciona em três agrupamentos distintos. Um primeiro grupo acredita que o modelo racional, no qual se baseia o controle de resultados, não funciona, e qualquer elemento que vise direcionar a *performance* irá resultar em algum tipo de problema. Um segundo grupo acredita que o modelo racional é adequado, mas o problema se dá durante a implementação, que não é realizada apropriadamente. O terceiro grupo acredita que o modelo racional é adequado, mas não aceita “foco excessivo” na mensuração de desempenho – ou a solução correta para os problemas errados. A utilidade da GpR depende do contexto no qual é aplicada. A informação de desempenho por si só é insuficiente e deve ser usada como uma ferramenta auxiliar ao processo decisório, onde a competência e discricionariedade do profissional – seja ele político ou técnico – se destacam.

Em relação às principais funções da GpR a literatura abriga três macrocategorias. São elas: a GpR como ferramenta de *melhoria do desempenho*, instrumento de promoção da

governança pública e elemento constitutivo das *disputas políticas*. Dessas macro categorias é possível extrair algumas visões significativas (MARIN, 2016).

Quadro 10 – Macrocategorias da GpR e algumas visões significativas

| Macro categorias da GpR | Visões significativas das Macro categorias |
|--|--|
| <i>Melhoria do desempenho</i> | Na visão da GpR pela melhoria de desempenho, a definição de indicadores e metas para a administração pública possibilita a organização de processos de coleta e processamento de informações no sentido de orientar a tomada de decisões de gestores, aumentar a eficiência e a efetividade da máquina pública, permitir uma melhor alocação de recursos, motivar servidores, entre outras funções internas ao aparelho do Estado que têm como fim último a melhoria do desempenho – entendido aqui como o nível de eficácia, eficiência e efetividade das organizações públicas. |
| Instrumento de promoção da <i>governança pública</i> | O papel assumido pela GpR enquanto elemento facilitador da prestação de contas, <i>accountability</i> e legitimação da ação das organizações públicas, as metas e indicadores são utilizados para dar maior organicidade às relações entre Estado e sociedade, atuando como elementos de <i>fomento da governança pública</i> (KLIJN, 2012), produzindo relatórios de prestações de contas, audiências e consultas públicas, respostas a órgãos de controle, e respondendo à participação popular, etc. |
| Elemento constitutivo das <i>disputas políticas</i> (funções político-partidárias) | Nesta terceira categoria, as metas e indicadores são vistos como <i>elementos inerentes ao jogo político-partidário</i> , dão ensejo à construção de processos tanto internos quanto orientados de dentro para fora das organizações públicas. No entanto, os atores e elementos constitutivos desses processos são distintos daqueles das funções de governança. Mandatários, secretários e cidadãos são despidos de seus papéis institucionais e assumem seus papéis “políticos”. O chefe do executivo assume o papel de candidato à reeleição – ou apoiador de seu candidato sucessor – e buscará garantir que seu secretariado siga as suas preferências políticas na condução de suas pastas. Por sua vez, os cidadãos – que na esfera da governança atuam no sentido de controlar a administração – assumem aqui o papel de eleitores em busca de um candidato em quem depositar seu voto e sua confiança. |

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de Marin (2016).

Segundo Martins e Marini (2010), a GpR não deve ser vista como um “modismo”. Por ser um processo de mudança organizacional ou governamental que busca introduzir transformações nas estratégias, estruturas, processos, pessoas, alocação de recursos etc., a GpR lida com a pluralidade de aspectos da realidade organizacional e requer uma estratégia adequada de intervenção, é necessário reconhecer que embora estimule a solução de problemas específicos sua maior motivação deve estar direcionada a construção de um futuro baseado em um ideal transformador com possibilidades de desenvolvimento. Enfim, introduzir modelos de gestão para resultados, significa lidar com dois atores que funcionam como sujeito e objeto da mudança: quem presta o serviço (os servidores públicos) e quem se beneficia dele (o cidadão).

Uma importante observação sobre a GpR que também deve ser considerada, diz respeito às questões relacionadas aos problemas oriundos da sua implementação.

O reconhecimento da existência de problemas por parte dos gestores que implementam o sistema de GpR já é um indicador para combater os problemas não-intencionais da mensuração no setor público (BOUCKAERT; BALK, 1991; SMITH, 1995; RADNOR, 2008).

Bouckaert e Balk (1991) tratam estes problemas como “doenças”. Os autores organizam as “doenças” de acordo com três diferentes aspectos: 1) alegações para não medir o desempenho; 2) problemas com a percepção das medidas (números e volumes); 3) problemas relacionados às próprias medidas. (PACHECO, 2009).

Bouckaert e Balk (1991) enumeram treze doenças: 1) Doença de Pangloss⁷; 2) Doença da Impossibilidade; 3) Hipocondria; 4) Doença do côncavo/convexo; 5) Hipertrofia; 6) Atrofia; 7) Doença de Mandelbrot; 8) Poluição; 9) Inflação; 10) Síndrome dos iluminados (ou top-down); 11) Encurtamento temporal; 12) Miragem; 13) Inconstância.

Quadro 11 – Doenças relacionadas à medição do desempenho

| Diferentes Aspectos | Doenças | Características |
|---|--------------------------------------|--|
| Alegações para não medir o desempenho | Dr. Pangloss | Está relacionada à “insistência em não medir algo por acreditar que aquilo não existe” (PACHECO, 2009, p. 15). |
| | Impossibilidade | O desempenho é impossível de ser medido. |
| | Hipocondria | Considera que o setor público não deve se vangloriar de algo que tenha resultados positivos. |
| Problemas com a percepção das medidas (números e volumes) | Côncavo/Convexo | Levam-nos à percepção aumentada ou diminuída do que está sendo medido. Ex.: usando o critério de número de citações para medir o impacto de um autor, autores podem entrar em arranjo para que um cite o outro. |
| | Hipertrofia | O Ato de medir estimula a produção desnecessária de mais <i>output</i> . Ex.: Ao mensurar o custo por unidade, podemos aumentar o número de unidades produzidas reduzindo seus custos, mesmo que a produção de unidades adicionais não seja a pretendida. |
| | Atrofia | É o oposto de hipertrofia – provoca redução do produto que serão medidos. Ex.: “A mensuração exclusiva por “número de unidades produzidas” pode levar os responsáveis a ignorar outros aspectos dos produtos, por exemplo, a qualidade” (MARIN, 2016, p 73). |
| | Mandelbrot | Ignora o fato de que o resultado da medida depende de como se mede. |
| As doenças relacionadas às próprias medidas (conteúdo, posição e quantidade). | Poluição | Mistura quantidades de <i>inputs</i> com quantidade, qualidade e efeitos do <i>output</i> no mesmo indicador. |
| | Inflação | Usa de forma desnecessária grande número de medidas. |
| | Síndrome dos iluminados (top-down) | Remete à situação em que os dirigentes decidem sozinhos o que e como medir e impõem o conjunto à organização sem suficiente comunicação, levando à desmotivação dos funcionário. |
| | Encurtamento temporal ou curto-prazo | Normalmente o foco é reduzido por conta de pressões orçamentárias. |

⁷ Em referência ao personagem “Cândido” da obra de Voltaire.

| Diferentes Aspectos | Doenças | Características |
|---------------------|---|--|
| | Miragem | Refere-se a medir algo diferente do que se considera estar medindo. |
| | Inconstância ou Desvio de comportamento | É causada por medidas que não contemplam a finalidade da organização e acabam provocando comportamento adverso, ou seja, é quando a medida não está alinhada aos objetivos da organização. |

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de Bouckaert e Balk (1991).

Goldsmith e Eggers (2006) também se referem às polêmicas sobre o que medir (insumos, produtos ou impactos), e apontam problemas decorrentes da ausência de dados confiáveis sobre a situação inicial a ser medida – quando subavaliados, podem levar a metas frouxas, muito fáceis de atingir, que podem provocar críticas da imprensa, por exemplo.

Jann e Reichard (2002) também relataram problemas referentes a metas pouco ambiciosas e falhas no seu monitoramento, dentre outros problemas frequentes.

Smith (1995), *apud* Radnor (2008, p.319) mostra que as “consequências não-intencionais da mensuração no setor público”, se devem a fenômenos oriundos da falta de congruência entre os objetivos dos principais (controladores) e dos agentes (controlados), como apresentado no quadro 12:

Quadro 12 – Consequências não-intencionais da mensuração no setor público

| Tipos de Fenômenos | Descrição |
|-------------------------------|--|
| 1- Visão de túnel | Ocorre quando os gestores, confrontados com muitos alvos diferentes, escolhem aqueles que são mais fáceis de medir e ignoram os demais. |
| 2- Subotimização | Quando os gestores escolhem para operar fundamentado em objetivos específico em prejuízo dos objetivos geral da organização. |
| 3- Miopia | Os gestores concentram seus esforços para alcançar os objetivos de curto prazo em detrimento dos objetivos de longo prazo. |
| 4- Fixação na mensuração | Quando os resultados são difíceis de medir, há uma tendência natural para uso indicadores de desempenho baseados em resultados mensuráveis. Fixação na mensuração ocorre quando o indicador de desempenho em si torna-se o foco em vez do desejo do resultado. |
| 5- Deturpação | Pode ser entendido como uma forma de fraude e ocorre quando os dados de desempenho são deturpados ou distorcidos para criar uma boa impressão. |
| 6- Interpretações equivocadas | Mesmo que as informações retratem de maneira segura a realidade, a racionalidade limitada pode fazer com o gestor interprete-a de maneira distorcida. |
| 7- <i>Gaming</i> | Ocorre quando os gestores manipulam deliberadamente seus resultados para garantir uma vantagem estratégica. |
| 8- Ossificação | Ocorre quando um indicador de desempenho perde seu objetivo, mas ninguém tem o interesse de revisá-lo ou removê-lo. |

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de Smith (1995) *apud* Radnor (2008).

Com base no exposto, percebemos que os indicadores de desempenho podem distorcer a visão interpretativa tanto de forma não intencional quanto intencional. As

distorções intencionais ocorrem quando os indicadores apresentam problemas de *gaming* e representação falsa, ambos causados pela manipulação intencional dos dados.

A pesquisa considerou os problemas inerentes à gestão das organizações hospitalares orientada para resultados. Os casos servem para mostrar que incorrer na melhoria dos resultados de gestão, atendendo aos princípios gerenciais da NGP e ao preceito constitucional da eficiência e eficácia nas administrações públicas, apesar de alguns problemas, pode ser um caminho que impulsiona à melhoria do desempenho hospitalar.

A literatura mostra que uma organização não pode alcançar ou demonstrar eficiência ou eficácia e efetividade, se não levar em conta um planejamento que defina as metas e objetivos, gere planos de ação e avalie os resultados. A GpR é uma ferramenta administrativa que tem como uma das funções melhorar continuamente o desempenho das atividades em andamento, através de metodologia adequada que alinhe o planejamento, a ação e o controle, e que promova a eficiência e a eficácia da organização.

O desempenho do Estado, principalmente quanto à efetividade das ações que empreende visando melhorias em serviços essenciais à sociedade brasileira, está sendo cada vez mais questionado diante das crises já instaladas no país. A reação da sociedade não poderia ser outra. Não há como negar que é preciso mudar a realidade do setor saúde.

Para dar uma resposta às necessidades do País, uma das tentativas é prestar o serviço de saúde, melhor. Por conta disso, “cuidar da saúde” (Art. 23. II, CF/88), requer um conjunto de ações coordenadas e com propósito bem definido. As deficiências estruturais do sistema de saúde devem ser resolvidas com ações governamentais eficientes, eficazes e efetivas.

Uma das alternativas pode estar na governança para resultados, ou seja, na geração de valor público sustentável a partir do desenvolvimento de capacidades e qualidades institucionais dentre elas a capacidade de atuação em rede, como alavancadores do desempenho. Na integração de diversas atuações sobre múltiplos determinantes do desempenho, valendo-se de modelos de melhoria do desempenho. E, na adoção de modelo de melhoria do desempenho que integrem: estratégia, alinhamento das estruturas implementadoras e monitoramento e avaliação. Portanto, governança para resultados é integrar três grandes elementos de processo gerencial: construir uma agenda estratégica, alinhar a estrutura implementadora e monitorar e avaliar (MARTINS; MARINI, 2010).

O termo governança tem sido utilizado com um sentido que envolve os mecanismos de controle e responsabilização pelas organizações de uma forma bastante genérica. A questão da governança da rede deve ser examinada levando-se em conta que a

presença de uma estrutura de governança tende a enfatizar a interação entre os atores com interesses comuns e divergentes, com propósitos próprios e definidos coletivamente que, entre outras coisas, possa fortalecer, estimular e incentivar a cooperação, a troca de experiências e o desenvolvimento do conhecimento (SILVA, 2001; CALMON, COSTA, 2013). “As relações de cooperação estão sujeitas a um controle do bom desempenho, isto é, a uma *avaliação*” (KISSLER; HEIDEMANN, 2006, p.492).

Neste sentido, a governança remete a papéis preponderantes de múltiplos arranjos de diversos atores (estado, terceiro setor, mercado, etc.) no desenvolvimento, na gestão de políticas públicas e no provimento de serviços, característicos do estado contemporâneo e do atual debate em administração pública e governo (MARTINS; MARINI, 2010). Contudo, é importante destacar que por ser um processo, governança para resultados, requer aprendizado contínuo.

3.4 Modelos de Gestão de Desempenho para a Reestruturação do Setor Público

Vários modelos de avaliação de desempenho têm sido utilizados para reestruturar o setor público. Inicialmente, a medição de desempenho possuía um enfoque unidimensional legado da contabilidade tradicional com apenas medidas financeiras, mas a partir do final dos anos 1980, o enfoque passou a ser multidimensional com equilíbrio entre medidas financeiras e não financeiras (BOURNE et al., 2000).

Um modelo de avaliação de desempenho exerce um papel fundamental para as organizações, uma vez que é uma importante ferramenta para a administração da estratégia, para o monitoramento e controle do desempenho, para comunicar a posição da empresa interna e externamente, para influenciar o comportamento e ações dos seus empregados e facilitar a aprendizagem organizacional (FRANCO-SANTOS et al., 2004).

Em decorrência desses objetivos, na literatura, encontram-se diversos modelos de avaliação de desempenho, com abordagens bastante diversificadas. Porém, para se avaliar o desempenho no setor público, os modelos de avaliação de desempenho devem incorporar um conjunto de indicadores de desempenho, visando a assegurar o alinhamento das atividades com o objetivo maior da organização (MUNNARETO; CORRÊA, 2016).

A adoção de sistemas formais de monitoramento é fundamental para garantir o sucesso da contratação de bens e serviços públicos, que exige especificações e critérios claros para a avaliação do seu desempenho. A principal crítica em relação à medição de desempenho

consiste em falhas relacionadas com negligência à voz do cidadão, de acordo com Hefetz e Warner (2004).

Na literatura sobre gestão de desempenho pode-se observar diversas experiências com adoção de ferramentas de avaliação de desempenho no setor público. Especificamente na gestão da saúde há registros de que entre os sistemas de gestão do desempenho mais utilizados estão: Balanced Scorecard (BSC), Bain & Company, EFQM Excellence Model, Prisma de Desempenho, Hoshin Kanri, Gestão da Qualidade Total (TQM), PDCA, Rummler & Brache, Cadeia de Valor de Porter, Gestão de Projetos (PMBOK), Cadeia de Suprimento (Supply Chain), Planejamento Estratégico Situacional e Criação de Valor Público (KAPLAN, 2009; MARTINS e MARINI, 2010; POWELL, 1995; BOU-LLUSAR et al., 2009; NEELY, ADAMS e KENNERLEY, 2002; HUTCHINS, 2012; NORMANN e RAMÍREZ, 1993; MOORE, 2002).

Quadro 13 – Metodologias de gestão do desempenho mais representativas na literatura gerencial contemporânea.

| Metodologias de Gestão do Desempenho | Aplicação |
|--------------------------------------|--|
| Balanced Scorecard (BSC) | A visão sistêmica do BSC permite visualizar os elos de causalidade, que se estendem do nível estratégico ao operacional. O BSC possui métricas para mensurar o resultado de uma empresa. Essas medidas são contempladas por métricas de quatro perspectivas: financeira, clientes, processos internos e aprendizagem e crescimento. |
| Bain & Company | O modelo Bain & Company proporciona visão de percurso, ou seja, como se transpor de uma condição presente para outra melhor em termos de desempenho. |
| EFQM Excellence Model | O EFQM Excellence Model é um modelo de premiação da Gestão da Qualidade. O modelo é composto por nove elementos agrupados em duas vertentes distintas: uma relacionada aos “meios” como resultados são alcançados, com cinco critérios de capacitação (liderança, política e estratégia, pessoas, parcerias e recursos e processos) e a segunda vertente direcionada aos “resultados” alcançados pela organização, com quatro critérios de resultado a serem considerados (resultados para as pessoas, resultados para os clientes, resultados para a sociedade e resultados de desempenho). |
| Prisma de Desempenho | Esse modelo permite enxergar o desempenho a partir dos stakeholders. O Prisma de Desempenho é um modelo de pensamento que busca integrar cinco perspectivas relacionadas e proporcionar uma estrutura que permita aos gestores pensar respostas a cinco questões fundamentais: (1) Satisfação das partes interessadas: Quem são os nossos <i>stakeholders</i> e o que eles querem e precisam? (2) Contribuição das partes interessadas: O que queremos e precisamos de nossos <i>stakeholders</i> ? (3) Estratégias: Que estratégias precisamos implementar para satisfazer estes conjuntos de desejos e necessidades? (4) Processos: Que processos precisamos colocar em prática para satisfazer estes conjuntos de desejos e necessidades? (5) Capacidades: Que capacidades - conjuntos de pessoas, práticas, tecnologia e infraestrutura - precisamos implementar para permitirmos operar os nossos processos de forma mais eficaz e eficiente? |
| Hoshin Kanri | O termo abrange quatro elementos-chave da gestão empresarial, a saber: Visão, Desenvolvimento de Políticas, Implantação de Políticas e Controle de Políticas. O Gerenciamento por Diretrizes busca alinhar todos os níveis da |

| Metodologias de Gestão do Desempenho | Aplicação |
|--------------------------------------|---|
| | organização. |
| Gestão da Qualidade Total (TQM) | É uma filosofia de gestão integrada com foco na melhoria de resultados que enfatiza, entre outras coisas, a melhoria contínua, atendimento aos requisitos dos clientes, redução do retrabalho, pensamento de longo prazo, envolvimento dos funcionários e trabalho em equipe, redesenho de processos, <i>benchmarking</i> competitivo e uma relação mais estreita com os fornecedores. |
| PDCA | O PDCA descreve a forma como as mudanças devem ser efetuadas em uma organização. |
| Rummler & Brache | O modelo Rummler & Brache integra esforços e resultados do nível estratégico (agregado) ao operacional (processos e indivíduos). |
| Cadeia de Valor de Porter | A cadeia de valor de Porter permite diferenciar processos de suporte e processos-fim, colocando à prova a eficácia do esforço para o alcance de resultados. |
| Gestão de Projetos (PMBOK) | O modelo PMBOK prove uma estrutura abrangente de gestão de projetos, que podem ser aplicados para a “produção” de resultados. |
| Cadeia de Suprimento (Supply Chain) | O modelo da Cadeia de Suprimento integra dimensões extraorganizacionais e determina forte integração de processos (intra e interorganizacionais, ambos em rede). |
| Planejamento Estratégico Situacional | A metodologia do PES parte do pressuposto de que a essência da atividade de alta direção envolve a dinâmica do enfrentamento de problemas, a partir de uma seleção criteriosa desses problemas. Diferentemente do planejamento estratégico, o PES não requer a separação das funções de planejamento das funções de execução, pois não assume operações prescritivas de ação e sim análises situacionais que são utilizadas para orientar o dirigente no momento da ação. |
| Criação de Valor Público | O modelo busca fazer adaptação do conceito de estratégia no setor privado para o setor público. Para isso, utiliza a imagem de um triângulo – triângulo estratégico – que destaca três aspectos fundamentais para a criação de valor público: gestão da estratégia; gestão política; gestão da eficiência. Seu intuito é propor e alcançar objetivos adequados às demandas da sociedade, isto é, que tenham legitimidade perante os cidadãos, que tenham um direcionamento para a propriedade coletiva em detrimento do privado e que proponham mudanças sociais com vista de transformação de fatores sociais. |

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de: Kaplan (2009); Martins e Marini (2010); Powell (1995); Bou-Llusar et al. (2009); Neely, Adams e Kennerley (2002); Hutchins (2012); Normann e Ramírez (1993); Moore (2002).

Dentre as ferramentas de gestão o Balanced Scorecard (BSC) visa especificamente traçar objetivos mensuráveis para controle efetivo e alcance do desempenho. Optamos pelo modelo BSC de Kaplan e Norton (1992; 1996) bem como suas adaptações para a aplicação na gestão pública (NIVEN, 2011, JOHNSEN; VAKKURI, 2006) e gestão hospitalar (ZELMAN et al., 2003), uma vez que é o mais difundido do mundo (TEZZA et al., 2010). Desse modo, o BSC tem sido ampla e crescentemente utilizado em empresas e organizações pela necessidade de captar toda a complexidade da *performance* da organização.

3.5 O Balanced Scorecard como Modelo de Gestão de Desempenho

O Balanced Scorecard (BSC) foi desenvolvido por Robert Kaplan e David Norton em 1992, a partir de um estudo para o desenvolvimento de práticas de medição de desempenho na ECI Company. Com o nome de Balanced Business Scorecard, o modelo foi apresentado pela primeira vez como uma proposta de mensuração estruturada que complementa a abordagem tradicional de avaliação de resultado, integrando os indicadores financeiros com indicadores representativos dos processos internos, da relação entre empresa e cliente e da capacidade da organização para a inovação e aprendizagem (KAPLAN; NORTON, 1992).

Em 1996, os autores alteraram o nome do modelo retirando o termo *Business*, tornando-o conhecido como Balanced Scorecard. Além da mudança de nome, Kaplan e Norton (1996) reclassificaram a perspectiva Inovação e Aprendizagem para a perspectiva Aprendizagem e Crescimento. Passaram a considerar que as perspectivas exercem uma relação de causa e efeito de forma que medidas de aprendizagem e crescimento impactam nas medidas de processos internos, que, por sua vez, impactam nas medidas de perspectivas dos clientes e, por fim, as perspectivas dos clientes impactam nas medidas de resultados financeiros (HOQUE, 2014).

Ao ampliar o escopo do modelo, que tinha ênfase apenas no controle, para integrar o planejamento estratégico das empresas por meio de uma ligação das medidas do scorecard com um mapa estratégico organizacional, de forma que os objetivos estratégicos são estabelecidos de forma mensurável a partir das medidas do BSC, Kaplan e Norton (2001) permitiram que uma organização estabelecesse vínculos entre as estratégias de planejamento e ações operacionais, de forma que os membros de uma organização possam visualizar no modelo se as atividades operacionais diárias apoiam os objetivos estratégicos da organização (HOQUE, 2014).

Entre suas contribuições estão a composição e a visualização de medidas de *performance* que refletem a estratégia de negócios da empresa. Atualmente, fornece uma visão mais abrangente e holística da organização, pode ser usado com qualquer seleção de perspectivas apropriadas a um ramo de negócios específico (DECHOW, 2012; HOQUE, 2014).

O BSC deve levar à criação de uma rede de indicadores de desempenho que atinja todos os níveis organizacionais, tornando-se assim, uma ferramenta para comunicar e promover o comprometimento geral com a estratégia da corporação. Este método resume, em

um único documento, indicadores de *performance* em quatro perspectivas: financeira, clientes, processos internos e aprendizado, e crescimento (KAPLAN; NORTON, 1992; 1996).

A perspectiva financeira monitora a contribuição da estratégia da empresa para a melhoria dos resultados financeiros. As metas financeiras se relacionam com a rentabilidade, o crescimento e o valor para os acionistas. Os objetivos e medidas financeiros desempenham um papel duplo: definem o desempenho financeiro esperado da estratégia e servem de meta principal para a definição dos objetivos e medidas das outras perspectivas do *scorecard*. Já a perspectiva cliente, pressupõe definições sobre o mercado e segmentos nos quais a organização deseja competir. A proposta é monitorar a maneira pela qual a empresa entrega real valor ao cliente certo, normalmente por meio de indicadores de satisfação e de resultados relacionados aos clientes, como: satisfação, retenção, captação e lucratividade (FILGUEIRAS; BARROS; GOMES, 2010).

A perspectiva processos internos permite que as organizações identifiquem os processos críticos para a realização dos objetivos das duas perspectivas anteriores (financeira e clientes). Os processos devem criar as condições para que a organização ofereça propostas de valor ao cliente capazes de atraí-lo e retê-lo nos seus segmentos de atuação, e, ao mesmo tempo, criar valor para os acionistas. Já a perspectiva aprendizado e crescimento identifica a infraestrutura de que a organização necessita para gerar crescimento e melhorias no longo prazo. Determina as potencialidades e a capacidade que a organização precisa ter para elaborar processos internos capazes de gerar valor aos clientes, além de propiciar a disseminação de conhecimentos implícitos e explícitos, no intuito de otimizar a utilização dos recursos (KAPLAN; NORTON, 1996).

As quatro perspectivas propostas do modelo BSC devem ter seu próprio e distinto conjunto de medidas de *performance*, o que precisa estar de acordo com as características e necessidades de cada empresa. Tais medidas precisam refletir e materializar a missão e estratégia da empresa, segundo os seus criadores.

Os indicadores elaborados para um *Scorecard* devem apresentar uma cadeia de relações que possibilite traduzir a estratégia da empresa, onde a medição do desempenho equaciona e define a estratégia futura da organização. Dentro desse contexto, a ferramenta do BSC procura equilibrar as medidas financeiras e as operativas, facilitando a transição para uma gestão estratégica orientada permanentemente para a visão da empresa (KAPLAN; NORTON, 2001).

O BSC apresenta vantagens para as organizações nos seguintes aspectos:

“i) conhecer e acompanhar a implementação da estratégia; ii) informar toda a empresa sobre a sua estratégia; iii) alinhar as metas pessoais de cada empregado e de todos os setores da empresa com a estratégia desta; iv) integrar os objetivos estratégicos com as metas a longo prazo e orçamentos anuais; v) absorver e alinhar iniciativas estratégicas; vi) efetuar correções estratégicas periódicas e sistemáticas; vii) promover o “feedback” para aperfeiçoar a estratégia e consequentemente os resultados da organização.” (KAPLAN; NORTON, 2001, p. 20).

Apesar de sua expansão em diversos segmentos de negócios, o BSC começou a encontrar algumas críticas. Arnaboldi, Lapsey e Steccolini (2015) argumentam que o BSC tem sido criticado porque suas quatro perspectivas subestimam a complexidade de muitas organizações, acabando por oferecer apenas uma lista de métricas que não condizem com a realidade da organização.

A relação causal proposta na ligação entre as medidas das quatro perspectivas não são sustentadas empiricamente em diversas organizações e a dificuldade em realizar uma integração com sistemas de informação contábeis (HOQUE, 2014) é apontada como um fator limitador do BSC.

Apesar dessas críticas, o modelo se difundiu e vem sendo implementado para o estabelecimento de medidas de desempenho em diversos segmentos de empresas; adaptado para atender organizações distintas, como o setor público e o setor hospitalar e para atender novas demandas sociais como a sustentabilidade (WEIR, 2009; DREVETON, 2013; MACHADO, 2013; NIKOLAOU; TSALIS, 2013; NUTI; SEGHERI; VAINIERI, 2013; LIN et al., 2014; OLIVEIRA; GIROLETTI, 2016; PERRAMON, 2016).

No setor público, as organizações enfrentam muitos desafios na realização de suas tarefas essenciais com o intuito de entregar um serviço de qualidade para o seu público. Dentre esses desafios estão o aumento do escrutínio público, as exigências de prestação de contas e de maior transparência na destinação dos investimentos públicos (NIVEN, 2011).

Muitas organizações do setor público implementaram o BSC apenas para melhorar seu desempenho financeiro. No entanto, sua implantação ofereceu benefícios estratégicos, organizacionais e humanos, uma vez que permitiu esclarecer a estratégia organizacional, melhorar o funcionamento da organização e desenvolver um novo papel para o gestor público (DREVETON, 2013).

A perspectiva dos clientes deve ocupar o topo da missão de organizações públicas, uma vez que a eficiência na prestação do serviço público entregue ao cliente se sobrepõe a necessidade de atender resultados financeiros, que é comum em empresas

privadas. No entanto, ressalta que nenhuma organização, independentemente se for pública ou privada, pode atender as necessidades dos clientes com qualidade se não dispor de recursos financeiros (NIVEN, 2011).

A perspectiva de processos internos que valorizam os clientes garante o sucesso do BSC. Em organizações públicas há uma quantidade enorme de processos estabelecidos por meio de regras e normas que dirigem as funções dos agentes públicos. Para identificar e priorizar processos que valorizam os clientes como uma função estratégica de sucesso da organização, os gestores públicos devem alinhar a escolha dos processos-chave à perspectiva do cliente. Mas é a perspectiva de aprendizagem e crescimento que se deve enfatizar o desenvolvimento de habilidades, dedicação e alinhamento dos objetivos dos funcionários públicos para alcançar seus objetivos socialmente importantes (NIVEN, 2011).

Kaplan e Norton (2004) afirmam que no BSC a perspectiva aprendizado e crescimento é fundamental para o atingimento dos resultados da instituição. Nela estão contemplados os funcionários (pessoas) e o aperfeiçoamento da gestão interna através da utilização da tecnologia da informação e da melhoria das práticas gerenciais. No setor público essa perspectiva é mais crucial ainda, pois há um engessamento na gestão de pessoal. Este engessamento prejudica muito o alcance de resultados, pois, para criarmos um processo de modernização da gestão pública com foco no cidadão, é necessário investir nas pessoas. Uma organização só muda caso seus funcionários promovam processos de mudança organizacional.

A cultura organizacional das organizações públicas foi identificada como um entrave ao processo de mudança pretendido na Nova Administração Pública. Era importante que diante do processo de mudança, novos valores fossem incorporados ao setor público, pois com estes novos valores novas ações poderiam ser postas em prática. O PDRAE destaca ainda: “os obstáculos a uma administração pública eficiente só poderão ser superados quando, conjuntamente com a mudança institucional-legal ocorra uma mudança cultural no sentido da administração pública gerencial” ou ainda “esta dimensão diz respeito a um elemento central da técnica administrativa de como fazer, com que métodos, de que modo, sob orientação de quais valores” (BRASIL/MARE, 1995, p. 38).

Neste sentido, mudança cultural foi observada e entendida como o resultado das relações que se estabeleceram entre os atores participantes do estudo, que historicamente transmitiram e interiorizaram os valores, significados, regras e representações de uma sociedade, apenas por atuarem nela. Dela depende um conjunto de elementos materiais e imateriais, sem o qual, os processos de mudança não podem ocorrer.

O uso do BSC por organizações públicas ganha força ao ser adotado como um modelo de gestão para estabelecer indicadores de controle de resultado e alinhar estratégias de políticas e programas, quer seja de forma centralizada ou descentralizada (JOHNSEN, 2001; NIVEN, 2011).

Utilizado por instituições públicas para alinhar as decisões de coalizão governamental com dados sobre o desempenho governamental. No entanto, se for utilizado apenas como medida de desempenho com o intuito de exercer controle sobre outros agentes públicos, o BSC corre o risco de se tornar um sistema grande, incontrolável e disfuncional. Porém se os agentes tiverem a autonomia para alinharem os indicadores de desempenho com estratégias, podem aumentar a competição política por recursos escassos nas instituições políticas de instâncias superiores, o que implicaria em aumento de eficiência dos serviços públicos prestados (JOHNSEN, 2001).

3.6 Planejamento e Gestão para Resultados: Ações Estratégicas para Determinar o Desempenho das Organizações de Saúde

Por um longo tempo, durante a ditadura militar, a gestão da administração pública de saúde no Brasil foi centralizada, com uma fragmentação institucional e benefício do setor privado em detrimento do público. Algumas transformações das estruturas econômicas e sociais e dos sistemas de administração pública do Brasil levaram a adoção de modelos de gestão mais descentralizados e, em grande parte, dependente do apoio de recursos públicos (PAIM et al., 2011).

Contudo, em razão da insuficiência de dotações orçamentárias do governo, a maioria dos hospitais públicos tem poucos recursos médicos e sofre de baixa qualidade de serviços médicos. Desse modo, há uma escassez de recursos médicos para satisfazer a crescente demanda e oferta de serviços de saúde. Devido, geralmente, a uma má eficiência operacional das instituições de saúde, existe uma relação tensa entre os pacientes e os prestadores de serviços médicos (BARBIANI et al., 2014). Nesse contexto, diversos administradores públicos buscam lançar adequações ao sistema de gestão de saúde, a fim de superar os problemas de ineficiência operacionais dos prestadores de serviços médicos. Assim, o BSC tem sido gradualmente adotado por gestores de sistemas públicos de saúde em todo o país.

Para a gestão dos serviços públicos na saúde, o BSC é utilizado de forma simultânea e complementar com outras ferramentas, porém, considerando todos os sistemas de gestão do desempenho, o BSC é provavelmente o mais utilizado na área da saúde (KLASSEN et al., 2010). Ações estratégicas como planejamento e gestão para resultados ganham relevância no setor público por orientar os gestores ao alcance dos resultados almejados.

Para fazer escolhas acertadas em reduzido espaço de tempo as organizações, de acordo com Ansoff e McDonnell (1993), estão concentrando esforços no ato de planejar, ou seja, no ato de analisar em um processo contínuo as tomadas de decisões empresariais de modo sistemático e com o maior conhecimento possível do que cerca a empresa no presente para projetá-la ao futuro. Desse modo, as organizações de saúde podem melhorar sua posição competitiva se desenvolverem antecipadamente suas estratégias, modelando e implementando planos de ação estratégicos (MOYSÉS FILHO, 2010).

A necessidade das organizações de definir indicadores-chaves de gestão e de mensurar o desempenho estratégico organizacional, de modo a avaliar os possíveis impactos e consequências das fragilidades existentes, permite a agregação de critérios importantes de avaliação para escolha das ações, orientando as tomadas de decisão. Fundamentados em princípios focalizados na estratégia, as organizações devem: alinhar os sistemas de mensuração e gestão com a estratégia; mobilizar a mudança por meio da liderança executiva; traduzir a estratégia em termos operacionais; alinhar a organização com a estratégia; motivar para transformar a estratégia em tarefa de todos; em gerenciar para converter a estratégia em processo contínuo (KAPLAN; NORTON, 2001).

Estes princípios podem viabilizar a implementação do BSC, um sistema de gestão que traduz a estratégia de uma empresa em objetivos, medidas, metas e iniciativas de fácil entendimento pelos participantes da organização.

O modelo BSC contém vários elementos importantes para a descrição de estratégias que criam valor. Considerado um sistema balanceado de gestão da estratégia o BSC promove o equilíbrio entre as variáveis estratégicas de curto e longo prazos; entre o foco interno e o ambiente externo da organização; entre medidas financeiras e medidas de capital intelectual e entre os indicadores de ocorrência (*lagg indicators*) e os indicadores de tendência (*leading indicators*) (HERRERO FILHO, 2005).

De acordo com a metodologia do BSC, a missão e visão da empresa precisam ser traduzidas em objetivos e medidas que reflitam os interesses e as expectativas de seus principais *stakeholders* incorporadas dos vetores de desempenho financeiro e que abrangem

as perspectivas do cliente, dos processos de negócios internos, e do aprendizado e crescimento. Sem os vetores de desempenho (indicadores de tendência) as medidas de resultados não comunicam como os resultados são alcançados (KAPLAN; NORTON, 1997).

Para avaliar o desempenho de uma organização é preciso ir além da observação dos resultados financeiros e empregar variadas formas de avaliação de *performance*. O BSC propicia à gestão da organização uma melhor compreensão do negócio e da estratégia, sendo complementar às medidas financeiras tradicionais, que avaliam o desempenho da mesma através de vários indicadores formando parte desse processo de gestão (KAPLAN; NORTON, 1992).

As organizações precisam “criar valor para seus acionistas, clientes e cidadãos” (KAPLAN; NORTON, 2004, p. 5). “A proposta de valor articulada com clareza”, segundo Kaplan e Norton (2001, p. 80), “fornece o alvo fundamental em que devem concentrar-se os temas estratégicos, os processos [...] e as infraestruturas”.

Conforme descrevem Kaplan e Norton (2001, p. 348):

“O *balanced scorecard* bem construído oferece orientação para essas mudanças drásticas ao decompor metas distendidas de alto nível em alvos ambiciosos para objetivos e indicadores interligados do *scorecard*. Assim, a organização torna-se capaz de definir iniciativas estratégicas destinadas a fechar a lacuna de planejamento entre as metas distendidas [...]. Os empregados apresentam maior disposição para aderir às metas distendidas, pois conseguem perceber as conexões, a integração e as iniciativas que possibilitam sua concretização”.

Especificamente na gestão de organizações de saúde, o uso do BSC para implementar indicadores de desempenho e alinhar ações estratégicas vem encontrando sucesso na Perspectiva Nórdica de Medição do Desempenho do Setor Público (JOHNSEN; VAKKURI, 2006; JOHNSEN, NORREKLIT; VAKKURI, 2006). O modelo nórdico é associado ao igualitarismo, à gestão de stakeholder e ao incrementalismo. Essas premissas da perspectiva nórdica oferecem uma crítica ao uso do BSC aos moldes anglo-americano, uma vez que o BSC tem uma perspectiva predominantemente gerencial, os objetivos são dissociados do que a sociedade necessita e são associados a indicadores de desempenho e as recompensas são supostos indicadores de desempenho (JOHNSEN; VAKKURI, 2006).

No modelo de gestão nórdica, no uso do BSC, a perspectiva das partes interessadas é colocada em evidência em relação às outras. Essa diferença na predominância das perspectivas mais ou menos implícitas podem dar profundas diferenças nas abordagens para questões de gerenciamento de desempenho do governo. O modelo nórdico é, acima de tudo, caracterizado pela valorização de uma sociedade aberta e com constante diálogo, e esses

valores podem estar em desacordo com o uso de um modelo racional e normativo do BSC (JOHNSEN; VAKKURI, 2006).

Johnsen e Vakkuri (2006) posicionam o modelo nórdico como homeostático e o modelo anglo-americano como cibernético. A metáfora do modelo cibernético pressupõe um sistema de controle externo com um ciclo de medição, em que as informações de feedback sobre alterações indesejadas entre resultados e objetivos proporcionam um controle administrativo da organização. O problema desse modelo cibernético é que ele é aplicável apenas a controle rotineiro, ou seja, onde os objetivos não são ambíguos, os resultados são facilmente mensuráveis, os efeitos da intervenção para ajuste dos problemas são conhecidos e as atividades são repetidas.

O modelo homeostático é “um sistema de gestão de desempenho onde há um autocontrole por todos aqueles que realmente intervêm no processo e não apenas a gerência” (JOHNSEN; VAKKURI, 2006, p. 304). Nesse modelo há dispositivos que contém processos internos que buscam manter o equilíbrio em um ambiente de incertezas e mudanças. Desse modo, no modelo nórdico para o uso do BSC impõe que a perspectiva de stakeholders é colocada em evidência em detrimento da perspectiva de acionista, isso porque os stakeholders organizacionais é que tem o direito a voz para adotar, implementar e usar medidas de desempenho.

Além disso, no modelo nórdico, a medição de desempenho são desacopladas das metas e recompensas, assim, as medidas de desempenho auferidas com o uso do BSC são utilizadas para o diálogo e aprendizagem, e não para o controle de gestão e ajustes, aos moldes da forma cibernética (JOHNSEN; VAKKURI, 2006).

O planejamento e gestão para resultados do setor público, incluindo as ações estratégicas para determinar o desempenho das organizações de saúde são preponderantes para que as mesmas tenham sucesso, isto é, atender as demandas da sociedade. Essa busca ocorre em um cenário dinâmico e com escassez de recursos. O uso de ferramentas como o BSC é difundido com uma forma de alcançar os objetivos. No entanto, como apresentado nessa seção, há perspectivas distintas para o uso do BSC (anglo-americana vs. modelo nórdico).

Neste sentido, analisar a aplicação de modelos e ferramentas de gestão no exercício das atividades de governo na área da saúde é uma questão relevante para essa pesquisa, uma vez que se pretende analisar o modelo de contratualização para resultados estabelecido pela Secretaria de Saúde do Paraná junto às organizações hospitalares,

destacando os mecanismos por meio dos quais opera, bem como as respostas dos atores técnicos e administrativos das organizações hospitalares.

À luz da literatura apresentada vamos analisar no modelo de contratualização de resultados as categorias: *controle* e *aprendizagem*. O sistema de categorias, produzido pela análise qualitativa de conteúdo das entrevistas desta pesquisa, identificou algumas subcategorias que foram examinadas para o melhor entendimento dessas duas categorias. O *controle* foi examinado levando-se em conta o *monitoramento* e *avaliação de desempenho*. A *aprendizagem* levou em conta a *mudança cultural*, a *governança da rede*, a *capacitação profissional*.

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Nesta seção, apresentamos o planejamento estratégico no âmbito do programa HOSPSUS e procuramos analisar e discutir os resultados da pesquisa sobre a experiência de contratualização de resultados na percepção dos grupos entrevistados.

4.1 O Planejamento Estratégico no Exercício das Atividades do Estado do Paraná na Área da Saúde

No Paraná, para alinhar estrategicamente o planejamento à gestão para resultados, o governo do Paraná estabeleceu diretrizes e normas integradas às estratégias assistenciais, econômica, redistributiva, gerencial, educacional, parceria com gestores locais e cooperação técnica horizontal.

O processo de planejamento (incluindo as funções de controle: monitoramento e avaliação) deve ter no exercício das atividades do Estado, de modo geral, e da saúde em particular, lugar de destaque.

O papel desempenhado pela função de controle no processo de planejamento é acompanhar o desempenho do sistema, através da comparação entre as situações alcançadas e as previstas, principalmente quanto aos objetivos e desafios, e da avaliação das estratégias e políticas adotadas pela empresa. Nesse sentido, a função de controle é destinada a assegurar que o desempenho real possibilite o alcance dos padrões que foram anteriormente estabelecidos. O controle pode ser definido como uma função do processo administrativo, que, mediante a comparação com padrões previamente estabelecidos, procura medir e avaliar o desempenho e o resultado das ações, com a finalidade de realimentar os tomadores de decisões; de forma que possam corrigir ou reforçar esse desempenho ou interferir em funções do processo administrativo, para assegurar que os resultados satisfaçam às metas, aos desafios e aos objetivos empresariais. Lembrando que o produto final do processo de controle é a informação (ANSOFF, 1991).

O Brasil dispõe de legislação específica (Lei 8.142/1990) sobre o controle que a sociedade deve fazer sobre as políticas públicas de saúde, por meio de Conferências e Conselhos de Saúde, dentre outros.

O planejamento estratégico no âmbito do programa HOSPSUS foi a forma que a SESA encontrou para definir as declarações de missão, visão, valores e os resultados para a

sociedade a serem alcançados (sob a forma de objetivos, indicadores e metas) e o modo de alcançá-los (usualmente sob a forma de um plano de ações ou projetos), com base nas perspectivas de processos, gestão e financeira traçadas no Mapa Estratégico (Figura 3 – Mapa Estratégico HOSPSUS).

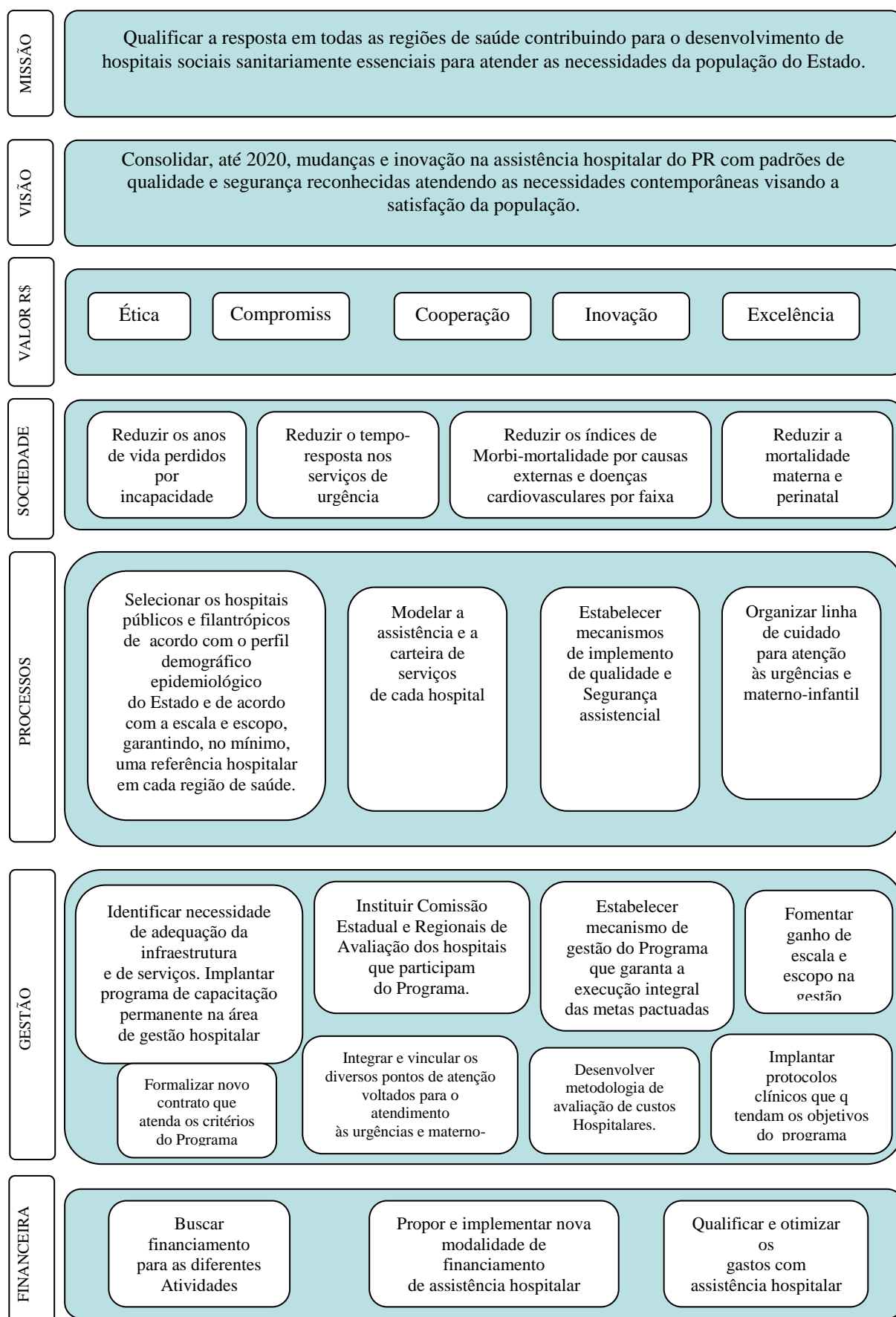


Figura 3 – Mapa Estratégico HOSPSUS

Fonte: SESA-PR (2011, p. 15)

O Mapa Estratégico definido para o HOSPSUS, com base nas declarações de missão, visão, valores e resultados se constitui em um importante arranjo contratual que requer o envolvimento de um conjunto de disposições e instrumentos que vise promover processos de controle e aprendizado decorrentes da contratualização.

A contratualização, nesse caso, se constitui em um importante dispositivo para desdobramento da estratégia e promoção de incentivos, elementos centrais de um modelo de gestão para resultados.

O HOSPSUS tem promovido esforços de melhoria da gestão das instituições hospitalares com o intuito de superar os seus desafios atuais e futuros. Um desses esforços foi o desdobramento da estratégia definida em compromissos e metas a partir de uma sistemática de contratualização de resultados.

Para lidar com problemas complexos como os da saúde, o modelo de contratualização proposto pela SESA ao HOSPSUS com base em arranjos de governança (estratégias promotoras do desempenho organizacional) possibilita “a construção de mecanismos de monitoramento e avaliação que promovam aprendizado, transparência e responsabilização” (MARTINS; MARIN, 2010, p. 30).

No Estado do Paraná, o governo em conjunto com a SESA, em 2011, adotou o BSC como estratégia para garantir que a contratação do programa HOSPSUS – Rede Mãe Paranaense fosse utilizada para estabelecer medidas de desempenho e realizar uma gestão voltada para os resultados.

4.2 A Experiência de Contratualização nas Organizações A, B, C

Retomamos aqui o conceito de contratualização de resultados que estamos empregando neste estudo: uma estratégia capaz de promover mudanças substantivas na qualidade dos serviços públicos e induzir melhorias no desempenho organizacional, pois “estimula a aprendizagem organizacional, além de promover incentivos para a melhoria contínua” (PERDICARIS, 2012, p. 7).

Os resultados dessa seção são apresentados de acordo com as entrevistas, a pesquisa documental e a observação não participante em reuniões do Comitê de Acompanhamento e Avaliação do HOSPSUS – Rede Mãe Paranaense nas 11^a, 12^a e 14^a Regionais de Saúde. As temáticas que traduzem a compreensão da investigação podem ser

verificadas no estudo das categorias analíticas do modelo de contratualização de resultados: *controle e aprendizagem*.

A análise efetuada a partir do conjunto das fontes pesquisadas possibilitou apreender que para as organizações hospitalares participantes do estudo, a partir das perspectivas financeira, de gestão/aprendizado e crescimento, de processos internos e de resultados para a sociedade, a contratualização de resultados tem sido vivenciada como uma combinação de controle e aprendizado, e tem criado condições para que as equipes administrativas e técnicas possam corrigir ou melhorar as falhas na rotina hospitalar – como buscaremos demonstrar a seguir.

As experiências de contratação de serviços de saúde aqui analisadas integram a estratégia do Programa HOSPSUS, cujo objetivo é qualificar a resposta hospitalar em todas as regiões de saúde, contribuindo para o desenvolvimento social e sanitário, essencial para atender às necessidades da população do estado, a partir de uma lógica ligada à regionalização.

É importante esclarecer que a análise não recai apenas sobre o Programa HOSPSUS – Rede Mãe Paranaense, pois inclui também a perspectiva dos atores constituintes dessa rede. Para situar a análise, vale lembrar que os atores participantes da pesquisa destacam a importância dos incentivos financeiros como uma das formas para melhorar o desempenho organizacional.

O incentivo financeiro, instituído pela SESA por meio de repasses de recursos do Tesouro do Estado a serem aplicados em investimentos, modernização gerencial, custeio e qualificação de recursos humanos, é direcionado para melhoria da qualidade da assistência, com investimentos na manutenção e ampliação da capacidade instalada (instalações físicas e equipamentos), para aumento da oferta de serviços, custeio das ações e melhoria da gestão dos hospitais.

No modelo BSC, a *perspectiva financeira* permite um melhor funcionamento da organização. Contudo, no setor público essa perspectiva está orientada para a execução do orçamento, pois para as organizações públicas o orçamento é um meio para obtenção de recursos necessários para o cumprimento de sua função social. Portanto, precisamos vincular a perspectiva financeira ao aperfeiçoamento da gestão e às dimensões de desempenho focadas na eficiência, eficácia e efetividade.

A perspectiva *gestão/aprendizado e crescimento*, abrangendo as categorias *Controle e Aprendizagem*, neste estudo se apresenta como uma estratégia de gestão pública voltada para resultados. Nesta perspectiva, o controle das atividades desenvolvidas pelos

contratados, realizado pela SESA com base no *monitoramento e avaliação de desempenho*, busca imprimir eficiência às ações desenvolvidas nas organizações hospitalares. A ênfase que se coloca nessa perspectiva desloca-se para a *aprendizagem*, outra importante categoria de análise, aqui compreendida a partir de algumas subcategorias que foram identificadas a partir das entrevistas, como: *mudança cultural, governança da rede, qualificação profissional*.

A perspectiva *processos internos* contemplou alguns objetivos determinantes para o funcionamento das organizações hospitalares participantes do estudo. Para Norton e Kaplan (2004), nessa etapa os gestores devem identificar os processos-chave da organização e o processo de inovação.

A perspectiva *resultado para a sociedade* envolve os resultados assistenciais esperados a curto, médio e longo prazos com efeitos sobre os usuários. Nessa perspectiva, o cidadão/a sociedade assume o lugar de cliente, como beneficiário de um serviço público em saúde.

O BSC para o setor público atende tanto às perspectivas voltadas aos clientes entendidos como usuários diretos do serviço, como o cliente entendido como o cidadão ou mais amplamente a sociedade. Com foco no sentido específico de cliente, mede o atendimento e a satisfação do usuário quanto aos requisitos de qualidade dos produtos/serviços ofertados; com foco no cidadão/sociedade mede a efetividade da ação pública (GHELMAN; COSTA, 2006).

Nesse contexto, as análises são apresentadas na percepção dos grupos entrevistados. São eles: representantes da SESA e das Regionais de Saúde; equipes administrativas (Pessoal Administrativo das Organizações Hospitalares) e responsáveis Técnicos dos Hospitais (médicos e enfermeiros) dos hospitais A, B, C.

4.3 A Experiência de Contratualização de Resultados na Percepção dos Representantes da SESA-PR e Regionais de Saúde

Os conteúdos extraídos das entrevistas realizadas com os Representantes da SESA e Regionais de Saúde visaram verificar se o modelo de contratualização do HOSPSUS – Rede Mãe Paranaense proporcionou um controle sobre as atividades desenvolvidas pelos contratados e se essa estratégia de gestão interfere nas atividades técnicas e administrativas de modo a oferecer mais e melhores serviços à população beneficiada e garantir maior eficiência e efetividade aos serviços públicos prestados a sociedade.

Para o alcance desse objetivo partimos do exame das Resoluções (173/2011; 174/2011; 026/2013; 0153/2016) que mostram claramente que o Governo do Paraná em conjunto com a SESA se comprometeu a: organizar as Redes de Atenção Integral à Saúde nas 22 regiões de saúde do estado do Paraná, com o objetivo de implementar a atenção hospitalar em todas as Regiões de Saúde do Estado, e proporcionar ao cidadão um atendimento hospitalar de qualidade. O conteúdo das resoluções mostra o propósito do Governo de controlar os resultados dos hospitais.

O programa HOSPSUS – Rede Mãe Paranaense foi desenvolvido a partir da análise de indicadores que demonstravam que o estado do Paraná apresentava um histórico de estabilidade em suas taxas de mortalidade materna e infantil, conforme podemos observar na fala a seguir.

“[...] A criação do programa e implementação do HOSPSUS - Rede Mãe Paranaense é um reflexo de um processo de mudança na saúde do Estado [...]. A partir da avaliação dos indicadores de saúde referente a taxa de mortalidade materna e infantil que já vinham aproximadamente há 10 anos estagnados, a SESA desenvolveu esse programa.” [RGA-1]

Outro fator preponderante para a criação do HOSPSUS está diretamente ligado à percepção da SESA da necessidade de solucionar os vazios assistenciais existentes em algumas regiões do Estado e com isso proporcionar ações que visem garantir a toda gestante um atendimento de qualidade.

“[...] O HOSPSUS – Rede Mãe foi pensado e elaborado para atender a seguinte finalidade: criar no Estado uma estrutura onde todas as nossas regionais de saúde pudessem ser contempladas com hospitais referências no atendimento de gestantes de alto risco, contribuindo para solucionar alguns vazios assistenciais e com isso melhorar o atendimento a toda a gestante”. [RS-1]

Inicialmente, a SESA concedeu um período de adaptação aos hospitais incluídos no Programa HOSPSUS. O exame das Atas de Avaliação (elaboradas pela Comissão de Acompanhamento e Avaliação) permitiu constatar que esse período visava a que os hospitais fossem se adequando aos compromissos firmados no processo de contratualização, a fim de não serem penalizados. Durante esse período os repasses para custeio foram realizados integralmente. Os relatos dos Representantes das Regionais de Saúde nas quais os três hospitais estão inseridos, comprovam a existência de período dado às organizações para se adaptarem.

“Foi dado um período para a instituição se adequar ao que foi contratualizado. A gente foi fazendo as avaliações e identificando quais itens não estavam sendo cumpridos e a gente foi cobrando. Levou quase um ano de avaliação para daí começarem os descontos”. [RGA-2]

“Demorou para começarmos aplicar os descontos. As primeiras avaliações eram mais informativas e de acompanhamento das melhorias, se não me engano a partir da terceira ou quarta avaliação é que começamos a efetuar o desconto e esses eram aplicados ao repasse dos recursos de custeio”. [RGB]

“Foi dado um período para a instituição readequar suas instalações. Eles Fizeram várias modificações, adequaram tudo de acordo com o contrato”. [RGC]

Seguindo os propósitos da SESA buscamos nas entrevistas analisar alguns aspectos que foram considerados como “merecedores de atenção” pelos entrevistados por considerá-los pontos que interferem no funcionamento da Rede.

Iniciamos pela perspectiva *financeira* para esclarecer que os recursos são provenientes do tesouro do Estado e suas aplicações são direcionadas para melhoria da qualidade da assistência, com investimentos na adequação de estrutura física, aquisição de máquinas e equipamentos não ficando restrito ao custeio das instituições.

“Os recursos financeiros são repassados aos hospitais de três maneiras: para custeio, para obra e, para equipamento. [...] vale lembrar que os hospitais podem investir conforme suas necessidades. Não há nenhuma exigência em relação aos investimentos realizados nos hospitais com o recurso do Programa.” [RS-2]

“[...] quando a gente fala de repasse financeiro não estamos falando apenas dos repasses do programa para custeio, mas também para melhorias na estrutura e investimentos na capacidade instalada e capacidade tecnológica. O programa ofereceu muitos equipamentos à instituição para melhoria do processo assistencial, além de equipamentos mais específicos [...] essa parte fortaleceu o programa.” [RGA-1]

A abertura oferecida pelo Programa para adequação do uso dos recursos financeiros de acordo com as necessidades de cada hospital é bastante inovadora quando comparada ao tratamento habitual dado aos convênios. A possibilidade de uso segundo as necessidades e consequente não padronização para aplicação dos recursos pode ser vista como concessão de flexibilidades de gestão. Assim, a lógica do Programa HOSPSUS parece assentar-se no propósito de impulsionar resultados – abrindo mão do exercício do controle direto sobre procedimentos administrativos. Como explicitado a seguir, o controle é detalhado quando se trata de padrões de serviço.

Os repasses ocorrem segundo Resolução SESA nº 172/2011, que prevê descontos ao hospital que não atingir pontuação estabelecida pelo processo de avaliação definido pela Comissão Estadual de Acompanhamento e Avaliação do HOSPSUS. O desconto será de

forma proporcional à pontuação atingida e incidirá sobre as parcelas subsequentes ao mês da avaliação.

“[...] os repasses dos recursos financeiros referentes ao Programa HOSPSUS - Rede Mãe Paranaense ocorrem da seguinte maneira, por exemplo, dos R\$ 100.000,00 por mês, uma parte destes recursos são fixos 50% e os outros 50% variáveis, sendo verificado o cumprimento de seus compromissos conforme a contratualização.” [RS-1]

“Esse valor não é pago por procedimento! Metade desse valor é fixo e a outra metade é pela pontuação que alcança. [...] Por exemplo, se o hospital negou atendimento a gestante, ele perde ponto; se não garantir acompanhante à gestante, perde ponto. O descumprimento desses requisitos impõe penalidades, isto é, perda de pontos. E isso pode interferir no repasse.” [RS-2]

Como se vê, importa para o Programa manter padrões de serviço em nível de qualidade previamente definido – e o hospital que não garantir o padrão definido para o serviço será penalizado com diminuição no recurso a receber.

Ainda em relação aos contratos e a forma com que os repasses financeiros eram realizados no início das atividades do Programa, identificamos que estes eram efetuados diretamente às instituições. Após manifestação jurídica da PRC/PGE e da assessoria jurídica/SESA e em cumprimento ao art. 4º do decreto estadual nº 7.986/2013⁸, os repasses passaram a ser realizados na modalidade “Fundo a Fundo” onde as instituições inseridas ao programa estão situadas em um município de regime de gestão plena – nesses casos os recursos são repassados ao município, que por sua vez inclui os recursos em seu contrato com o prestador do serviço de saúde. Nos casos onde o Estado mantém a gestão, mantiveram-se os repasses diretos aos hospitais.

“[...] no começo os hospitais que estavam em nossa gestão nós realizávamos um aditivo no contrato inserindo o programa e fazíamos convênio com os hospitais que estavam em municípios de gestão ampliada. Agora com a nova Resolução os contratos são feitos fundo a fundo. Com os hospitais que estão sob nossa gestão, o Secretário assina e a Direção do hospital também assina o contrato. Nos municípios de gestão ampliada, o município assina um contrato com o seu prestador, mas se ele já tem um contrato, só faz um aditivo, insere nesse contrato as cláusulas, os compromissos e metas que têm que ser assumidos pelo hospital, e a partir do momento da vigência deste contrato nós repassamos os recursos fundo a fundo. [...]. O acompanhamento vai acontecer da mesma maneira, só muda a forma de repasse.” [RS-1]

Diante do exposto, entendemos que a forma de contratação realizada pela SESA aos hospitais mostra que as organizações hospitalares tiveram que se adaptar ao novo formato normativo que atende o Fundo a Fundo, tendo de cumprir novos requisitos e competências.

⁸ Art. 4º do decreto estadual nº 7.986/2013 que regulamenta a lei complementar nº 152/2012 que dispõe sobre o Fundo Estadual de Saúde do Paraná

Na percepção da SESA e das Regionais de Saúde, este modelo de contratualização influenciou a gestão das instituições hospitalares.

Por outro lado, a literatura sobre gestão voltada a resultados ressalta a importância do desenvolvimento de pessoas, em paralelo à adoção da contratualização baseada em desempenho. Segundo Marini (2002), mais importante que mudar sistemas, organizações e legislação, é preciso criar condições objetivas de desenvolvimento/capacitação das pessoas que conduzirão e realizarão processos de transformação organizacional.

Os entrevistados mencionaram que a avaliação das organizações hospitalares (quanto a processos e qualidade do atendimento) é uma prática que fortalece o alcance da eficiência e eficácia nos serviços de saúde. Porém, em seus depoimentos destacaram como fatores importantes desse processo de avaliação, a possibilidade da construção de conhecimento, a qualificação do atendimento, o fortalecimento das relações, troca de experiências e a criação de oportunidade para mudança cultural.

“A avaliação de desempenho é o processo para construir conhecimento para o gestor do hospital. O nosso propósito não é descontar, tirar pontos, prejudicar. Mas, é propor, a partir da percepção daquilo que é observado, avaliado [...] para o gestor hospitalar (diretor) meios para visualizar o impacto das ações e seu gerenciamento”. [RS-1]

“A avaliação vem despertar o interesse dos profissionais de saúde para a necessidade de atender bem seus pacientes, de gerir bem o hospital, de utilizar os recursos de que se dispõe da melhor forma. Nossa intenção é possibilitar relações bem construídas, na qual a experiência compartilhada seja uma ponte para a mudança cultural”. [RGA-2]

Na percepção da SESA, o controle é a aposta para a melhoria do desempenho, conseqüentemente, melhoria do atendimento assistencial.

Para o alcance dos objetivos propostos no Programa HOSPSUS, a SESA utiliza a avaliação e o monitoramento como instrumentos da contratualização de resultados para controlar as melhorias de desempenho previstas em contratos.

“[...] a instituição assina um contrato, nele estão os compromissos e metas que ela deve cumprir e para termos certeza que estão cumprindo o que foi contratualizado realizamos uma avaliação quadrimestral. Nela discutimos e debatemos as melhorias apresentadas e previstas em contrato, como também monitoramos indicadores voltados às taxas que refletem avanços das instituições.” [RS-2]

Para os representantes das Regionais o processo de monitoramento e acompanhamento de alguns indicadores hospitalares durante a avaliação contribuiu significativamente para a eficiência da gestão.

“O fato de estarmos acompanhando alguns indicadores periodicamente durante o processo de avaliação dos hospitais, contribui para a melhoria da qualificação do atendimento, e para a melhoria da eficiência da gestão”. [RGA-1]

“O HOSPSUS, estabeleceu padrões e critérios de qualidade, mensurados pelo cumprimento de alguns compromissos estabelecidos junto aos hospitais contratualizados. Além de monitorar os compromissos estabelecidos o programa possibilitou que nós pudéssemos acompanhar os avanços de alguns indicadores de desempenho, que influenciam a melhoria dos processos internos.” [RGB]

“No processo de avaliação nós acompanhamos as evoluções dos indicadores dos hospitais. [...] Eles não são pontuados, mas são apresentados, discutidos e avaliados com a Comissão de avaliação.” [RGC]

Com o propósito de estimular a formação técnica dos profissionais de saúde, incluindo aí os gestores hospitalares e sua capacidade gerencial, a SESA promoveu um curso de especialização voltado à gestão e compreensão das possíveis necessidades e complexidade das estruturas hospitalares.

“Antigamente os hospitais eram administrados por médicos que não possuíam nenhum conhecimento em gestão. Uma das preocupações do programa foi oferecer uma especialização aos gestores das instituições participantes com o propósito de profissionalizar, qualificar e melhorar a gestão desses hospitais.” [RS-1]

“[...] O curso de pós em gestão hospitalar oferecido por nós, proporcionou aos participantes uma mudança de sua visão [...], percebemos essa mudança nos hospitais contratualizados, logo após o curso.” [RS-3]

“É necessário ter pessoal capacitado, habilitado, treinado para desempenhar bem a função técnico-administrativa dentro de um hospital. [...] Foi por pensarmos dessa maneira que ofertamos um curso de capacitação hospitalar para preparar os profissionais na melhoria de suas funções”. [RGA-1]

De acordo com o relato a SESA também vem promovendo aos profissionais técnicos (Médicos e Enfermeiros) dos hospitais participantes do programa HOSPSUS – Rede Mãe Paranaense cursos de capacitação/treinamento com a finalidade de contribuir no processo de aprendizado contínuo das instituições.

“[...] O programa faz com que os hospitais busquem conhecimento. Receberam treinamento e foram capacitados para se adequarem ao programa HOSPSUS - Rede Mãe Paranaense. [...] Hoje as instituições sempre estão participando de treinamentos, oficinas, congressos [...], existe também o encontro Mãe Paranaense que é feito uma vez por ano, todos estrategicamente voltados para melhoria do programa [...] nossos técnicos participam, tudo ofertado pela SESA.” [RGB]

Outra questão importante extraída dos relatos se refere à governança da rede de atenção à saúde. Na tentativa de aumentar a qualidade do serviço prestado ao cidadão, a SESA tem utilizado a contratualização como mecanismo de governança.

Os hospitais, na atualidade são caracterizados por uma série de funções e comportamentos que os diferenciam das organizações empresariais. Como tal, é possível perceber que a complexidade desse tipo de organização requer o gerenciamento de conflitos entre os seus principais atores, e que implica em mecanismos de controle interno e externo.

A argumentação que sustenta essa explicação pode ser percebida no relato a seguir:

“O que a gente tem agora colocado em prática é a questão da rede e sua governança. Para que essa governança ocorra, nós realizamos reuniões com os diferentes pontos de atenção. Nelas estão presentes os gestores que representam a atenção básica, o representante do consórcio, os representantes dos hospitais que fazem parte dessa rede, da central da regulação de leitos e da central de regulação do SAMU. Ali nós discutimos os problemas que a gente vem encontrando, como por exemplo: dificuldade de acesso. Nós discutimos sobre o problema de relacionamento entre os pontos de atenção para tentar harmonizar as situações entre os pontos.” [RGA-1]

Percebemos que as dificuldades de comunicação e entendimento destes grupos foram sendo superadas por meio de debates e discussões realizadas nas reuniões da Macrorregional.

“[...] hoje nós temos o Comitê Gestor Regional e o Comitê Gestor Macrorregional da Rede Mãe Paranaense que foi o piloto em nossa região. No Comitê Macro fazem parte as cinco regionais [Cianorte, Campo Mourão, Paranavaí, Umuarama e Maringá] por meio de representantes da regional, dos hospitais de referência, dos consórcios, dos conselhos municipais de saúde e das secretarias de saúde. [...] todo mês nós realizamos a reunião macrorregional [...] Assim, todos os probleminhas que a gente encontra na rede, nós colocamos em discussão. No início tínhamos muitos assuntos para discutir, era aquela confusão! Hoje, já falamos a mesma língua.” [RGA-2]

De fato, o processo de contratualização do HOSPSUS - Rede Mãe Paranaense tem como uma de suas finalidades promover a integração entre os diversos pontos de atenção voltados para o atendimento. Essa integração é considerada um aspecto relevante para o fortalecimento das relações entre as organizações hospitalares. Os relatos mostraram a contribuição da contratualização nesse processo.

“O Programa HOSPSUS possibilitou a integração entre os hospitais fazendo com que o hospital busque atender aos critérios e parâmetros estabelecidos pela SESA para encaminhamento da gestante a outra instituição de contrarreferência. É aí percebemos que Programa tende a estreitar as relações entre os hospitais, pois estamos em constante contato.” [RS-2]

“Provemos reuniões junto aos hospitais-referência de cada regional, com a finalidade de promover a integração, trocas de experiências e solucionar eventuais problemas. O programa tem menos de cinco anos [...]. Então é agora que ele que vai começar a colher os frutos [...]. É difícil você começar um programa onde a grande maioria dos hospitais não

possuía estrutura para atender a questão do alto risco [...], com a integração dos pontos de atenção eles começaram a melhorar.” [RS-1]

A partir dos relatos identificamos que a contratualização tem favorecido a parceria entre os atores participantes do Programa HOSPSUS em nível local entre representantes dos hospitais, representantes da Regional de Saúde, representantes da Secretaria Municipal de Saúde (sede), Conselho Municipal (sede).

“Eu vejo que o programa contribuiu para constituição de um processo de parceria, e fortalecimento das relações entre hospitais, regionais de saúde e secretarias municipais de saúde locais e influenciou também de maneira indireta na melhoria da relação do hospital com a atenção primária dos municípios”. [RS-1]

Na esfera macro, a contratualização favoreceu a troca de experiência entre os representantes dos hospitais, das Regionais de Saúde, do CRESEMS (Conselho Regional dos Secretários Municipais de Saúde), do município sede da reunião, dos consórcios, da central de leitos, do SAMU e da SESA, que se reúnem para discutir problemas correlatos e compartilhar experiências. Compete à SESA promover encontros no quais as organizações aprendam a melhorar sua capacidade e seu desempenho.

“Os hospitais são mais afetados pelo ambiente no qual operam, transformando-se em um sistema aberto com contínuas relações de troca. Por essa razão, nas reuniões macro da Rede Mãe Paranaense com representantes do hospital, do CRESEMS, do município que sedia a reunião, dos consórcios, da central de leitos, do SAMU, das regionais e da SESA nós apresentamos e discutimos seus indicadores e suas dificuldades. Isso é importante porque às vezes os problemas são semelhantes e às vezes não. Essas reuniões são muito boas.” [RGB]

Nessa análise foi importante identificar como os entrevistados perceberam a contribuição da perspectiva *processos internos* na ampliação da prestação dos serviços públicos. Com foco na eficiência, essa perspectiva contribui para a implantação de medidas e programas de racionalização da ação pública que criam condições para atender satisfatoriamente o contribuinte e para ampliar a prestação dos serviços públicos.

Os aspectos relacionados aos processos internos foram percebidos como determinantes para o bom funcionamento do hospital e para a satisfação do cliente, no caso, da gestante.

“Um dos propósitos da contratualização pelo programa HOSPSUS foi incentivar a reorganização das atividades junto aos hospitais inseridos ao programa através da revisão e formalização dos seus protocolos clínicos e processos de trabalho; criação e/ou organização das comissões organização e incentivar a realização e implantação de um plano diretor que

possa envolver os profissionais na construção de um planejamento junto as instituições”. [RS-1]

“Buscar agregar valor ao paciente oferecendo uma prestação de serviço que atenda suas necessidades. Não passa apenas pela melhoria de sua estrutura física e com a aquisição de equipamentos que são necessários. Visa também que ocorra a melhoria interna das atividades da organização [...] Então o Programa incentiva a padronização das atividades internas dos hospitais através da exigência da criação de protocolos clínicos”. [RS-2]

Na perspectiva *Resultado para Sociedade*, é oportuno destacar que a contratualização está em conformidade com o regime estabelecido pela Constituição brasileira, que institui a saúde como direito de todos e dever do Estado, em suas diversas esferas. O texto constitucional consagra a existência de um sistema único de saúde, que corresponde a uma rede regionalizada e hierarquizada, de forma que a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios atuem em regime de colaboração.

Portanto, se extrai dos relatos que a contratação do Programa HOSPSUS – Rede Mãe Paranaense tem atendido ao texto constitucional, pois os Municípios têm buscado prestar serviços de saúde com o auxílio técnico e financeiro dos estados e União, para garantir à sociedade melhorias na prestação de serviços oferecidos nos hospitais que integram o Programa.

“O programa trouxe organização do serviço, melhoria do acesso, acesso qualificado de acordo com a necessidade da paciente, e está impactando as taxas de mortalidade materna e mortalidade infantil. [...] Além de repassar um incentivo financeiro a mais para os hospitais [...], o programa organizou o atendimento dentro dos hospitais e o seu processo de trabalho através das avaliações. [...] O programa ajudou também no planejamento, eles sabem quantas gestantes foram estratificadas para aquele mês, isso é importante. Antes do programa não tinham uma noção de quem eram as gestantes de risco, onde elas estavam e como e aonde iriam colocar estas gestantes [...]” [RGA -1]

“[...] Então o programa influenciou a melhoria do atendimento da parte da hotelaria do hospital que antes era ruim, ou melhor, muito ruim não só do nosso hospital, mas do outro lado quando nós visitávamos dava a impressão de que tudo que sobrava da outra área de convênio e o que tinha de pior ia para área SUS [...] hoje se você for lá onde ficam as gestantes do SUS, perceberá que suas acomodações atualmente possuem um ambiente confortável e com uma estrutura voltada para o parto humanizado.” [RGB]

“Em relação ao HOSPSUS-Rede Mãe Paranaense o atendimento à gestante de alto risco pode ser considerado o principal benefício [...] proporcionou qualidade no serviço de atenção à gestante. Hoje a gestante que tem sua gestação estratificada como de alto risco sabe que irá ganhar seu neném em uma instituição de referência com estrutura de UTI neonatal.” [RGC]

“Para a população, o programa gerou melhoria da qualidade do serviço [...] principalmente no serviço prestado pela UTI Neonatal, aumentou o número de leitos - que foi o grande benefício para a Rede Mãe. Os profissionais estão tendo a oportunidade de receber capacitação com ações custeada pelo governo - todo convite feito aqui pelo HOSPSUS não tem custo para o hospital”. [RS-1]

Na percepção dos representantes da SESA e Regionais de Saúde, o HOSPSUS é uma conquista para a população, principalmente para as gestantes. A institucionalização do programa como Política de Estado é considerada uma prioridade pela SESA, não querendo que ele permaneça somente como um programa de governo.

“[...] O programa avançou tanto que agora chegamos numa fase onde ele deve ser transformado em uma política pública. Nosso Secretário já enviou para a Assembleia o projeto de lei, para que a gente tenha a garantia de que os financiamentos destinados às instituições inseridas no Programa, com recursos do Estado, permaneçam mesmo após a mudança de governo”. [RS-1]

“Hoje as instituições não conseguem manter a mesma qualidade do atendimento sem o auxílio do HOSPSUS [...] este programa não pode parar, por isso o nosso Secretário já encaminhou para a assembleia um projeto lei para transforma o programa em uma política pública e com isso garantir que esses recursos permaneçam sendo repassados às instituições”. [RGB]

Os compromissos firmados em contrato estão sendo atendidos, mas ainda existem alguns desafios que merecem atenção, especificamente, os que estão relacionados com a gestão do Programa à medida que o Programa for avançando.

4.4 A Experiência de Contratualização de Resultados na Percepção dos Profissionais das Áreas Administrativas dos Hospitais A, B, C

O governo do estado do Paraná, em parceria com a SESA, ao inserir em sua execução orçamentária o Programa HOSPSUS por meio da contratualização de serviços de saúde prestados por instituições públicas e sem fins lucrativos vinculadas ao SUS, possibilitou que essas instituições fossem beneficiadas com repasses financeiros para melhorar o seu desempenho.

As instituições puderam adequar sua estrutura física, adquirir máquinas e equipamentos, efetuar pagamentos relacionados ao seu custeio (água, luz, telefone, pagamento de contratos, entre outros) e contratação e qualificação de seus recursos humanos.

Para o que o Programa HOSPSUS – Rede Mãe Paranaense pudesse atender todas as 22 regionais de saúde do Estado, o Governo optou por formalizar alguns compromissos e metas por meio de contratos entre gestor (SESA) e prestador de serviços (hospitais próprios ou filantrópicos). De acordo com as necessidades de saúde da população e o perfil assistencial do prestador, na pactuação, foram especificadas obrigações e responsabilidades para as partes

envolvidas e estabelecidos alguns critérios para o monitoramento e avaliação de desempenho, avaliados quadrimestralmente por uma Comissão de Acompanhamento e Avaliação (CAA).

Como já registrado, foi concedido aos hospitais um período inicial de adaptação. O relato do entrevistado da organização hospitalar B confirma que no período inicial algumas ações foram desenvolvidas com o propósito de adaptar o funcionamento e gestão ao modelo de contratualização por resultados adotado pelo contrato do HOSPSUS – Rede Mãe Paranaense:

“Logo após a adesão ao programa o hospital teve que fazer algumas adaptações nas mais variadas áreas. Tivemos um período para nos adaptarmos ao plano de trabalho do HOSPSUS para respeitar os compromissos pactuados. O programa era algo novo! O nosso norte principal foi a ficha de avaliação, que é o que realmente norteia a gente. Contratamos um técnico para gerenciar e ficar à frente desse programa e de outros convênios para captação de outros recursos e tudo mais. O hospital possui um modelo de contrato em que metas a serem atingidas são de fato cobradas. Não podemos brincar com isso! As metas a serem atingidas por meio de contratualização representam ganhos para o hospital”. [RAHB-1]

Mesmo a instituição A tendo um período para se adaptar às exigências da contratualização, seus gestores mostraram-se inseguros em relação ao Programa. Segundo o relato de um dos funcionários administrativos do hospital A,

“Algum tempo após a implantação do programa em reunião com a diretoria e área administrativa avaliamos os benefícios de estarmos inserido no HOSPSUS. A instituição teve que fazer um investimento para adequar a estrutura às exigências do programa. Como consequência dessa adesão aumentou o volume de pacientes atendidos, que obrigatoriamente exigiu a contratação de mais profissionais. Esse aumento no volume de pacientes gerou também aumento de consumo medicamentos, de materiais cirúrgicos e de outros materiais para manutenção. Na época paramos para discutir se isso era viável, mas como já havíamos feito um investimento alto decidimos continuar mesmo com todas as dificuldades enfrentadas. Não foi fácil porque eram muitas exigências. Tivemos que fazer muitas adequações e os recursos repassados muitas vezes parecia não compensar”. [RAHA-2]

Sob os aspectos da perspectiva *financeira*, constatamos que os repasses dos recursos foram fundamentais para as organizações hospitalares cumprirem as exigências da contratualização e readequar suas instalações.

Através das análises das Atas e das Fichas de Avaliação dos Hospitais A, B, C e dos relatos, foi possível identificar que os recursos disponibilizados para melhoria e adequação da estrutura foram obtidos seguindo orientações do programa, por meio de projetos apresentados à SESA. Foram disponibilizados para melhoria e adequação da estrutura do hospital A aproximadamente de R\$ 1,13 milhão.

“Aqui nós tivemos investimentos do Programa relacionados a infraestrutura e aquisição de novos equipamentos. Enviamos um projeto para SESA referente à construção da nova maternidade que é um investimento significativo. Essa nova maternidade estará enquadrada em novos padrões de vigilância e tudo mais [...]. Já em relação a equipamentos o programa contribuiu para modernização dos nossos equipamentos da UTI Neonatal”. [RAHA-4]

“Tivemos que readequar nossas instalações para cumprir as exigências previstas em contrato. Uma delas é a adequação dos nossos leitos para acomodação dos acompanhantes.” [RAHA -1].

Para o hospital C foram destinados aproximadamente R\$ 10,7 milhões, investidos para aumento do ganho de escala com ampliação do número de leitos principalmente da UTI Neonatal:

“O HOSPSUS também possibilitou que nós conseguíssemos recursos para melhoria de nossa estrutura física que era muito ruim. Hoje nós temos uma parte da nossa instituição que está em fase final de reforma, você poderá ver que os leitos da enfermaria foram todos reformados e adequados às exigências da SESA, também ampliamos o número de leitos de nossa UTI neonatal e nossas salas do centro cirúrgico também passaram por melhorias”. [RAHC]

As cobranças realizadas pela comissão de avaliação do HOSPSUS influenciaram a unidade hospitalar B a readequar as instalações da maternidade a fim de melhorar o atendimento as gestantes:

“O programa obrigou a gente a se adequar [...], por exemplo, realizamos uma reforma na sala onde o acompanhante fica, equipamos uma sala para coleta de leite.” [RAHB-2].

“A regional por meio da Comissão de Avaliação do Programa cobrou melhorias em nossa infraestrutura devido aos recursos disponibilizados. Hoje se você for visitar nossa hotelaria vai verificar que as camas são novas, os leitos possuem ambiente climatizado, com TV e música ambiente, todos foram reformados e pintados. Antes do programa a hotelaria do SUS estava meio precária, hoje não perde nada para o particular”. [RAHB-1]

Segundo as informações da SESA o Programa HOSPSUS repassou também um valor aproximado de R\$ 2,9 milhões para aquisição de máquinas e equipamentos para o hospital A. Parte desses recursos foi aplicada em melhorias de equipamentos na maternidade:

“[...] eu entendo que por estarmos inseridos no programa e sermos referência no atendimento de gestante de alto risco, em nossa região sempre existe a possibilidade de através de emendas captarmos recursos para aquisição de equipamentos que estão faltando. Recentemente recebemos da SESA por meio do HOSPSUS um sonar, além de outras máquinas, mas é claro que isso depende da elaboração de projetos”. [RAHA-4]

Os relatos dos profissionais administrativos do hospital B evidenciaram que as mudanças ocorreram nas diversas áreas do hospital incentivadas pelo aporte financeiro da

SESA por meio do programa HOSPSUS que disponibilizou aproximadamente R\$ 312 mil a esse hospital; um percentual desse recurso foi destinado para equipar a maternidade:

“[...] quando visualizo o programa na área econômica por meio de suas alocações de recursos financeiros percebo que o programa contribuiu para melhoria da estrutura física e aquisição de equipamentos, capacitação dos profissionais que estão inseridos na instituição e modernização gerencial do hospital. Com os recursos disponibilizados adquirimos materiais de consumo, material farmacológico e contratação de serviços médicos na área de gestação de alto-risco como pediatras, anestesistas e obstetras”. [RAHB-1]

“O programa auxilia com recursos financeiros na manutenção das atividades desenvolvidas para atendimento ao SUS tanto nas áreas de urgência e emergência quanto no atendimento materno-infantil”. [RAHB-3]

O hospital C, assim como os hospitais A e B também recebeu recursos para aquisição de equipamentos no valor aproximado de um milhão de reais. Parte destes recursos foi destinada à aquisição de equipamentos voltados também à melhoria do atendimento das gestantes:

“Tivemos investimentos na compra de equipamentos que contribuíram muito para melhoria na realização dos exames para as gestantes”. [RAHC]

Outro aspecto evidenciado sobre a contratualização do HOSPSUS – Rede Mãe Paraense está relacionado à importância do aporte financeiro para custeio das organizações e que possibilitou a contratação de mais profissionais para a ampliação de seus atendimentos, segundo os relatos que seguem:

“Os recursos vindos do programa são utilizados para pagamento de obstetras, pediatras e anestesistas, mas eles se tornam mais importantes porque a instituição deixa de utilizar recursos próprios para o pagamento desses profissionais e assim pode utilizar os seus recursos próprios para a compra de materiais de consumo, cirúrgicos e medicamentos básicos entre outros produtos”. [RAHA-2]

“O fato de o programa viabilizar recursos para manutenção dos profissionais na instituição eu já considero importante e para nós isso foi muito bom”. [RAHA-3].

“[...] com os recursos provenientes do HOSPSUS - Rede Mãe Paranaense o hospital contratou mais médicos obstetras, pediatras e anestesista com o objetivo de contribuir para melhoria da prestação do nosso serviço para comunidade”. [RAHB-3]

“[...] com esse recurso nós conseguimos contratar mais profissionais plantonistas médicos obstetras, pediatras e anestesistas para ampliar nosso atendimento”. [RAHC]

Para o hospital C os recursos financeiros provenientes do Programa HOSPSUS contribuíram para equilibrar financeiramente e também impulsionar a melhoria da qualidade assistencial da organização hospitalar.

“Os hospitais vinham de uma situação lastimável. Muitos ainda estão em situação difícil. E, graças ao HOSPSUS conseguimos aliviar, sair um pouco desse sufoco. O HOSPSUS surgiu como um plus para aos hospitais. Na minha opinião, hoje, o programa é um parceiro fundamental do hospital. Alguns avanços que nós tivemos estão diretamente ligados ao HOSPSUS e também aos seus repasses financeiros. Se eu tirar o que o HOSPSUS repassa para o hospital eu não consigo manter equilibrada a sua estrutura. Hoje eu vejo o programa como um importante parceiro no avanço do hospital inteiro, que influenciou diretamente na melhoria da qualidade do serviço prestado”. [RAHC]

Segundo as narrativas dos entrevistados dos hospitais B e C, junto com os recursos vieram as cobranças relacionadas às exigências da contratualização por melhorias na qualidade do atendimento realizado:

“Com os repasses também vieram as cobranças por melhoria e adaptações voltadas à qualidade do nosso atendimento. O Estado chegou com o HOSPSUS apresentando esse plus e falando eu te ajudo, mas vocês vão ter que melhorar o seu atendimento e fazer algumas adaptações. [...] Daí a gente começou a se mexer a e nos adaptarmos às suas exigências contratualizadas”. [RAHC]

“Devo reforçar que vinculados aos recursos do programa estão nossos compromissos e as metas que devemos perseguir. Cobramos de nosso pessoal porque somos cobrados, fiscalizados, avaliados. Temos um compromisso assumido com a SESA e devemos trabalhar adequadamente para melhorar o desempenho do hospital e alcançar os resultados pactuados”. [RAHB-1]

Na perspectiva *gestão/crescimento e aprendizado*, constatamos também segundo os relatos dos entrevistados dos hospitais B e C que os incentivos financeiros podem impulsionar a mudança de cultura:

“Os incentivos financeiros devem ser utilizados principalmente como estímulo e ponte para a introdução de uma mudança cultural ampla ao invés de ser apenas uma ferramenta motivacional.” [RAHB-3]

“[...] chegou um momento em que nós tivemos que adaptar algumas coisas dentro do hospital contra a vontade do médico, contra a vontade do corpo de enfermagem, mas nós precisávamos dos recursos que estavam vindo. Nós precisávamos de adaptações rápidas, ‘era o seguinte: você tem noventa dias para se adaptar senão você perde o recurso’; e a gente estava morrendo afogado e a gente precisa dos recursos. Nós tivemos que mudar nossa cultura ou ficaríamos fora do processo. Chamamos os médicos e enfermeiros, explicamos a situação e deixamos claro que precisávamos da colaboração de todos para conseguirmos cumprir o que havia sido contratualizado [...]” [RAHC].

Constatamos também que a contratualização do HOSPSUS – Rede Mãe Paranaense possibilitou ao hospital A se tornar referência no atendimento à gestante de alto risco, e em boas condições para captação de recursos provenientes de outros programas – superando, portanto, o âmbito do próprio HOSPSUS.

“O programa possibilitou maior visibilidade do hospital na região. Por estarmos constantemente buscando nos adequar ao que foi contratualizado [...] nós conseguimos captar novos recursos, ampliamos nosso poder de argumentação para pedir recursos. É um benefício que não tem como ser medido”. [RAHA-4]

Um outro fator destacado nas entrevistas se refere ao monitoramento e processo de avaliação do HOSPSUS exercidos pelas Comissões Estadual e Regional de Avaliação instituídas pela Resolução SESA nº 0173/2011.

Os relatos apresentados pelos profissionais dos hospitais A e C evidenciam que o processo de monitoramento é considerado uma ferramenta importante para a melhoria do desempenho hospitalar e acompanhamento das informações geradas internamente:

“Considero o processo de monitoramento da Comissão importante. Ele contribuiu para que melhorássemos muitas coisas, entre elas podemos destacar: a adequação dos leitos que proporcionou um melhor acolhimento às gestantes e aos seus acompanhantes, melhoria dos processos internos através da criação de comissões e protocolos clínicos que são exigências do programa, fez com que nossa ouvidoria fosse muito mais atuante, além de fazer com que nós acompanhássemos mais de perto nossos indicadores”. [RAHA-4]

“O controle estabelecido pelo HOSPSUS influenciou a melhoria de nossas atividades. A fiscalização é um mecanismo adotado pela SESA para monitorar o desempenho do hospital e verificar se as metas que foram pactuadas estão sendo observadas. Se tudo está conforme o combinado, o recurso pode ser liberado”. [RAHC]

A avaliação também foi destacada pelos administradores dos hospitais como uma estratégia utilizada para identificar as fragilidades persistentes na instituição que podem dificultar sua organização e operacionalização em direção à resolutividade desejada para o serviço. Segundo os depoimentos ficou evidente que as cobranças realizadas em conjunto com a avaliação contribuem para o desenvolvimento da instituição, além de impulsionar o crescimento e a melhoria do atendimento às gestantes:

“[...] quando somos avaliados temos que buscar crescer. Ao sermos avaliados nossas falhas são apontadas. Então, somos obrigados a desenvolver ações para corrigir, melhorar o que não está dando certo [...]. Atualmente investimos na especialização de nossos enfermeiros da maternidade. Utilizamos os recursos do HOSPSUS em conjunto com nossos recursos”. [RAHA-4]

“Eu percebo que a gente precisa ser cobrado, isso impulsiona a melhoria enquanto gestor. No início tivemos alguns descontos devido à falta de acompanhamento no pré-parto, parto e pós-parto e isso refletiu consideravelmente em termos financeiros. [...] Sentamos com a direção e mostramos que a gente precisava tirar aquela reforma do papel, então eu penso ser válido às vezes você sofre um pouquinho perder um pouquinho ali mais avança, eu não tenho dúvida de que essa ferramenta é muito válida”. [RAHB-2]

“Eu sou favorável ao processo de avaliação. Considero que algumas coisas devem ser cobradas. O recurso repassado ao hospital tem que ser fiscalizado, pois sua finalidade é trazer benefícios aos pacientes [...]. No HOSPSUS o processo de avaliação exige o cumprimento de metas contratualizadas. No entanto, para que isso ocorra é necessário o

envolvimento de todos. Por meio do contrato nos comprometemos com a SESA que iríamos desenvolver ações que visassem melhorar o desempenho do hospital. Nesse contrato ficou estabelecido que a SESA fiscalizaria, por meio de uma avaliação, alguns requisitos para depois disponibilizar ou não os recursos financeiros.” [RAHC].

Alguns entrevistados mencionaram que o processo de avaliação do HOSPSUS contribuiu para integração e estreitamento das relações entre as áreas administrativas e técnicas e, conseqüentemente, possibilitou a melhoria da coleta de dados e comunicação interna:

“Na primeira reunião de prestação de contas eu juntei toda documentação e sentei sozinha com os técnicos da Regional e percebi bastante dificuldade [...]. Foi quando eu sentei com o nosso diretor e coloquei para ele que eu achava importante os técnicos participarem, então a princípio a primeira dificuldade foi transmitir para os nossos profissionais a importância do trabalho deles dentro do que a gente havia pactuado e que nós precisávamos atender o que estava pactuado porque automaticamente isso melhoraria o nosso trabalho e daria visibilidade ao nosso serviço e avançaríamos mesmo dentro do que a gente se propôs, as áreas que a gente se propôs a assistir os pacientes, então foi assim - uma primeira dificuldade foi convencê-los da importância. Então a gente percebe que agora o pessoal consegue entender a importância desse programa”. [RAHB-1]

“Esse estreitamento e melhoria na comunicação não ocorreu apenas na área administrativa, mas também com as áreas operacionais, fez com que melhorássemos a nossa relação com esses profissionais e com isso conseguimos identificar e atender as suas necessidades com maior agilidade utilizando dos recursos vindos do programa para investimento”. [RAHA-4]

“O programa fez com que nós melhorássemos a nossa coleta e repasse das informações referentes a alguns indicadores como: números de partos realizados, taxa de cesáreas, taxa de ocupação UTI Neonatal. Isso fez com que buscássemos analisar internamente esses dados, além de agilizar a informação.” [RAHA1].

Percebo que compartilhar informações deve ser o foco da gestão. Entendo que compartilhar conhecimento repassando o que se aprendeu pode ajudar qualquer um a fazer bem feito o seu trabalho. Procuramos envolver, comunicar e informar o maior número de colaboradores sobre HOSPSUS” [RAHB-2].

“No ambiente de trabalho, deve haver diálogo e troca de informações, e a comunicação deve ser possível e estimulada, assim a partir do momento que a gente começou a sentar para discutir as prioridades e onde poderíamos aplicar os recursos do HOSPSUS percebi um processo de respeito e transparência”. [RAHC]

A contratualização também contribuiu para o fortalecimento das relações e construção de parcerias internas no hospital C.

“Com o HOSPSUS a maioria dos médicos perceberam a melhoria do hospital. Quando eles pedem alguma melhoria a gente conversa com eles e fala - olha se a gente melhorar este item aqui eu consigo recurso para o que você está pedindo - e assim nós vamos construindo parcerias internas. Vamos fortalecendo nossas relações”. [RAHC]

A contratualização do HOSPSUS – Rede Mãe Paranaense segundo os entrevistados possibilitou às unidades hospitalares A, B e C desenvolverem seu planejamento

organizacional. As mudanças originadas desse planejamento vieram acompanhadas de debates e discussões entre os profissionais das áreas administrativa e técnica (médicos e enfermeiros).

“Eu acho que o programa trouxe um início de organização, assim nós começamos a planejar nossas ações. O programa fez com que todos os chefes dos setores contemplados pelo HOSPSUS sentassem para decidir de maneira consensual onde e como estes recursos deveriam ser aplicados na instituição. Eu considero que isso contribuiu para melhorar a comunicação entre nós”. [RAHB-2]

“Nós tivemos que elaborar nosso plano diretor, e isso foi importante para identificar nossos problemas e detalhar uma proposta para organização no futuro”. [RAHA-4]

“O HOSPSUS fez com que nós parássemos para pensar no futuro da instituição. No decorrer do curso de especialização elaboramos o nosso plano diretor, envolvemos o pessoal da área administrativa, médicos e enfermeiros nesse processo de visualizar o hospital para daqui uns cinco, dez anos”. [RAHC]

“Percebemos uma mudança de visão por parte dos profissionais. Havia alguma dificuldade, um pouco de resistência para repassar informações de um setor para outro. Hoje os dados são apresentados e discutidos com tranquilidade. Isso é muito importante para o hospital”. [RAHB-1]

A SESA, por meio do programa HOSPSUS buscou impulsionar o fortalecimento de cada instituição hospitalar para que ela possa prestar serviços de qualidade à população. A contratualização foi o instrumento adotado para melhorar a gestão das organizações hospitalares e impulsionar as mudanças. Os relatos a seguir apresentam a influência do programa nas atividades dos profissionais administrativos.

“O HOSPSUS contribuiu para que nós repensássemos muitas coisas internamente aqui na instituição especificamente voltadas à gestão. A primeira coisa que posso mencionar é sobre o curso de qualificação ofertado pela SESA, ele ajudou na compreensão da proposta do programa, fez com nós participássemos e acompanhássemos de perto junto à nossa equipe o cumprimento das metas pactuadas. Elaboramos nosso plano diretor, corremos atrás das adequações necessárias da estrutura física exigida pelo programa, fomos visitar outras instituições para saber como elas se adequaram, acompanhamos e cobramos a criação e implantação dos protocolos e comissões [...]”. [RAHA-4]

“O programa exigiu mudanças por parte do hospital e consequentemente nossa. Tivemos que aprender e adaptarmos as exigências e metas pactuados. Utilizamos a ficha de avaliação para atender as exigências, porque tudo era novo [...] readequamos nosso plano diretor procurando envolver o máximo de pessoal da área de gestão do hospital e participação da operacional, procuramos nos reunir com os médicos e enfermeiros para discutir melhorias de adequações estruturais e de processos que são exigidos pelo programa, buscamos em conjunto definir estratégias para melhoria de nossa maternidade. Assim o programa cobra de nós de nós cobramos de todos”. [RAHB-1]

“Hoje nós sentamos para discutir em conjunto estratégias de melhoria. Recentemente tivemos que elaborar um projeto para captar recursos para aquisição de equipamentos para atender à solicitação da equipe médica, sentamos junto com o responsável de compras, com o responsável da maternidade e com o diretor para discutirmos a elaboração desse projeto.

Quando o recurso chega sentamos para discutir quais são suas prioridades e como podemos utilizá-lo. Teve um dos repasses que definimos como prioridades adquirir materiais de consumo e farmacológicos. [...] eu considero essa discussão importante para o envolvimento de todos no processo”. [RAHB -2]

“Eu vejo que o programa aproximou as áreas. Hoje eu sento com o diretor e o responsável financeiro para discutirmos quais seriam nossas prioridades para aquisição de materiais [...] para aproveitar os recursos provenientes do HOSPSUS da melhor maneira eu realizei um levantamento a pedido do diretor sobre o consumo diário de nossos materiais, médicos e farmacológicos dentro da classificação A, B, C e decidimos inicialmente utilizar os recursos provenientes do HOSPSUS para aquisição de produto de primeira necessidade”. [RAHB-3]

“A primeira coisa que posso dizer é que o programa fez nós nos qualificarmos, começamos a olhar o hospital com mais responsabilidade, muitas coisas cobradas nos contratos nós tivemos que nos adequar, tivemos que correr atrás, aprender, elaboramos nosso plano diretor, corremos atrás de realizarmos adequações físicas, cobrar junto à equipe de enfermagem e médica a implantação de protocolos e criação das comissões exigidas [...] mudamos nossa rotina e hoje o hospital está totalmente diferente do que era antes. [...] As regras impostas pela SESA determinam quais serviços nós iremos realizar, agora nós temos total autonomia para decidirmos sobre sua resolutividade e alto nível de responsabilização pelos serviços prestados às nossas pacientes.” [RAHC].

A contratualização ofereceu um contexto ideal para integração e aprendizagem. Os entrevistados evidenciaram que as reuniões aproximaram os profissionais da SESA com os de outras instituições e criaram condições para compartilhar informações e trocar experiências.

“[...] o HOSPSUS possibilitou uma maior aproximação entre os profissionais com técnicos da regional e da SESA. [...] Nas reuniões macro da Rede Mãe Paranaense que ocorrem às vezes aqui ou em Paranavaí, em Maringá e às vezes também em Curitiba, cada um fala dos seus indicadores. Nós conseguimos perceber que às vezes as dificuldades deles são as mesmas que a nossa e que também estamos no caminho, estamos aprendendo, a gente percebe isso na fala do pessoal quando volta dessas reuniões”. [RAHB]

“[...] nas reuniões técnicas com a Regional conseguimos discutir melhor o processo de trabalho, apresentamos a nossa realidade e tentamos atender ao que foi pactuado”. [RAHA - 1]

“O HOSPSUS facilitou nosso acesso junto à SESA, melhorou o diálogo. O processo de avaliação realizado pela SESA onde somos cobrados, se cumprimos ou não as metas contratualizadas, hoje, é mais justo, mais transparente, porque isso é um relacionamento de negócio [...] no processo de avaliação pode ter um item que realmente eu não tenha cumprido eu não vou discutir, mas aonde eu tenho e sei que estou cumprindo dentro da minha realidade eu vou discutir. O Estado começou a enxergar a gente!” [RAHC]

Os provedores do serviço passaram a se sentir “vistos” pelo Estado – o que é um passo importante para o relacionamento se tornar de parceria, e não de cobrança.

Outro fator identificado nas entrevistas se refere à importância da integração da rede e da parceria desenvolvida pelo trabalho em rede. A integração da rede contribuiu para a troca de experiências com outras instituições cooperando com a melhoria em sua gestão.

“[...] O Programa veio ajudar na melhoria da gestão [...] ele contribui para despertar nos gestores hospitalares uma visão de integralidade e um olhar para as redes de atendimento e não ficarmos restrito a nossa instituição”. [RAHB-1]

“[...] o HOSPSUS influenciou diretamente a gestão, propiciou a interação entre os hospitais, a troca de experiência e conhecimento entre os gestores. Acabamos entendendo a realidade do outro [...] isso propiciou que a gente realizasse trocas de experiências, um benchmarking, fomos conhecer algumas instituições referência, isso auxilia muito em termos de gestão”. [RAHA-4].

“Durante o processo de implantação de acompanhante ao parto, encaminhamos uma de nossas enfermeiras para fazer visitas técnicas em outras instituições e apresentar um relatório de sua observação. Essas visitas possibilitaram o entendimento de que a nossa estrutura era inadequada para cumprir a exigência. Nós começamos com uma sala de humanização do parto sempre buscando proporcionar o que podemos de melhor [...] buscamos valorizar a questão da humanização do ambiente, adequamos os leitos com som ambiente, camas novas e climatização em todos os leitos. Agora nós estamos na fase da elaboração de um plano de redução de cesáreas, mas isso não depende só do hospital, depende também do envolvimento de outros atores [...]”. [RHAB-1]

[...] O programa contribuiu para o desenvolvimento de parcerias, de troca de experiências e para compartilhar informações. Passamos a perceber as demais instituições como parceiros e não como concorrentes”. [RAHC]

Segundo os entrevistados dos hospitais B e C, as reuniões e participação na rede possibilitaram aos hospitais identificar algumas dificuldades, contribuindo para que as duas organizações hospitalares criassem projetos direcionados à Rede Mãe Paranaense para atender crianças e gestantes de alto risco.

“Nós apresentamos para o secretário um projeto que vai ser o piloto da Rede Mãe Paranaense para gestação de alto risco. É um ambulatório que vai ter consultório médico com obstetra, pediatra, ultrassom, sala de coleta de exame com toda uma estrutura no pavimento do hospital. Hoje nós atendemos lá embaixo no internamento pré-parto e é tudo espalhado porque nós não tínhamos estrutura física para isso. Com esse projeto nós vamos fazer algo diferente para atender melhor a mãe, apresentamos o projeto e ele aceitou”. [RAHC]

“Hoje nós conseguimos conscientizar os nossos profissionais médicos da importância do programa, mas sabemos que temos que envolver também mais a atenção primária, por isso nós estamos elaborando e iremos apresentar para SESA um projeto do Centro Mãe Paranaense onde todas as gestantes estratificadas como sendo alto risco serão atendidas neste centro juntamente com as crianças até um ano. Nosso objetivo é melhorar o atendimento às gestantes e com isso melhorar nosso fluxo de pacientes direcionadas para cá”. [RAHB-1]

Segundo os relatos dos entrevistados dos hospitais A e C, a SESA promoveu o curso de especialização em gestão hospitalar com o intuito de contribuir para o rompimento de algumas barreiras que impediam a unidade hospitalar de avançar na implementação de ações importantes para melhorar o atendimento.

“A SESA nos ofertou um curso de especialização em gestão que eu achei importante, lá nós elaboramos nosso Plano Diretor que foi de grande valia principalmente porque estávamos vindo de uma cultura de 30 anos fazendo a mesma coisa [...]. Participar de cursos de capacitação e de treinamento é importante para a unidade hospitalar que necessita crescer. Conhecimento e financiamento são dois fatores que devem ser levados em conta para quem está pleiteando recursos. Por isso, participar de cursos e treinamentos oferecidos pela SESA é um meio de garantir o recurso. [...] o HOSPSUS contribuiu para compreender a importância de estarmos sempre nos atualizando. Temos desenvolvido no hospital ações continuadas que vão desde lavar a mão e abrir as portas - ‘coisas básicas’ que no dia a dia passa despercebido para qualquer um - até ações voltadas especificamente para nossos médicos. Com a contratualização nossa CCIH - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar realmente funciona”. [RAHC]

“A SESA realizou apenas um curso de especialização no qual eu participei, ele foi muito bom, eu considero que o curso foi importante primeiro porque contribuiu para entendermos a dinâmica do HOSPSUS e segundo porque ele nos ajudou no cumprimento das exigências pactuadas junto ao programa”. [RAHA-4]

Os relatos dos profissionais administrativos dos três hospitais também confirmam a realização desses cursos, palestras e treinamentos oferecidos pela SESA direcionados aos profissionais da área técnica (Médicos e Enfermeiros).

“A SESA investe na melhoria contínua da equipe técnica e a instituição sempre está motivando a participação dos profissionais em curso de capacitação ou em treinamentos oferecidos pelo programa”. [...] [RAHA-4]

“[...] a SESA tem oferecido cursos e nós temos procurado participar de todos. A gente percebe um avanço, elas vão para o treinamento depois trazem para nossa realidade, comentam que nosso serviço está bom, que as outras instituições não têm isso ou que eles nem sabem o que significa isso. Eu acho que foi muito válido levar o pessoal para discutir os resultados, assim o pessoal também se sente responsável. Isso vai estimulando o aprendizado”. [RAHB-1]

“[...] Os cursos ofertados pelo programa fizeram com que entendêssemos a necessidade da melhoria contínua. Com a contratualização percebemos que era preciso avançar, melhorar, reestruturar alguns serviços e implantar outros”. [RAHC]

A contratualização levou a gestão dos hospitais A, B e C a desenvolverem ações que visem a qualificação dos profissionais e o aprendizado contínuo. Isso ficou evidente segundo os relatos dos profissionais administrativos.

“[...] Hoje nossos enfermeiros estão fazendo pós-graduação em obstetrícia, em grande parte impulsionados pelo programa”. [RAHA -1]

“Para melhorar a qualidade do atendimento e o desempenho do hospital, temos que investir em treinamento, em capacitação. Não podemos corrigir os problemas cotidianos se não estivermos capacitados para isso. A avaliação realizada pelas Comissões de Avaliação serve para isso, pois utilizamos o resultado dessas avaliações para direcionar nossas ações em prol de nosso crescimento profissional, pessoal e organizacional”. [RAHA-4]

“[...] O programa fez com que nós nos preocupássemos mais com o capital humano [...] nós nunca impedimos ou dificultamos a participação dos nossos profissionais em alguma

capacitação, ao contrário, sempre estimulamos para que o pessoal corra atrás e traga melhorias para ser implantadas [...] nós tentamos criar um ambiente que gere liberdade para os profissionais trabalharem [...] a contratualização do HOSPSUS fez com que nós repensássemos a maneira de administrar o hospital. Isso foi graças ao curso de especialização que ajudou a gente a ter essa percepção. Uma das coisas que eu pedi foi que a gerência de enfermagem e gerente financeiro também realizem uma especialização em gestão, porque na realidade o hospital também é tocado por eles e isso contribui para que as informações melhorem entre os setores. Já falei para eles que teriam que fazer administração hospitalar e os dois fizeram, então é uma visão diferente de muitos lugares por aí. E isso foi ajudando a crescer a instituição, contribuiu para a organização de nossas informações internas e para cobrança de melhorias de nossos resultados junto a nossa equipe”. [RAHC]

“Investimos na capacitação de recursos humanos e a gente tem percebido uma mudança significativa por parte da nossa equipe”. [RAHAB-2]

Outra perspectiva analisada se refere aos *processos internos* das organizações hospitalares. Pelos relatos constatamos que para garantir o cumprimento dos compromissos pactuados referentes à criação e implantação de protocolos e comissões, a melhoria da comunicação interna foi necessária para o desenvolvimento de estratégias a fim de estabelecer padrões e critérios de qualidade.

O programa fez com nós parássemos para discutir alguns processos internamente. Sentamos com os enfermeiros e médicos e definimos quais seriam nossas prioridades.”. [RAHA-4]

“[...] atualmente estamos organizando nossa estrutura toda para atender a criação, elaboração dos comitês e protocolos clínicos exigidos pelo HOSPSUS. Alguns deles já foram implantados seguindo suas recomendações, apesar de nem todos estarem ainda implantados a gente já percebeu uma mudança significativa nas rotinas internas entre médicos e enfermeiros”. [RAHA-1]

“O HOSPSUS influenciou a mudança em nossos protocolos, mudanças nas condutas e a própria estratificação de risco [...] hoje, sentamos para discutir os pontos que a gente percebe que não estão de acordo [...], por exemplo, percebendo a necessidade de melhorar um protocolo ou de adequá-lo nos reunimos para discutir sobre como devemos proceder para fazer os acertos. Nós avançamos bastante, hoje temos uma Comissão atuante [...] penso que a gente evoluiu. Até contratamos uma enfermeira exclusivamente para ficar responsável em acompanhar o trabalho das comissões e elaborar os relatórios. Hoje os relatórios estão impecáveis”. [RAHB-1]

“Na área gerencial [...] no início nós não estávamos adaptados a essa maneira de contratualização, e a esse plano de trabalho e à própria planilha de avaliação. Ela é bem prática e nos dá possibilidade de sentarmos com o nosso gestor e mostrar onde é que precisamos melhorar. Quando falo isso estou me referindo entre outras coisas, à melhoria do processo de trabalho, aos próprios POPs, os protocolos, então isso foi uma construção ao longo desses quase dois anos e eu percebo que a gente avançou bastante”. [RAHB-2]

“Antes do programa nós tínhamos muitas dificuldades com nossas comissões - elas existiam no papel, mas eram pouco atuantes. Com a chegada do HOSPSUS nós tivemos que realmente colocá-las para funcionar. Nossa comissão de óbitos se reúne periodicamente para discutir a importância da prevenção. Nossa CCIH - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar hoje é realmente atuante. Além das comissões outro ponto importante foi à exigência da criação dos protocolos clínicos; isso exige um tempo maior para sua elaboração e implantação, mas na minha opinião são muito importantes para segurança do paciente e do médico”. [RAHC].

Na perspectiva *Resultado para a Sociedade* verificamos que a contratualização do Programa HOSPSUS - Rede Mãe Paranaense impulsionou a melhoria na gestão dos recursos destinados à saúde, auxiliando nas adequações exigidas, na melhoria do acesso e na qualidade dos serviços prestados.

“O Programa fez com que a instituição entrasse em um processo de mudança, porque não é fácil você falar para os médicos e sua equipe que a partir de agora eles passarão por uma avaliação. A gente pena bastante, recebe muitas críticas, mas esses desafios geram crescimento e a gente percebe que essas mudanças estão gerando melhorias de qualidade do serviço. A gente conseguiu melhorar bastante nossa qualidade de atendimento. Nós conseguimos fazer com que o município melhorasse seus índices e recebesse até reconhecimento do Estado devido a nossa melhoria”. [RAHA-4]

“O programa contribuiu para regularizar o atendimento prestado, antigamente ocorriam casos onde pacientes de alto risco eram encaminhadas para cá e como nós não tínhamos convênio com o município ou não recebíamos do governo como hospital de referência nós podíamos recusar paciente. Hoje não! A paciente é encaminhada e nós somos obrigados a recebê-la, caso ocorra a necessidade de transferência dessa paciente, por exemplo, eu não tenha leito de UTI Neonatal disponível, é minha obrigação realizar os primeiros procedimentos de atendimento e acompanhar essa paciente até que a central de leitos encaminhe sua transferência para outra instituição que tenha disponibilidade, mas isso ocorre de maneira muito rápida”. [RAHA-1]

“Na área assistencial nós conseguimos avançar na questão da regulação de leitos por sermos porta aberta, hoje estamos conseguindo organizar um pouco mais graças à implantação do sistema interno de classificação de risco que nós implantamos. Contratamos um profissional para ficar responsável só por esta questão da classificação. Melhoramos a estrutura física de maneira que pudesse preservar e atender realmente a individualidade das pacientes, oportunizamos o acompanhamento no pré-parto, parto e pós-parto, prezando a qualidade da permanência do acompanhante e a humanização da assistência”. [RAHB -1]

“O programa fez com que nós nos preocupássemos mais com as necessidades de nossas pacientes. [...] fizemos um convênio com a UNIOESTE para montar nosso banco de leite. [...] Acho que isso também foi um grande ganho do programa porque fez com que nós corrésemos atrás de melhoria para nossas gestantes e recém-nascidos”. [RAHB-2]

“[...] com esse recurso nós conseguimos contratar mais um profissional e melhorar o atendimento à gestante. Além disso, auxiliou no investimento da qualificação de nossos funcionários da enfermagem e na melhoria do processo de humanização no nosso atendimento [...] a Secretaria veio ao encontro de nossas necessidades financeiras. Com os incentivos da SESA e do HOSPSUS conseguimos equipar nossa pediatria. Melhoramos nossa política de humanização hoje nós temos até uma pedagoga de manhã, um grupo de humor que semanalmente se apresenta aqui [...] Também ampliamos o número de leitos da UTI - Neonatal para atender a região. Solicitamos recursos para equipamentos. Trabalhamos em parceria com a Secretaria, assim fica mais fácil para todos”. [RAHC]

Os achados revelaram que a contratualização motivou e impulsionou ações de aprendizado, de modo que os hospitais A, B, C se readequassem e adotassem práticas e procedimentos que favoreceram o alcance dos objetivos pactuados.

Contudo, observamos nas organizações hospitalares que na contratualização do Programa HOSPSUS – Rede Mãe Paranaense existem alguns pontos que ainda precisam ser melhorados. Assim, foram destacados problemas relacionados às quatro perspectivas.

4.4.1 Desafios a serem Superados na Contratualização detectados pelos profissionais Administrativos dos Hospitais A, B, C

Os entrevistados perceberam a contratualização como uma ferramenta capaz de influenciar as mudanças de ações tanto da gestão como da equipe técnica. Porém, ainda apresentam alguns descontentamentos e algumas falhas.

Na perspectiva *financeira* os relatos apresentam alguns pontos negativos em relação aos repasses. Verificamos, segundo alguns relatos dos profissionais das equipes administrativas dos hospitais A e C, descontentamentos com a forma de distribuição do recurso financeiro (não considerando as diferenças e necessidades de cada hospital em se adaptar aos compromissos/metapactadas) no processo de avaliação,

“O programa apresenta algumas falhas na minha percepção! O principal ponto se relaciona ao tratamento dado pela SESA em relação aos repasses de recursos financeiros. [...] Principalmente, deveria observar a estrutura física, os equipamentos e os recursos humanos, aí sim, analisar bem cada situação, para poder destinar mais recursos ou criar uma compensação para as instituições mais necessitadas e não avaliar todas da mesma maneira”. [RAHA-4]

“[...] o programa HOSPSUS foi criado para qualificar os serviços, serviços que já existiam, agora existem peculiaridades como a nossa que tivemos que praticamente criar e não se cria um bom serviço da noite para o dia ainda mais sem recursos. [...] Uma coisa é qualificar e dar apoio financeiro para um serviço (X) que já vinha e já tinha uma estrutura para você melhorar o profissional, para treinar seu grupo de enfermagem e melhorar o atendimento. Agora outra coisa é criar um grupo novo. Por exemplo, nossa maternidade era pequena. Então o maior problema que a gente vive hoje aqui na região é que tivemos que criar uma coisa que não existia e entrar em uma rede sem condição apropriada. Para mim, essa é a maior falha do programa HOSPSUS - Rede Mãe Paranaense, não ter visto a diferenciação das etapas em que estava cada serviço de atendimento e englobar todos no mesmo processo de avaliação”. [RAHA-1]

“Talvez esse seja um dos problemas do programa. A SESA não entende que a nossa realidade é diferente dos grandes centros, aqui às vezes eu tenho que pagar um profissional a mais para realizar o serviço que nos municípios maiores, devido ao número de hospitais existentes, cada um pode se especializar em uma determinada área e com isso desafogar o atendimento. Aqui nós concentramos tudo aqui, daí fica difícil realizarmos investimentos com as sobras dos recursos porque não sobra, fica todo para pagamento de médicos e prestadores de serviços”. [RAHA -2]

“Eu entendo que esse apoio do programa veio em boa hora, mas coisas poderiam ser um pouco mais maleáveis, porque esse programa foi criado para dar apoio aos hospitais, mas daí eles pegaram também as instituições dos grandes centros e começaram a nos comparar

com eles. Eu não posso ser comparado com um hospital Evangélico de Curitiba, eu não posso ser comparado com um hospital grande de Londrina, isso dificultou muito para a gente se adaptar, nós apanhamos bastante [...] algumas vezes nós perdemos recursos por termos situações diferentes dos outros”. [RAHC]

O atraso no repasse financeiro é apontando como um fator gerador de problemas. De acordo com os entrevistados das organizações hospitalares A e B, há um compromisso assumido pelos hospitais com a SESA que deve ser honrado. Contudo, se a SESA não cumpre o acordo e atrasa o repasse do recurso, o que pode comprometer a qualidade do serviço ofertado.

“[...] nós somos cobrados periodicamente com o propósito de melhorar nosso atendimento, mas eles (SESA) têm problemas para cumprir o acordo, por exemplo, ocorrem atrasos nos repasses financeiros, isso gera um problema porque nós ampliamos o número de profissionais já contando com os recursos, conforme combinado em contrato”. [RAHB-1]

“Existem alguns problema referente ao repasse financeiro, porque o recurso só é repassado após a avaliação, que muitas vezes demora até três meses e isso compromete nossas finanças porque o obstetra, o anestesista, o pediatra não querem saber se eles realizaram o parto pelo programa: chega no fim do mês eles querem receber e isso nos gera um aperto financeiro [...] são muitas cobranças, mas na hora de cumprir com o combinado eles também falham”. [RAHA -1]

O hospital A relata um descontentamento em relação ao valor repassado à instituição pelo HOSPSUS – Rede Mãe Paranaense.

“Com os recursos mensais do HOSPSUS, atualmente, nós conseguimos pagar médicos e prestadores de serviços – laboratórios [...] não sobra dinheiro para investimento”. [RAHA -2]

Os relatos apontaram alguns problemas também relacionados ao *aprendizado e crescimento*. Problemas de funcionalidade da estrutura da rede acabam sobrecarregando as organizações e comprometendo o fluxo assistencial.

Um dos objetivos da contratualização do HOSPSUS - Rede Mãe Paranaense é contribuir para a integração e fortalecimento da unidade hospitalar e unidades básicas, mas segundo alguns relatos o programa precisa melhorar nesse aspecto.

“A rede é muito bonita, mas às vezes a rede não balança como deveria. Falta estrutura, falta médico [...] os hospitais na região sabendo que somos referência e porta aberta para atendimento de gestante de alto risco, colocam suas pacientes na ambulância e mandam para cá. [...] Então eu penso que ainda está faltando melhorar a comunicação entre as instituições e reforçar o papel de cada uma dentro da rede e isso é responsabilidade da regional”. [RAHC]

“[...] eu não consigo perceber um entrosamento com os hospitais menores, a gente percebe ainda uma dificuldade, geralmente a gente precisa do apoio da regional de saúde para um contato e até para formalizar junto a eles que o nosso hospital é referência em risco de alta complexidade para gestante e não para risco habitual para as cidades vizinhas. E repasse de pacientes para nós pode prejudicar a qualidade do nosso atendimento às nossas gestantes estratificadas”. [RAHB-3]

O aumento no volume de atendimento leva a instituição ter problemas com relação à contratação de profissionais e utilizar os recursos disponibilizados pelo Programa para atender casos que deveriam ser atendidos pelos municípios vizinhos nas suas UPA's. Os relatos dos profissionais do hospital A evidenciam uma situação de insatisfação.

“Por conta de uma rede mal regulada temos muitos problemas de insatisfação entre os médicos que são sobrecarregados pelo grande volume de atendimento, e pela metodologia de avaliação dos hospitais, que não vê esses problemas [...] às vezes eu tenho que pagar mais para o profissional querer ficar em uma cidade pequena, para atender o volume que ele atende, devido a uma rede não bem regulada, do que às vezes em uma cidade maior como na capital onde ele tem uma rede mais estruturada e melhor. Então, não adianta falar que o custo é menor, muitas vezes não é, você pode ter um custo maior em um hospital de menor porte do que um hospital grande. Você não consegue diluir tudo. Esse é um grande problema da gestão hospitalar, porque alguns falam que um hospital menor tem que ter menos recursos, não às vezes eles precisam de mais recursos. E o programa não tem essa visão”. [RAHA-4]

“[...] já ocorreu um comentário de médico que preferia dar plantão lá naquela cidade X, porque lá ele ganharia mais do que aqui só para encaminhar paciente para cá, por que lá só encaminha. Daí eu tenho problema de contratação de profissionais por conta disso, eu tenho problema para contratar profissionais de qualidade, eu tenho que disponibilizar mais enfermeiros para atender um atendimento que eu não precisaria estar realizando, e daí não existe cobrança para essas cidades”. [RHA-1]

A resistência à mudança é apresentada como um fator conflitante. A contratualização do HOSPSUS – Rede Mãe Paranaense estabelece que toda instituição hospitalar referência no atendimento de gestante de alto risco deve passar a ofertar atendimento 24 horas, sendo considerada “Porta Aberta” ao atendimento de qualquer gestante em trabalho de parto independente de sua estratificação de risco. Essa vinculação é um dos requisitos que deve ser cumprido. O relato evidencia que no caso do hospital A essa mudança gerou conflito.

“Nossa maior resistência veio dos médicos, mas até mesmo a direção da instituição demorou a entender que eles eram um hospital de vinculação de gestante de alto risco e, como um hospital de vinculação, ele tem que ter acesso. Com a contratualização do HOSPSUS - Rede Mãe Paranaense não era ele mais que decidiria quem ele iria receber, a partir do momento que o hospital foi contratualizado ele começou a receber pacientes conforme a estratificação feita pela atenção básica e que foi validada no ambulatório de alto risco, uma vez que a gestante de alto risco é vinculação automática e como antigamente eles que determinavam quem entrava no hospital foi uma barreira difícil de quebrar, eles

achavam que nós estávamos passando sobre a autoridade deles de definir quem entra e quem não entra, mas isso estava no contrato”. [RGA-1]

A oferta de cursos e treinamentos promovidos pela SESA para o setor administrativo é percebida como um aspecto negativo. Os entrevistados dos hospitais A e C relataram que o Programa falha por não ofertar nenhum tipo de treinamento para o setor sobre o funcionamento do HOSPSUS.

“O governo ofertou só um curso para gestão apenas no início do programa, depois não ofertou mais nenhum. Aqui apenas nossa gestora realizou esse curso. Ele não ofertou nenhum curso, treinamento ou capacitação para nós que compomos a área administrativa”. [AHA-1]

“Eu e ninguém do meu setor recebemos nenhum convite para realizarmos cursos de treinamento ou de qualificação voltados para nossa área administrativa ofertados pelo programa”. [AHA-2]

Sobre o processo de capacitação ofertado pela SESA eu só tenho uma crítica, eu acredito que deveria ter ocorrido uma continuidade de curso, porque assim eu poderia ter hoje na minha equipe administrativa mais profissionais com um olhar crítico sobre o processo de gestão hospitalar. [RAHC]

A equipe do hospital B ainda não participou de nenhum curso de especialização em gestão hospitalar até o momento.

“Nós estamos esperando a oferta do curso de especialização em gestão hospitalar que a SESA ficou de ofertar, porque até o momento os cursos, encontros e treinamentos só foram ofertados para os médicos e enfermeiros”. [RAHB]

“Até hoje não foi disponibilizado nenhum curso da SESA voltado para nós da área administrativa”. [RAHB-3]

Nas áreas administrativas do hospital A não houve quase nenhuma influência direta da contratualização.

“Para o nosso setor a inserção ao programa não alterou em nada nossa rotina, porque nós utilizamos a portaria 507 para comprar, nós somos dispensados de licitação, mas independente dos recursos que nós recebemos e usamos, realizamos as cotações de maneira correta, então nós continuamos mantendo o padrão que já existia. Porque hoje nós não fazemos mais compras por licitações, nós fomos dispensados”. [AHA-2]

“Para o setor de recursos humanos o programa não alterou em nada nossas rotinas, porque os médicos continuam sendo terceirizados e para a equipe de enfermagem e demais funcionários da instituição nada mudou”. [AHA-3]

Na perspectiva *processos internos*, as maiores dificuldades se referem à resistência de alguns profissionais em se adaptarem e cumprirem as exigências contratualizadas relacionadas à criação de protocolos clínicos, comissões interna e ações que visem alterar alguns processos - na maioria das vezes, geram resistências e conflitos.

“Sempre que surge uma necessidade na qual precisamos rever alguns processos internos, ou até mesmo implantar um novo procedimento, nos deparamos com uma situação de resistência, ou de desconfiança, ou até mesmo de insegurança. Mas, buscamos sanar as dúvidas e mostrar que isso é para melhorar ainda mais nossa atividade”. [RAHA-4]

“[...] O programa exigiu adaptações rápidas, como por exemplo, criar de protocolos clínicos e comissões. Essas exigências geraram um certo conflito entre médicos e corpo de enfermagem. Mesmo assim cumprimos as exigências para não perder o recurso que estava previsto”. [RAHC]

Na perspectiva *Resultado para a Sociedade*, a maior insatisfação fica por conta da má funcionalidade da rede. Para os entrevistados do hospital A e C, a sobrecarga no atendimento é um reflexo da má compreensão das instituições locais inseridas na rede sobre a instituição ser referência regional no atendimento de gestante em alto risco.

“Hoje nós somos referência para algumas cidades para gestantes de risco intermediário e de alto risco da rede, se você sentar um dia na triagem de obstetrícia você vai ver que a gente faz o risco habitual de todo mundo, de todas as cidades da região, porque as cidades em volta não fazem o risco habitual, você liga para perguntar e eles falam: ‘hoje eu não tenho anestesista, aconteceu um problema e o médico não está aqui’ e daí tudo acaba aqui” [...]. [RAHA-4]

“Outro fato que acontece muito aqui, é que a gestante está de poucos meses, ela está com uma gripe, resfriado, mas o médico encaminha para cá. Então não existe esta estrutura de referência e contrarreferência, isso não está funcionando”. [RAHA -1]

“O programa ainda precisa de alguns ajustes [...] Quando a instituição entrou no programa era para atender caso de gestação de alto risco de toda região. Daí com o passar de alguns meses a SESA nos chama para reestruturar a rede e nos comunica que também iríamos passar a atender os casos de risco intermediário de mais seis municípios [...] isso aumentou muito nosso volume de atendimento gerando um descontentamento da minha equipe de médicos e enfermeiros, não apenas pelo aumento do volume de pacientes que nós iremos passar receber, mas a preocupação deles estava também fundamentada na qualidade do atendimento que seria prestado a essas pacientes devido ao número de municípios agora atendidos pelo hospital”. [RAHC]

O encaminhamento de pacientes não estratificadas como sendo de alto risco pode gerar uma sobrecarga na capacidade de atendimento prevista e queda na qualidade do atendimento, segundo relato no hospital B.

“O aumento do volume de atendimento gerou uma certa insatisfação por parte da equipe técnica e uma preocupação em relação à qualidade do atendimento devido ao encaminhamento de pacientes não estratificados”. [RAHB]

Com os resultados apresentados conseguimos identificar os principais aspectos positivos e negativos que juntos asseguram a satisfação de alguns atores e revelam a insatisfação de outros em relação ao modelo de contratualização, e compreender melhor o funcionamento do programa HOSPSUS, pois retrataram a existência de uma série de fatores que necessitam ser melhor trabalhados pelos órgãos responsáveis pela implementação do Programa no Estado e pelas organizações que o integram.

Portanto, em conjunto, os aspectos relacionados ao *Controle* e a *Aprendizagem* se mostram elementos necessários para o bom funcionamento do Programa, uma vez que o objetivo é garantir à sociedade bons resultados.

4.5 A Experiência de Contratualização de Resultados na Percepção da Equipe Técnica (médicos e enfermeiros) dos Hospitais A, B, C

Na visão das equipes técnicas (médicos e enfermeiros), envolver a equipe e partilhar a experiência da contratualização podem ser entendidos como fatores determinantes para a efetividade da contratualização.

“A contratualização do HOSPSUS - Rede Mãe Paranaense é importante porque permite a identificação de oportunidades de melhoria de serviços e, consequentemente, de qualidade, mas requer o envolvimento de toda a equipe técnica do hospital, uma vez que partilhamos dessa experiência no dia a dia”. [THA-2]

Também os médicos e enfermeiros consideram que o aporte de recursos financeiros contribuiu para a melhoria da estrutura física das instituições, influenciadas pelas cobranças impostas pelo modelo de contratualização. De acordo com os entrevistados, o HOSPSUS realizou investimentos necessários para melhorar as condições da maternidade e da UTI Neonatal dos hospitais – confirmando o que já havia sido relatado pelas equipes administrativas.

“O programa contribuiu financeiramente para melhorar a estrutura física das acomodações dos acompanhantes durante o trabalho de parto [...] a gente tinha alguns problemas em relação a isso e devido às cobranças impostas tivemos que nos adequar”. [THA-1]

“Após a inserção ao programa nós recebemos investimentos importantes. Ampliamos o número de leitos da nossa UTI Neonatal, que funciona muito bem!”. [THC-3]

“Reformamos a enfermaria, adquirimos aparelho de Ultrassom, aparelho de Raio-X. Hoje, o hospital conta com uma estrutura que nos auxilia a atender bem nossas gestantes”. [THB-3]

“Aumentamos o número de leitos obstétricos, investimos na compra de camas PPP (Pré-Parto, Parto, Pós-Parto)”. [THB-5]

“O hospital não contava com espaço para acompanhante. A estrutura era feia, nem existia a separação entre as salas de pré-parto e parto. Então nós tivemos que nos adequar [...] mudamos toda a parte dos banheiros e o posto de enfermagem”. [THB-2]

As readequações nas instalações da maternidade foram percebidas como um benefício da contratualização. As instalações na ala do SUS se assemelham com as instalações da ala particular.

“Hoje a maternidade é um local acolhedor, gostoso, bonito, semelhante à acomodação particular. Isso só foi possível com os recursos do HOSPSUS”. [THB-1]

As equipes técnicas das três organizações hospitalares também mencionaram os investimentos na aquisição de equipamentos como um benefício da contratualização do Programa HOSPSUS – Rede Mãe Paranaense. Estes contribuíram para melhorar as condições da maternidade e da UTI Neonatal dos hospitais.

“Melhoramos principalmente a maternidade e hoje nossa UTI neonatal está bem equipada”. [THA-1]

“Muitas melhorias foram possíveis graças aos recursos do HOSPSUS. O centro obstétrico foi equipado com novos equipamentos que são importantes para melhorar a atenção hospitalar. Essas melhorias foram necessárias porque estão no contrato realizado entre SESA e o hospital. Então, tivemos que nos adequar àquilo que foi exigido em contrato”. [THA-3]

“Com o HOSPSUS a UTI Neonatal ganhou reforço, porque vieram mais respiradores, monitores, mais equipamentos, materiais e insumos. Eu posso dizer que melhorou bastante”. [THA-4]

“[...] o programa proporcionou melhorias de equipamentos, também tivemos que nos adaptar às exigências do HOSPSUS, redistribuímos os leitos devido à necessidade de acomodar os acompanhantes das mães que ficam com os bebês internados na UTI neonatal”. [THA-2]

“Sempre trabalhamos com poucos recursos. Mas com o respaldo do HOSPSUS podemos fazer muito mais. Com os recursos provenientes do programa conseguimos investir seriamente no hospital para melhoria do nosso atendimento, por exemplo, conseguimos a aquisição de mais equipamentos para atendimento em nossa maternidade”. [THB-1]

“[...] O HOSPSUS proporcionou recursos para compras de materiais de consumo e equipamento direcionados à maternidade do hospital. Tudo com o objetivo de melhorar a assistência e a segurança de nossas pacientes”. [THB-3].

“Percebemos que a instituição melhorou a sua estrutura devido aos investimentos financeiros repassados do programa HOSPSUS, para aquisição de equipamentos para nossa maternidade e UTI Neonatal”. [THC-3]

“Tivemos uma melhora na qualidade dos instrumentos e equipamentos de nossa maternidade e principalmente nossa UTI Neonatal”. [THC-4]

A contratualização na percepção das equipes técnicas dos Hospitais A, B e C foi importante para aumentar a oferta e a qualidade dos serviços hospitalares, preenchendo os vazios assistenciais. Mas isso só foi possível por meio de investimentos na estrutura física, aquisição de equipamentos e contratação de novos profissionais através dos recursos provenientes do HOSPSUS - Rede Mãe Paranaense enviados para custeio.

Os recursos que o programa repassou para o hospital após sua contratualização foram sem dúvida essenciais para melhorar a qualidade assistencial. Ampliamos o número de profissionais e com isso conseguimos oferecer um melhor atendimento”. [THA-1]

“Com o dinheiro do programa nós conseguimos ampliar o número de médicos obstetras, pediatras, anestesistas plantonistas e agora ampliar o número de enfermeiras obstetras, com isso possibilitando melhoria no atendimento às gestantes - que é um dos principais propósitos do programa”. [THB-5]

“O HOSPSUS contribui para uma grande mudança na instituição que foi a chegada e efetivação do plantonista 24 horas aqui dentro, o pediatra, o anestesista”. [THC-1]

Na perspectiva *gestão/aprendizado e crescimento*, as equipes técnicas dos três hospitais perceberam o monitoramento como um processo impulsionador de melhorias da qualidade assistencial. Os entrevistados relataram que o monitoramento é considerado fundamental para aprimorar as práticas e os processos assistenciais. Por meio de cobranças os hospitais alcançam os compromissos/metaspactuados.

“O monitoramento da SESA aumentou nossa responsabilidade. Tudo que foi contratado é acompanhado, por isso somos cobrados diariamente para honrar nossos compromissos”. [THA-1]

“Depois do HOSPSUS houve uma cobrança muito maior. Mudaram bastante as rotinas e os procedimentos padrão”. [THA-2]

“Quando o hospital passou a fazer parte do Programa HOSPSUS foi feito um contrato no qual fica claro que devemos respeitar, cumprir as exigências do programa. Existe uma equipe preparada para acompanhar o desempenho do hospital. São Comissões avaliadoras que nos avaliam com rigor”. [THA-3]

“Na minha opinião, se essa cobrança não ocorresse nós continuaríamos fazendo tudo do mesmo jeito que era antes. Eu acho que o que fez as coisas mudarem foi a fiscalização”. [THB-3]

“O sistema de monitoramento realizado pelo HOSPSUS segue alguns critérios estabelecidos em contrato entre o hospital e a SESA. Todos são referentes à qualidade da assistência hospitalar e devem ser vistos como um ponto positivo.” [THB-1].

“Em relação à questão do monitoramento posso afirmar que nós somos cobrados por aquilo que fomos contratualizados, que é melhorar a qualidade da assistência hospitalar, sobre o atendimento que oferecemos às gestantes. O monitoramento tem essa finalidade”. [THB-2]

“O programa transformou a visão dos profissionais em relação aos modos de cuidar. Além de cumprir o que o programa está pedindo, precisamos notar que ele está oferecendo a oportunidade para melhorar a qualidade do hospital oportunizando mudanças internas nos processos, protocolos, junto aos profissionais e na sua estrutura física. Tudo é rigorosamente controlado. Cobra-se bastante da gente. A cobrança maior diz respeito em prestar com qualidade a assistência humanizada”. [THC-1]

“O programa despertou nossa atenção referente a alguns dados com relação às taxas que envolvem a maternidade (nascimento, óbitos, parto, etc.). Essas informações são cobradas e repassadas em toda avaliação. Além disso, o programa cobra melhorias frequentes em relação à atenção humanizada, melhorias na estrutura física (ambientes relacionados com a maternidade), treinamentos, tudo isso é cobrado e aumenta nossa responsabilidade”. [THC-2]

“Com o HOSPSUS aumentaram nossas cobranças. Temos que ficar sempre atentos às taxas, sempre procurando fazer melhorias. Não vejo isso como uma coisa ruim. Quando você tem certa cobrança você acaba também melhorando seu serviço, sabemos que temos que oferecer algo e que isso será cobrado por alguém, isso fez a gente ficar mais atento. Com o HOSPSUS a gente criou muitas coisas que não tínhamos e que vieram para melhorar a qualidade do hospital”. [THC-3]

Outro fator relevante do processo de contratualização está relacionado com a avaliação realizada pela SESA. Considerando a Resolução SESA nº 173/2011 que dispõe sobre a Comissão Estadual de Acompanhamento e Avaliação e Comissão Regional de Acompanhamento e Avaliação do HOSPSUS, a avaliação permite o acompanhamento das atividades desenvolvidas pelo hospital. Os relatos dos entrevistados dos hospitais A e B evidenciam sua importância para a melhoria no desempenho do hospital.

“Essa Comissão é importante porque aponta o que precisamos melhorar. E isso ajuda a melhorar a qualidade da assistência. [...] Eles examinam todos os processos. Avaliam sem dó. A avaliação é importante até para a aplicação dos recursos”. [THA-1]

“É competência da Comissão de Avaliação do HOSPSUS avaliar e emitir parecer sobre o atendimento às condições exigidas dos hospitais participantes, analisar nossos relatórios, fazer visitas técnicas aos hospitais. Portanto, procuramos realizar um atendimento da melhor forma possível e cumprir as exigências estabelecidas em contrato para que os repasses dos recursos financeiros não sejam suspensos”. [THB-1]

“O hospital se compromete a promover melhorias na qualidade da assistência, mas para isso tem que cumprir algumas metas. Esses compromissos e essas metas são acompanhados pela Comissão Regional de Avaliação do HOSPSUS e pela Comissão Estadual do HOSPSUS e discutida nas reuniões condutoras da rede, e na minha visão, isso contribuiu para a melhoria dos nossos serviços”. [THB-2]

A avaliação também foi considerada como uma estratégia voltada para o crescimento do hospital. Os entrevistados dos hospitais B e C evidenciaram que a avaliação garante mais eficiência nos serviços oferecidos pela instituição. E que deve ter como objetivo cobrar a qualidade dos cuidados prestados e a utilização adequada dos recursos disponíveis.

“A avaliação é para ver se o hospital está cumprindo ou não as metas que foram contratualizadas. Nós já perdemos alguns pontos na humanização, pontos referentes a prontuário, mortalidade. Os representantes das Comissões avaliadoras e o representante do nosso hospital sentam e começam a verificar o que foi feito e o que não foi. [...] Tivemos meses em que perdemos 12 mil, teve outro que perdemos outro tanto, cada vez que nós não cumprimos nós perdemos um valor. Isso é uma maneira de fazer a gente crescer”. [THB-5]

“A avaliação certamente implica um tipo de cobrança. Nas reuniões temos que apresentar um relatório interno sobre o que estamos fazendo e como estamos fazendo para atender bem nossas gestantes. Não temos que prestar contas sobre como investimos os recursos, mas temos sim, que mostrar que acolhemos e damos o melhor atendimento às gestantes independente do grau de risco. A cobrança é sobre o cuidado hospitalar e a qualidade da assistência”. [THB-1]

“A avaliação acaba mexendo no bolso da instituição quando não cumpre com o que foi contratualizado. A administração vai cobrar, vai apontar as falhas e procurar resolver”. [THC -3]

“Eu acredito que o processo de avaliação é algo positivo. É uma ferramenta que acrescenta, que está oferecendo a oportunidade para melhorar a qualidade do hospital e foi o que a gente viu”. [THC-2]

A equipe técnica do hospital A evidenciou que a instituição teve que melhorar o sistema de informação de dados para cumprir com os requisitos de avaliação, que exige dados atualizados.

“O HOSPSUS acompanha o hospital para poder realizar uma avaliação justa, apesar de ser do tipo: cumpriu ou não cumpriu. Temos que registrar tudo em relatório e enviar para o Comitê que faz a avaliação. [...] Hoje conseguimos ter informações atualizadas de todos os dados que envolvem a UTI Neonatal. A disponibilização de dados sobre a UTI Neonatal foi um avanço importante que veio com o HOSPSUS”. [THA-2]

“O programa exige o envio de algumas informações para o processo de avaliação; para conseguirmos cumprir com esse envio, adotamos a divisão de trabalho para agilizar a coleta de informações [...] essa cobrança ocasionada pelo processo de avaliação fez com que nós sempre tenhamos à disposição informações atualizadas sobre nossa maternidade”. [THA-3]

Segundo os entrevistados, a contratualização também contribuiu para melhorar a acessibilidade das gestantes em trabalho de parto nestes hospitais, pois ao enquadrá-los como referências regionais do Rede Mãe Paranaense, passaram a ofertar atendimento 24 horas e foram considerados “porta aberta”, sendo obrigados a acolher qualquer gestante em trabalho

de parto independente do seu grau de risco, gerando com isso mudanças internas no sistema de acolhimento a parturiente.

“Um dos termos do contrato com a SESA é que a instituição que faz parte do HOSPSUS - Rede Mãe Paranaense tem que disponibilizar seus leitos para o atendimento do SUS. Agora que o hospital é porta aberta e a gente tem que acolher as pacientes sem restrição [...] o fluxo de atendimento melhorou, porque às vezes a paciente poderia chegar aqui e não ser acolhida da forma que deveria”. [THA-1]

“Por sermos porta aberta, somos obrigados a receber qualquer gestante, independente do grau de risco. Não fazíamos sempre isso! Mas hoje, percebemos que isso é uma regra que deve ser obedecida. Acolhemos qualquer gestante”. [THB-2]

“Tivemos que ver nosso atendimento se adequar aos termos do contrato, passamos a atuar como porta aberta, para gestante em trabalho de parto isso foi ótimo porque isso melhorou sua acessibilidade a um hospital de referência. É muito melhor que ela ganhe seu bebê aqui do que em um hospital nas cidades vizinhas. [THC-3]

Constatamos que a contratualização impulsionou mudanças na realização de algumas atividades por parte da equipe técnica. Evidências apresentadas nas falas dos entrevistados dos hospitais mostraram que o incentivo à promoção de ações relacionadas ao parto humanizado incentivou a redução de taxas de cesáreas.

“Eu percebi que o programa contribuiu para o aumento dos números de partos normais, isso porque o hospital melhorou sua estrutura, investiu na aquisição de camas PPP, banquetas de parto, em um espaço voltado especificamente ao parto humanizado”. [THA-4]

“O que realmente refletiu no hospital em uma mudança cultural tem a ver com a questão do parto humanizado e em particular com referência ao acompanhante. Tem profissional que ainda questiona essa questão. Mas por ser lei respeitamos. A equipe de enfermagem aceita e apoia essa iniciativa, porque sabemos que isso faz bem para a mulher”. [THA-3]

“[...] simultaneamente aos investimentos já mencionados a gente também teve a contratação das enfermeiras obstetras. Antes do HOSPSUS esse profissional não fazia parte de nosso quadro. Agora ela contribui muito para melhoria da qualidade assistencial do parto”. [THA-1]

“O programa influenciou a mudança de cultura, quando eu cheguei aqui ninguém falava de acompanhante na sala de parto, o anestesista e as enfermeiras não sabiam que a gestante tinha esse direito, todo mundo tratava como se não existisse a lei. Aos poucos a gente foi introduzindo o acompanhante e hoje é 100% de taxa de acompanhante. Outro aspecto importante foi a realização de treinamento para a humanização. A própria equipe de enfermagem tem trabalhado com mais tranquilidade a questão do parto humanizado. Havia muitos desentendimentos entre a equipe. [...] com o Programa começamos equipar a maternidade com equipamentos de verticalização, a realizar exercícios de estimulação com as pacientes e por fim, montamos a nossa sala de parto”. [THA-4]

Outro resultado apontado pelos entrevistados foi a aproximação entre enfermeiros e médicos – construindo consensos em torno de questões muito relevantes, como o direito da parturiente ao acompanhante, o atendimento integral, dentre outros aspectos. Se somada à

aproximação entre equipes administrativas e técnicas, antes relatada, temos um quadro de integração e diálogo entre todos os envolvidos na prestação do serviço em cada hospital – fator importante para a qualidade.

“O HOSPSUS garantiu às gestantes o direito ao acompanhante ao pré-parto, parto e pós-parto. Então estendemos esse direito promovendo visitas às instalações da maternidade e oferecendo palestras sobre o parto. [...] No início a ideia de promover esta visita à maternidade para tratar de questões sobre o parto não foi lá bem aceita. Mas depois de alguns debates todos perceberam a importância e hoje tudo é discutido entre nós da enfermagem e equipe médica”. [THB-1]

“Toda mudança gera conflito e com isso a gente tem que aprender [...] quando resolvemos criar os encontros com as gestantes e trazê-las para dentro da instituição, alguns profissionais nos questionavam e aos poucos nós fomos mostrando para eles a importância desse procedimento junto às gestantes. Hoje nós contamos com o apoio desses profissionais, trocamos informações e experiências e eles nos ajudam quando solicitados”. [THB-2]

Também constatamos que a contratualização ocasionou uma mudança significativa no quadro profissional dos médicos obstétricos da instituição A. Alguns não se adaptaram às exigências do Programa e às políticas de humanização do parto.

“O programa fez com que o quadro de obstetras mudasse por inteiro no hospital. Teve obstetra que saiu porque não aceitava a lei do acompanhante, teve obstetra que saiu porque não aceitava a presença e trabalhar com a enfermeira obstétrica, eles largaram o plantão e daí a gente contratou outra obstétrica”. [THA-4]

Nas narrativas identificamos que a SESA procura promover a integração entre os pontos de atenção por meio da governança da rede. A integração dos serviços de saúde está explícita no contrato firmado com o hospital.

O HOSPSUS considera a integração como um elemento chave para melhoria da qualidade da atenção. Integrar os pontos de atenção pode possibilitar troca de conhecimentos, atendimento contínuo e adequado às necessidades de atenção em saúde à toda a população. E as equipes técnicas acompanham esta mesma visão - segundo os relatos dos técnicos dos hospitais A e C,

“A adesão ao programa estreitou as relações com os demais hospitais e melhorou um pouco a comunicação entre as redes de atenção à saúde”. [THA-1]

“Há uns cinco anos mais ou menos, o atendimento de alto risco era num ambulatório aqui dentro do hospital. O paciente precisava ficar internado. Agora ele funciona em um centro próprio, isso foi importante para estabelecer o que era de responsabilidade da atenção secundária e atenção terciária. Isso proporcionou maior integração. [...] Hoje o nosso centro que atende a atenção secundária funciona muito bem, a gente está muito bem integrado, a gente tem algumas dificuldades que são dificuldades do SUS, como por exemplo, quando

solicitamos exames específicos, demora para sair, mas os exames da rotina a gente não tem dificuldade”. [THA-4]

“O programa possibilitou a troca de conhecimento. O que está acontecendo dentro da sua instituição de bom, pode ser apresentado aos demais e isso pode ajudar os demais hospitais”. [THC-1]

“Nos encontros promovidos a cada mês, os grupos condutores macrorregionais sempre reforçam a necessidade de melhorar o trabalho de humanização. Nesses encontros somos treinados para realizar muito bem nossa função e partilharmos o nosso conhecimento com os demais, pois temos o compromisso de prestarmos um bom atendimento. Para isso a equipe toda deve estar preparada”. [THC-2]

“O programa ajudou a facilitar o recebimento e envio de casos de bebês prematuros de fora. Essa integração estreitou nossas relações”. [THC-3]

A contratualização do HOSPSUS também possibilitou melhorar o atendimento à gestante nas unidades hospitalares por meio de troca de experiências com outras instituições inseridas ao programa. Por meio das reuniões da rede foram identificados vários aspectos que precisavam ser ajustados. Os entrevistados evidenciaram que as mudanças ocorridas no processo assistencial além de serem influenciadas pelas cobranças do processo de avaliação, também sofreram influência direta por meio do contato com as experiências de outras instituições promovido com as reuniões de redes realizadas pelo programa.

“Fomos investindo em coisas novas, adquiridas com as visitas em outros hospitais. Fomos nos ajustando para atender tudo o que está previsto no contrato. Adotamos a divisão de alguns trabalhos. Dividimos em áreas, uma fica responsável por um núcleo, outra pela medicação, outra pela estrutura. Não havia como cuidar de maneira geral. Tivemos que dividir para obtermos melhores resultados. O processo fica mais ágil, mais eficiente”. [THA-1]

“A oportunidade de trocar experiências é sem dúvida o que mais fortalece as relações entre os hospitais. Quando relatamos um problema ou alguma coisa que deu certo, percebemos que quanto mais dialogamos, mais aprendemos. Estreitamos nossas relações por meio de diálogo, promovido em nossos encontros, em nossas reuniões”. [THB-1]

“Em todas as reuniões da macrorregião compartilhamos com os demais nossas experiências e vice-versa. [...] Quando trocamos experiências ganhamos informações que podemos pôr em prática para melhorar o atendimento. Fortalecemos nossas relações em cada uma das reuniões”. [THB-2]

“No momento que entramos no HOSPSUS e começamos a participar ativamente dos encontros e das reuniões, nós começamos a implantar várias coisas na instituição. Por exemplo, intensificamos o trabalho da assistência humanizada, conseguimos implantar a presença do acompanhante, tivemos reforma em toda nossa estrutura física, também realizamos palestras/encontros quinzenalmente com as gestantes da cidade e da região onde elas participam da visita na maternidade e depois participam de uma palestra ministrada pela psicóloga, assistente social e comigo, onde eu começo a falar de toda a importância do pré-natal e também do parto normal. Creio que tudo isso se deve à nossa participação no HOSPSUS, ele possibilitou também melhorias profissionais, na estrutura física e na atenção da assistência às gestantes”. [THC-1]

“Nem consigo imaginar a maternidade como era antes. As melhorias foram acontecendo à medida que fomos nos capacitando, trocando experiência e obtendo recursos para melhorar a maternidade”. [THC-2]

A adesão ao programa incentivou um processo de mudanças que favoreceu o aprendizado. A equipe técnica reconheceu a necessidade de repensar sua prática cotidiana.

“Atualmente a instituição fechou parceria com uma instituição de ensino e investe na oferta de especialização em obstetrícia voltada para as enfermeiras. Treinamento, compartilhamento de informação, de experiência, reuniões de avaliação onde se discute problemas e se levanta soluções, cursos de especialização [...] isso tudo para mim são formas de aprendizagem”. [THA-4]

“Buscamos interagir com todos os setores. Para isso realizamos a pesquisa de satisfação com o usuário do hospital. Acolhemos os elogios e as reclamações. Fazemos questão de refletir sobre os apontamentos e buscar soluções que venham ao encontro de promover melhorias. Acredito que são essas ações que promovem aprendizagem”. [THB-2]

“O programa fez a gente começar a mudar nossa visão. Hoje, o núcleo de segurança é muito atuante dentro do hospital [...] hoje todos têm a noção de que as coisas precisam ter qualidade e nem sempre eles tinham essa visão [...] faltava comprometimento e para isso tivemos que trabalhar muito, essa é uma questão cultural que nós conseguimos vencer.”. [THC-1]

“Hoje na maternidade a paciente conta com o Programa de Humanização que garante a presença de um acompanhante na hora do parto, desde que participem dos treinamentos”. [THC-3]

“[...] Então nós tivemos que nos adaptar às mudanças sugeridas pelo programa. Atualmente existe uma pesquisa de avaliação interna que é realizada junto às pacientes e acompanhantes e nós somos bem avaliados; isso mostra que as nossas adaptações vêm dando bons resultados”. [THC-4]

As relações entre os atores das instituições foram influenciadas pela contratualização. Pelos relatos dos profissionais técnicos dos hospitais A, B, C percebemos um avanço nesse sentido, especificamente, no sentido de fortalecimento institucional. Constatamos que as equipes técnicas vêm compartilhando informações, conhecimento e experiência internamente com o objetivo de atender o que foi contratualizado. Isso contribui para o fortalecimento desses hospitais.

“As reuniões de governança da rede nos levaram a dialogar com outras instituições sobre os problemas e as dificuldades. Hoje nosso entrosamento é muito bom. Estamos passando as informações que recebemos nos treinamentos, nas capacitações, uns aos outros. Mas, o que mais acho relevante, é que o Programa aumentou nossa capacidade de identificação e solução de problemas e melhorou o trabalho em equipe”. [THA-1]

“O programa melhorou a interação entre o pessoal que trabalha com os dados. Nós da UTI (Neo e adulto) ficamos presos, não temos como deixar o local de trabalho. Mas, por causa das exigências do Programa nos reunimos para repassar todos os dados. Essas reuniões são importantes para unir as equipes. Temos que compartilhar nossa experiência com os demais profissionais de nossa área”. [THA-2]

“O programa possibilitou melhorar a qualidade da assistência e da segurança do paciente e principalmente contribuiu para estreitar o diálogo entre as equipes e com os diretores do hospital. Então ele facilitou muito nesse sentido”. [THA-4]

“Eu vejo que o programa contribuiu para que nossa relação com o pessoal administrativo melhorasse, eles procuram nos ouvir isso é importante e não só cobram da gente o cumprimento das metas contratualizadas.” [THB-3].

“A gente percebe o comprometimento do pessoal administrativo em procurar cumprir as exigências do programa e conseguir os recursos para atender nossas reivindicações, eles nos procuram para conversar, trocamos ideias para melhorar nos índices junto ao programa [...] na minha percepção a comunicação melhorou bastante” [THB-5].

“A diretoria se aproximou mais da gente, as cobranças aumentaram, mas a comunicação também melhorou, considero que isso é importante nesse processo por melhorias”. [THB-4]

“Nossa comunicação melhorou muito. Conversamos com os médicos sobre as taxas de internamento e outros pontos, pois queremos fazer sempre o melhor. Estamos seguindo o que está sendo cobrado, e isso melhorou a qualidade do hospital”. [THC-4]

Evidenciamos que a contratualização também tem sido percebida como um processo que contribuiu para promoção de cursos, treinamento e reuniões que valorizam e estimulam o aprendizado contínuo nos três hospitais.

“O Programa oferta alguns cursos, treinamentos e palestras direcionados aos enfermeiros e médicos e nós sempre encaminhamos profissionais, considero importante esses cursos para o processo de aprendizado”. [THB-2]

“Sempre procuramos nos capacitar. Esse ano foi sobre o Banco de Sangue. Enviamos dois enfermeiros e uma técnica de enfermagem. A capacitação abrange todo o hospital. Capacitação, na minha opinião, significa aprender”. [THB-3]

“A Rede Mãe sempre promove reuniões/encontros com a finalidade de capacitar tanto o médico (diretor da maternidade) como a chefe das enfermeiras. Quinzenalmente temos reuniões com a equipe de enfermagem para repassar informações importantes para melhorar nossa forma de atendimento. O diretor também repassa para os demais médicos”. [THB-2]

“Participamos do curso ALSO em Curitiba e de outros encontros promovidos pela Rede Mãe Paranaense também em Curitiba”. [THC-3]

“Geralmente quando o programa oferece algum curso um de nós participa do treinamento, palestras, encontro e depois trocamos informações entre nós sobre aquilo que consideramos mais interessante. Isso ocorre de maneira bem informal e natural”. [THC-4]

Sob a perspectiva *processos internos*, os entrevistados dos hospitais A e C identificaram que as cobranças referentes à criação, implantação ou adaptações dos processos internos via criação de protocolos e comissões, contribuíram para melhoria da qualidade assistencial. Sobre esse ponto relataram:

“É importante frisar que o HOSPSUS veio para melhor a qualidade do serviço, da assistência. Que ajudou a identificar onde as falhas de processos ocorrem, e rever os fluxos de trabalho”. [THA-2]

“Hoje a gente tem uma Comissão ativa. Antes só ocorria reunião com a Comissão em caso de óbito. Com a adesão ao Programa, temos uma Comissão mais preventiva. Mesmo sem a ocorrência de óbito o comitê se reúne para avaliar casos de maior risco para discutir ações preventivas ou propor soluções para amenizar os riscos”. [THA-4]

“A gente ainda não conseguiu estruturar todos os protocolos clínicos, mas os principais exigidos pelo programa nós estruturamos, por exemplo, o protocolo de atendimento às gestantes de risco grave, esses estão implantados. Hoje tudo segue a linha guia do programa HOSPSUS - Rede Mãe Paranaense”. [THA-1].

“Hoje grande parte das nossas comissões funcionam bem certinhas. As de prontuários de óbitos, de mortalidade infantil, de mortalidade materna, a CCIH, todas funcionam bem e isso só ocorreu depois da inserção ao programa”. [THC-1]

“[...] com a contratualização do programa tivemos que melhorar nossos processos internos, antigamente não existia protocolos implantados internamente, cada médico agia conforme suas experiências, hoje seguimos protocolos que implantados segundo orientações do programa ajudaram na melhoria do atendimento ao paciente, gerando uma padronização no atendimento entre nós. Outro fato importante foi a criação das comissões internas do hospital que antes não existiam, aqui cabe ressaltar a importância da equipe de enfermagem nesse processo”. [THC-2]

“[...] algumas das exigências do HOSPSUS estão voltadas para criação e implantação dos protocolos e isso é muito importante para padronização da rotina interna [...]”. [THC-3]

“Com o programa nós tivemos que implantar protocolos e isso possibilitou criar certa padronização das rotinas procedimentais que eu considero importante”. [THC-4]

Os relatos da equipe do hospital B revelam que eles não apresentaram dificuldades de adaptação aos protocolos clínicos. O hospital já havia implantado os protocolos. A exigência para criação e implantação de protocolos internos e comissões foi relatada como um aspecto importante da contratualização do HOSPSUS, tendo em vista que contribuiu para padronizar os processos assistenciais das instituições inseridas ao programa.

“A gente já estava evoluindo em alguns setores [...] como nós realizamos reuniões mensais com nossa equipe de enfermagem, muitos dos protocolos exigidos pelo HOSPSUS nós já tínhamos implantados ou estávamos em processo de formalização. Então eu vejo que o programa veio contribuir para que a gente agilizasse e deixasse tudo em ordem. [...] O HOSPSUS oferece uma orientação contínua para que o hospital melhore o seu desempenho. A gestão dos processos assistenciais exige uma certa padronização dos procedimentos relacionados ao cuidado do paciente. Observando e respeitando essa orientação o hospital consegue melhorar consideravelmente os cuidados assistenciais e promover atendimento de qualidade”. [THB-1]

“O ponto positivo do HOSPSUS é que você consegue alinhar teoricamente uma conduta, uma rotina para seguir aqui ou em qualquer lugar, todo mundo fala a mesma língua e todos podem estar integrados”. [THB-3]

“Hoje nossa comissão de óbito é muito mais atuante realizamos reuniões frequentes e isso tem influência do HOSPSUS, nelas ocorrem discussões para tentarmos melhorar nossos indicadores. Isso fez com que nós mapeássemos os casos para tentar entender o que estava

acontecendo para buscar sua redução. Eu vejo como um ponto positivo sentar e discutir para buscar soluções”. [THB-2]

Na perspectiva *Resultado para a Sociedade*, os relatos revelaram a importância da contratualização do Programa HOSPSUS – Rede Mãe Paranaense para os hospitais. As equipes técnicas perceberam a contratualização como uma estratégia promotora de melhorias da qualidade do serviço e do atendimento prestado pelas instituições.

“O programa organizou a responsabilidade de cada instituição e município com relação a sua gestante, e contribuiu para organizar a rede. Agora a gestante sabe onde vai ganhar o seu bebê”. [THA-1]

“Estamos fazendo o nosso melhor para que o processo de qualidade nos leve à acreditação. Tivemos que nos adaptar às novas exigências que foram impostas pelo Programa, e uma delas se refere ao direito da gestante ter um acompanhante”. [THA-2]

“Eu diria que o programa é fundamental nos princípios da humanização da assistência. O atual modelo de atenção à saúde da mulher é um avanço e por meio da utilização de boas práticas de atenção, a tendência é melhorar ainda mais”. [THA-3]

“Eu considero que o programa proporcionou principalmente às gestantes das cidades qualificação e integração ao atendimento da paciente estratificada como em alto risco. A unidade de saúde aqui responsável pelo atendimento secundário dessas pacientes que é o Centro Mãe Paranaense, além de realizar os atendimentos das consultas, também oferece nutricionista, endocrinologista, psicólogo e também realiza palestras de orientação às gestantes a respeito do parto e cuidados ao bebê, isso agrega valor no pré-natal que facilita muito o nosso trabalho aqui no setor terciário que é o hospital”. [THA-4]

“HOSPSUS veio para somar e fortalecer o que a gente já vinha fazendo [...] graças às reformas em nossa estrutura da maternidade impulsionada pelas cobranças do programa, nós conseguimos também implantar e melhorar a humanização do nosso atendimento, mudanças que a gente já tinha vontade de implantar bem antes. Então eu acho que o HOSPSUS veio fortalecer e concretizar com que a gente pudesse realizar a implantação de mudanças necessárias ao nosso programa de maternidade”. [THB-2]

“Com o HOSPSUS modificou bastante. A implantação do acompanhante fez diferença. O Programa possibilitou mudar a visão dos profissionais envolvidos na maternidade e levar à população uma nova e positiva visão em relação ao nosso atendimento”. [THB-1]

“O programa proporcionou liberdade para implantação de muitas atividades, como por exemplo: levar música em todos os setores todos os dias de manhã; grupo dos médicos do humor; conseguimos trazer o cartório de registro de nascimento para dentro do hospital - por recebermos pacientes de toda região isso facilita o registro das crianças, implantamos visita dos irmãos menores; visitas e reuniões com as gestantes para realizarmos um trabalho com elas junto a UTI adulto e UTI neonatal; reunião com a pediatria e com a psicóloga; reuniões com todos os acompanhantes. Agora pretendemos treinar o pai para ajudar a conscientizar a mãe da importância do aleitamento materno”. [THC-1]

“[...] o programa veio ajudar as instituições na organização da rede e com isso na melhoria do atendimento às gestantes. Hoje o atendimento é realizado segundo a estratificação”. [THC-3]

“[...] para a paciente ficou bem melhor, imagina o que é preferível nascer aqui em um hospital que possui UTI Neonatal, onde você conta com anestesista e obstetra 24 horas ou nascer em um hospital sem estrutura adequada com um clínico geral. O programa ajudou na triagem da paciente e com isso melhorar o atendimento”. [THC-2]

“[...] o programa de certa forma conseguiu mapear as pacientes e direcioná-las seguindo sua estratificação”. [THC-4]

Com base nas análises dos relatos das equipes técnicas dos hospitais A, B, C, o modelo de contratualização adotado pela SESA apresentou fortes evidências de que a contratualização contribui para melhorar o desempenho hospitalar. Contudo, nos relatos referentes às perspectivas financeira, gestão, processos internos e resultados para a sociedade alguns problemas foram mencionados e consideramos importante evidenciá-los.

4.5.1 Desafios a serem Superados na Contratualização detectados pelos profissionais Técnicos dos Hospitais A, B, C

Os relatos evidenciaram algumas situações em que a contratualização do Programa HOSPSUS contribuíram para que os Hospitais A, B e C fossem se adequando para ofertar um serviço de qualidade. Contudo, problemas envolvendo as quatro perspectivas foram detectados.

Na perspectiva *financeira*, segundo alguns entrevistados do hospital B, a forma de repasse financeiro adotado pela SESA é apontada como ineficiente. O repasse do recurso financeiro, deveria ser efetuado por produção e não por credenciamento.

“Eu acho que se você quer fazer o programa funcionar melhor, você tem que repassar os recursos por produtividade. Atenderam quantos? Atenderam pacientes do seu município e de outros? Essa coisa de descontar recursos por não ter espaço para acompanhante, por exemplo, não dá!”. [THB-3]

“Considero uma falha do HOSPSUS a maneira como o repasse financeiro é realizado. Existem algumas instituições inseridas na FASE 3 do programa que recebem sem realizar o serviço contratualizado, pois encaminham seus pacientes para cá, e isso eleva nosso volume de atendimento e não recebemos por isso, por esse atendimento extra. Na minha opinião esses repasses deveriam levar em consideração o fator produção” [THB-4].

“A SESA por meio do HOSPSUS repassa um valor financeiro para algumas instituições que foram credenciadas para fazer parte do programa e não repassa de acordo com sua produtividade que foi feito por cada instituição. A Secretaria passa num bolo geral independente se você atendeu ou não atendeu e aí é muito fácil aquele empurra-empurra, vem para mim não vai para o outro. Essa é uma falha do programa que eles têm que rever”. [THB-5]

Na perspectiva *gestão/aprendizado e crescimento* o programa é importante na percepção da equipe técnica do hospital C para melhorar o seu desempenho, mas ainda tem alguns acertos a serem realizados para que o seu objetivo seja realmente alcançado.

No que diz respeito ao controle realizado pela SESA, o relato a seguir mostra que o processo de avaliação é importante para melhoria da prestação dos serviços, mas que a SESA deveria levar em consideração alguns fatores regionais, estruturais e culturais que podem interferir no processo de mudança e torná-lo mais lento.

“Considero o processo de avaliação válido para cobrança de melhorias. Eu acho que o processo de avaliação estimula a mudança, só que às vezes esse processo de mudança é mais lento em algumas regiões devido a alguns fatores como estrutura, região de abrangência da instituição, cultura da população local e a SESA deveria levar isso em consideração”. [THC-1]

Outro problema diagnosticado na perspectiva gestão está relacionado à funcionalidade da rede; na percepção dos relatos dos hospitais A e B ainda existe a necessidade de uma maior intervenção por parte da SESA.

“Ocorrem alguns problemas por causa de informações distorcidas, principalmente relacionadas ao risco intermediário. As gestantes chegam na rede secundária onde realizam seu pré-natal e ganham um carimbo; às vezes o médico nem olha qual é o seu fator de risco, pode ser um risco intermediário, pode ser que ele nem ponha a mão na paciente, coloca a gestante na ambulância e já manda para cá [...] aqui cabe uma crítica também ao plantonista do SAMU, porque caberia a ele perguntar qual é o risco da paciente para então encaminhá-la para o hospital estratificado. A SESA deveria chamar a direção do hospital, chamar as equipes que compõem a rede para explicar como funciona o fluxo de maneira multidirecional, porque as pessoas ainda estão acostumadas com o encaminhamento unidirecional. Não sabem trabalhar em rede e eu acho que é uma questão de comunicação e treinamento”. [THA-4]

“O que falta para melhorar o funcionamento da rede é mais que uma questão de gestão. É uma questão de mudança cultural. Precisamos de ações que abranjam a população de maneira integral. Falta informação, falta educação, falta preparo, responsabilidade, etc. O programa precisa capacitar as unidades básicas de saúde. Para melhorar a atenção primária o Estado tem que atuar ali, fazer uma prevenção em todos os sentidos da saúde pública. Fazendo um pré-natal bem feito e que a paciente seja induzida àquilo que é mais normal de uma mulher que é o parto normal - aí ele estaria ajudando a instituição lá na ponta a diminuir seus índices de cesáreas, senão nós não vamos diminuir. [...]”. [THB-5]

O aumento de volume de atendimento com o processo de contratualização do HOSPSUS foi evidenciado pela equipe técnica dos hospitais B e C como um problema de governança da rede relacionado diretamente ao descumprimento das obrigações contratualizadas pelos hospitais integrantes da rede.

“Não há como atender bem devido ao aumento de volume. Não há vaga para tantos pacientes. Hoje recebemos gestantes de Campo Mourão e Cianorte. Tem paciente que vai chegando aqui e eu estou falando para voltar outro dia, porque se for para internar ou induzir um parto eletivo não dá para internar, não tem vaga”. [THB-3]

“Tem municípios aqui da região, por exemplo, que são credenciados no HOSPSUS como baixo risco, mas chega no final de semana ou ferido o profissional responsável viaja

deixando o hospital sem obstetra e daí acaba vindo tudo para nós. Tudo que eles estão recebendo para fazer lá está vindo para cá”. [THC-3]

Constamos uma preocupação com as cobranças de redução de indicadores de mortalidade. Os entrevistados do Hospital B também revelaram que o problema não pode estar associado somente à hora do parto, e sim devido à falta de informação, preparação e encaminhamento da parturiente, essa cobrança acaba sendo realizada de forma inadequada.

“Se eles quiserem que nós tenhamos índices de países como Inglaterra, eles têm que começar pela educação e isso vai demorar muitos anos. Agora obrigar a instituição aqui a mudar a cabeça da gestante num prazo de meia hora que ela fica aqui ou em um dia 24 horas, não muda, não tem como, essa é a uma falha que eu vejo do programa, eles deveriam começar pela atenção básica, o resto está ótimo”. [TBH-5]

“Para mim o principal problema está na atenção primária [...] eles cobram redução nos índices de cesáreas, isso é legal, mas para que isso ocorra você tem que ter um pré-natal de qualidade”. [THB-3]

A influência de fatores externos no resultado dos indicadores também foi destacada pelos entrevistados do hospital B. Evidenciam a importância da cobrança por meio da avaliação, mas destacam que a mesma deve ser coerente e levar em consideração alguns fatores externos e políticos que podem interferir na redução de alguns indicadores.

“Eu acho interessante a cobrança. Mas a cobrança tem que ser coerente e ter uma contrapartida. Por exemplo, para eu aumentar o nível de parto normal, eu tenho que ter uma contrapartida de um melhor pré-natal da atenção básica. Não adianta chegar aqui [...] e falar que nós aqui dentro do hospital temos que mudar a mentalidade e a opinião de quem está vindo do pré-natal, ou a opinião do acompanhante, do promotor que te liga para saber por que não nasceu a neném da paciente, o vereador ou o secretário de saúde que ligam para perguntar se não dá para fazer cesárea na paciente X, e daí é muito fácil cobrar e descontar dinheiro do hospital. Daí deixar para um médico que fica aqui de plantão, [...] para ele ficar ali e falando para a paciente que o parto normal é melhor por isso ou por aquilo que a cesariana, isso desgasta”. [THB-3]

“Você vê que o programa em si é bom. Mas ele falha muito quando olha o lado político. Isso porque às vezes o secretário de saúde do município ou prefeito é muito amigo do governador, daí ele não tem coragem de impor sanções. Por exemplo, um cardio-toque que eu preciso aqui, a cidade vizinha que não precisa desse aparelho e tem dois. Não tem ninguém para olhar e nem sabem como funcionam. Daí você chega para o próprio Secretário do Estado e pergunta por que ele mandou dois aparelhos desse para lá, se não tem ninguém para olhar nada. Ele olha para você e fala, não me faz pergunta difícil. Daí você vê a resposta do cara. Então alguém do governo maior do que ele pediu para ele mandar para o município tais aparelhos. Então é o lado político da coisa que atrapalha. [...] Outra coisa é judicialização da medicina - está muito ruim e na área de obstetrícia está pior ainda. A pessoa vem aqui com a indicação de parto normal sem problema nenhum, mas a paciente quer cesárea, na cabeça dela é melhor, o pai vai lá no promotor para reclamar. Daí ele liga aqui pedindo explicação, isso é uma coisa que tem que ser tratada no Brasil todo, isso não ocorre só aqui e não vai mudar da noite para o dia”. [THB-5]

“No meu último mês, eu estava fazendo acompanhamento de uma paciente que estava evoluindo para parto normal; o promotor mandou a secretária dele ir lá para saber o que

estava acontecendo porque a família estava reclamando na promotoria porque a paciente não tinha ganhado ainda o neném. Então eu fiz as cartinhas para SESA, explicando que desse jeito a gente nunca iria ter índices de parto normal de países de primeiro mundo”. [THB-4]

Outro problema mencionado, segundo o entrevistado do hospital C, ainda referente à governança da rede remete ao sistema referência e contrarreferência para os hospitais que atendem casos de alta complexidade em suas regiões.

“Nós temos falhas dentro do HOSPSUS com relação a referência. Atualmente nós somos referência de alto risco e risco intermediário, porém quando nós temos alterações com o recém-nascido ou, por exemplo, uma gestante que entre em trabalho de parto prematuro com 33/32 semanas, nós não conseguimos transferir a mãe e o bebê nunca, dificilmente a gente consegue essa transferência, então é assim, nós quanto instituição de alto-risco e risco intermediário, nós não temos uma referência dentro do estado, essa é a nossa maior dificuldade pensando principalmente nas doenças congênitas e pensando nas cardiopatias, nas cirurgias pediátricas e outras doenças decorrentes de uma má gestação”. [THC-2]

Os entrevistados do hospital B ainda identificaram situações que propiciaram insatisfação e resistência em relação ao modelo de contratualização. No início houve resistência para cumprir a Lei nº 11.108/2005, que trata do direito de acompanhamento junto à parturiente durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

“Tivemos resistências de alguns profissionais (médicos) falando que não daria certo a presença dos acompanhantes durante o parto, que isso daria problema, aqueles comentários contrários, mesmo assim a administração apoiou bastante a gente nessas mudanças. [...] Mas depois eles aceitaram bem e eu acho que a dificuldade maior foi mais essa parte de aceitação da mudança, porque a gente ia ter que mudar, todo mundo iria ter que mudar a forma de trabalhar”. [THB-2]

Conforme mencionado nos relatos, o processo de promoção do aprendizado com a equipe técnica é vital para o crescimento da instituição e manutenção da qualidade do serviço prestado. Segundo os entrevistados dos hospitais B e C, a SESA deveria reavaliar a qualidade e maneira como alguns cursos/treinamentos/palestras são ofertados.

“Eu acho que a Secretaria deveria investir mais em cursos práticos. É preciso apresentar cursos, treinamentos que possam contribuir para melhoria continuada da qualidade da atenção hospitalar”. [THC-3]

“Eu acredito que os treinamentos promovidos pela Secretaria deveriam ser em cidades mais próximas” [THC-4]

“Com relação à capacitação para o programa deixa muito a desejar aqui para nossa região, [...] estou me referindo especialmente aos médicos e à área de enfermagem. A gente percebe que o treinamento deveria ser algo muito mais profundo diferente do que vem ocorrendo hoje”. [THB-3]

“Eu fui duas vezes para Curitiba e uma aqui. Mas foram encontros pouco produtivos e muito superficiais. Deveriam ocorrer com equipes de trabalho menores ou uma organização diferente ou talvez poderiam pagar um curso voltado para obstetrícia, seria muito mais vantajoso”. [THB-4]

Na perspectiva *processos internos*, os profissionais das organizações A e C relataram uma certa dificuldade na implantação dos protocolos clínicos, mencionaram que a resistência em se adaptar às exigências estabelecidas pela contratualização influenciou o desligamento de alguns profissionais da instituição.

“Todo processo de mudança gera alguma resistência e a aqui ela veio principalmente de alguns plantonistas que não concordavam com as mudanças de rotinas ocorridas pela contratualização do programa”. [THA-1]

“Nós tivemos resistência de alguns profissionais comentando que as mudanças influenciadas pelo HOSPSUS - Rede Mãe não dariam certo, só iriam gerar conflito e lentidão no processo ao exigir a implantação dos protocolos”. [THC-1].

“Ainda hoje alguns médicos têm mais dificuldade para se adaptarem. As reclamações são sobre os protocolos e sobre as Comissões [...], se houvesse cursos ou palestras, ou treinamentos, isso poderia ser menos conflitante”. [THC-2]

A implantação de protocolos clínicos e comissões internas é determinante para a unidade hospitalar melhorar a qualidade do seu atendimento. Contudo, no início algumas exigências impostas pela contratualização foram cumpridas de forma provisória, para que a instituição não fosse penalizada. Isso ocorreu segundo o relato do profissional técnico do hospital C devido a algumas dificuldades internas e curto período para suas realizações.

“No começo tivemos muitas dificuldades para adaptar e cumprir os requisitos preestabelecidos na contratualização. Tudo era para ontem! Tivemos que montar todas as Comissões internas, ouvir muitas reclamações e fazer as coisas de forma improvisada. Não havia tempo para realizar um trabalho bem feito para não perdermos os recursos de que tanto necessitávamos”. [THC-1]

Mesmo o *resultado para a sociedade* sendo um dos pontos fortes do processo de contratualização do HOSPSUS, ainda há alguns pontos críticos que devem ser observados com atenção.

Os relatos dos profissionais dos hospitais B e C evidenciaram que há relação entre o aumento no volume de atendimento com a má gestão da rede.

“O programa precisa ter um melhor controle junto aos outros envolvidos no processo. Às vezes a paciente chega aqui com um de pré-natal mal conduzido, sem ter realizado um único ultrassom durante todo seu pré-natal e isso estoura tudo aqui [...] prejudicando a qualidade do nosso atendimento”. [THB-3]

“Após contratualização do programa nosso volume de atendimento aumentou de maneira expressiva. Hoje nós somos referência para atender uma região de praticamente 300 mil habitantes ou mais, [...] por estarmos no programa estamos automaticamente interligados com a central de leitos e aí nossa área de abrangência aumenta porque a qualquer momento podemos receber paciente de outras regiões como, por exemplo, da 13ª regional e da 11ª regional e nossa capacidade de atendimento é limitada até mesmo para a gente atender a nossa região”. [THB-5]

“A parte negativa é que para a gente sobrecarregou mais o nosso trabalho, sobretudo porque acabamos sendo referência em alta complexidade para 27 municípios, mas na prática nós atendemos alta complexidade, intermediários e habituais praticamente de todas as cidades à nossa volta”. [THC-3]

4.6 Discussão e Análise dos Casos

Nesta seção analisamos as entrevistas realizadas com os profissionais das equipes administrativas e técnicas dos três hospitais, buscando nos relatos conhecer a percepção de cada grupo entrevistado sobre o modelo de contratualização, e ainda identificar como esse modelo pode impulsionar melhorias nas atividades administrativas e técnicas das instituições hospitalares.

Verificamos que diversos autores compactuam da ideia de que a contratualização de resultados é uma das estratégias que mais promoveram mudanças significativas na qualidade dos serviços públicos (JANN; REICHARD, 2002; PACHECO, 2004; 2006).

Na prática, a contratualização de resultados no estado do Paraná, tem o propósito de melhorar efetivamente o desempenho das organizações hospitalares. Nessa lógica de relação contratual, como vimos, a fixação de metas e compromissos pactuados por meio de instrumentos contratuais foi uma das formas encontradas pelo governo do Paraná para possibilitar atendimento hospitalar de qualidade e com resolutividade, otimizar a eficiência dos hospitais e consolidar a oferta da atenção hospitalar nos polos macro e microrregionais do estado.

A formalização da relação contratual entre a SESA e as organizações hospitalares foi a opção que o governo do Paraná encontrou para reestruturar o sistema de saúde no estado e redefinir os compromissos entre as partes. O modelo de gestão para resultados está estruturado por meio de contratos de gestão firmados entre a SESA e hospitais, como forma de pactuar objetivos, metas e compromissos para cada um dos contratados; dentre eles, analisamos os casos dos hospitais A, B e C. Coube ao contratante supervisionar e avaliar a execução do acordo, promovendo, ainda, a capacitação e o aporte financeiro necessário ao

contratado para se adequar às exigências previstas na pactuação. Ao contratado, recai a responsabilidade de cumprir o contrato.

1. Controle e seu impacto sobre a melhoria de desempenho

O entendimento dos relatos possibilitou identificar alguns fatores positivos e negativos que emergiram da análise dos casos A, B, C, sob a percepção dos representantes das equipes administrativas. Assim, a fim de contemplar o propósito da pesquisa, essa seção terá como finalidade examinar *como opera o modelo de contratualização para resultados estabelecido pela Secretaria de Saúde do Paraná junto às instituições hospitalares, para impulsionar as organizações à melhoria de suas atividades técnicas e administrativas*.

Cabe aqui esclarecer que o controle sobre as atividades pactuadas entre SESA e hospitais contratualizados pelo HOSPSUS – Rede Mãe Paranaense (FASE 1), acontece por meio do processo de *monitoramento/avaliação* que ocorre quadrimestralmente, visando verificar os cumprimentos dos compromissos firmados junto à Secretaria e acompanhar a evolução dos serviços prestados pelos hospitais.

Para realização do controle a SESA instituiu Comissões Avaliadoras em âmbito estadual e regional que são responsáveis pelo *monitoramento/avaliação* direta das instituições hospitalares. Estas Comissões seguem um roteiro pré-estabelecido por meio de ficha de avaliação, que leva em consideração itens relacionados à gestão, estrutura, processos, que auxiliam na padronização e *monitoramento* do cumprimento dos compromissos assumidos, além de acompanhar taxas consideradas importantes para o bom desenvolvimento do programa.

Levando em consideração as responsabilidades das Comissões é importante ressaltar que a *avaliação de desempenho* tem sido um instrumento indispensável ao exercício da função *Controle*. A avaliação subsidia a tomada de decisões.

Os entrevistados percebem a importância de as Comissões Regionais e Estadual de Avaliação realizarem o acompanhamento das atividades pactuadas na contratualização do HOSPSUS – Rede Mãe Paranaense a fim de melhorar o desempenho dos hospitais.

Observamos que a contratação do HOSPSUS é uma relação contratual com presença de mecanismos de *punição/recompensas* e/ou *sanções positivas/negativas* determinadas pelo controle.

Para as atividades de *monitoramento/avaliação de desempenho* como estímulo ao cumprimento de compromissos/metapré-acordadas, a SESA prevê uma estrutura de incentivos positivos e negativos. Como incentivo positivo é prevista a disponibilização de incentivos financeiros. Como incentivo negativo, em caso de descumprimento dos

compromissos ou metas pactuadas, se prevê a possibilidade de descontos nos valores a serem repassados. Vale ressaltar que sua função segundo a SESA não é punitiva, mas impulsionar a melhoria das atividades.

Com base nas entrevistas, percebemos que *monitoramento e avaliação de desempenho* são mecanismos que estimulam o cumprimento dos compromissos e das metas contratualizadas. A SESA se utiliza de mecanismos de monitoramento e avaliação para promover aprendizado, transparência e responsabilização. O *monitoramento* se dá através de visitas e reuniões nas unidades hospitalares. A partir de relatórios consolidados, são identificados os fatores de sucesso e os pontos críticos do processo que precisam de ajustes. A finalidade é contribuir na melhoria da gestão, gerando informações para análise do desempenho.

Sob essas condições identificamos que as ações gerenciais de controle, por meio de mecanismo de *cobranças* implementadas pela SESA, têm a função de garantir adaptação e adequação dos hospitais contratualizados aos objetivos da política estadual de saúde.

Conforme demonstrado pelo quadro abaixo os representantes das equipes administrativa e técnica apresentaram os seguintes aspectos positivos e negativos sobre o *Controle*.

Quadro 14 – Características do Controle na percepção dos profissionais administrativos (A) e técnicos (T)

| Controle | Hospital A | Hospital B | Hospital C |
|---|------------|------------|------------|
| <i>Monitoramento/Avaliação de Desempenho</i> | | | |
| Período para adequações internas e melhorias assistenciais | (T) (A) | (T) (A) | (T) (A) |
| Incentivo financeiro – aumento das cobranças e melhorias da qualidade do atendimento | (T) | (T) (A) | (T) (A) |
| Implantação/criação/implementação de protocolos e comissões | (T) (A) | (T) (A) | (T) (A) |
| Monitoramento e avaliação – impulsiona o cumprimento dos compromissos/metapactuados | (T) (A) | (T) (A) | (T) (A) |
| Monitoramento/avaliação – impulsiona crescimento, melhoria do desempenho e melhoria assistencial | (T) (A) | (T) (A) | (T) (A) |
| Avaliação – mecanismo que impulsiona o estreitamento entre as áreas internas, a coleta de informações e a comunicação | (T) (A) | (T) (A) | (T) (A) |
| Fiscalização da aplicação dos recursos | - | (A) | (A) |
| Melhoria da informação Interna | (T) | - | - |

Fonte: elaborado pelo pesquisador com base nos relatos.

Observando o quadro podemos verificar que os hospitais (A, B, C) tiveram uma percepção positiva do período concedido para se adaptarem às cobranças. As cobranças direcionadas às adequações físicas possibilitaram melhorias nas maternidades, UTI Neonatal, implantação de sala para parto humanizado e compras de camas PPPs e outros equipamentos

que servem de apoio ao parto normal. Além disso, melhoraram as acomodações aos acompanhantes das gestantes.

Nas três organizações os profissionais destacaram que vinculadas aos recursos vieram às cobranças por melhoria na qualidade do atendimento realizado. Contudo, perceberam que o aporte financeiro foi fundamental para as organizações hospitalares cumprirem as exigências da contratualização e readequar suas instalações.

Também identificaram que o controle exercido pelo processo de *monitoramento e avaliação desempenho* foi fundamental para que os protocolos internos fossem criados e implantados e as comissões exigidas pelo programa HOSPSUS – Rede Mãe Paranaense fossem colocadas em funcionamento. Aqui cabe destacar que os profissionais dos hospitais A e C tiveram um pouco mais de dificuldade na implantação dos protocolos devido ao fato de as comissões não se reunirem com frequência. Já o hospital B possuía protocolos implantados - esses foram adequados às exigências do programa e suas comissões já atuavam ativamente.

A contratualização do HOSPSUS – Rede Mãe Paranaense na percepção dos profissionais técnicos (médicos e enfermeiros) e administrativos dos três hospitais aumentou suas responsabilidades pelos serviços prestados e o processo de monitoramento/avaliação exercer a função de impulsionar o cumprimento dos compromissos e metas contratualizados.

O controle dos compromissos e metas pactuados é percebido pelos profissionais dos hospitais A, B e C como uma ferramenta importante para o crescimento, melhoria do desempenho e melhoria assistencial. A partir do momento em que a organização passa a ser cobrada ela deve criar estratégias, desenvolver ações que visem melhorar seu desempenho e, conseqüentemente, sua qualidade na prestação de serviço.

O controle apresentado pelo modelo de contratualização da SESA para os administrativos e técnicos dos hospitais A, B, C impulsiona a melhoria de desempenho devido a suas cobranças, e essas estimularam a integração e o estreitamento das relações e melhoria de informações entre as áreas administrativas e técnicas visando o alcance dos compromissos e metas pactuados.

Sob a percepção dos profissionais administrativos dos hospitais B e C, o modelo de contratualização também contribuiu como mecanismo fiscalizador da aplicação dos recursos financeiros da instituição, pois a organização hospitalar deve periodicamente apresentar um relatório detalhado informando à SESA onde foram investidos os recursos provenientes do Programa.

Os integrantes da equipe técnica do hospital A (médicos e enfermeiros) em seus relatos perceberam que o controle impulsionou a melhoria dos resultados e contribuiu para a

melhoria da informação interna. As informações ficavam restritas a grupos específicos e atualmente essas informações são compartilhadas devido à necessidade de apresentação dessas informações para a Comissão de Avaliação do HOSPSUS. Isso possibilitou que as informações pudessem ser compartilhadas e discutidas entre os profissionais da instituição.

Assim, o processo de monitoramento/avaliação é percebido pelos profissionais administrativos e técnicos com um mecanismo que impulsiona o crescimento e tem como características fiscalizar, monitorar e influenciar a melhoria desempenho e assistencial.

Além dos aspectos positivos relacionados ao *Controle*, os entrevistados apontaram também alguns aspectos geradores de conflito, o que coincide com pontos apontados pela literatura (EISENHARDT, 1989; KETTL, 1997; PACHECO, 2010). O quadro abaixo resume os aspectos do processo de avaliação que geram algum tipo de conflito entre os atores:

Quadro 15 – Problemas do Controle na percepção dos profissionais administrativos (A) e técnicos (T) dos hospitais A, B, C

| Controle | Hospital A | Hospital B | Hospital C |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Monitoramento/Avaliação | | | |
| Processo não considera aspectos e particularidades das instituições | (A) | | (A) (T) |

Fonte: elaborado pelo pesquisador com base nos relatos.

Os profissionais da equipe administrativa do hospital A e os profissionais das equipes administrativa e técnica do hospital C consideram a forma de distribuição dos recursos financeiros como falha, por não considerar, no processo de avaliação, as diferenças e necessidades de cada hospital em se adaptar aos compromissos/metapactuadas.

A esse respeito a SESA se manifestou com o seguinte argumento:

“No HOSPSUS - Rede Mãe Paranaense a ideia é que com os recursos repassados para os hospitais eles tenham uma melhoria do seu custeio e com isso melhorem seu atendimento aos pacientes, [...] quando eles comentam que nós não respeitamos suas particularidades eu considero um equívoco, porque investimos muito nos hospitais até como forma de compensação e com isso possibilitando que alguns que antes não eram se tornassem centro de referência ao parto. Além disso, houve outras formas de compensação, veja quem não era referência pode se tornar fazendo projetos para construir, para equipar, por exemplo, a UTI que lhe faltava, implantar um lactário adequado, eles puderam implantar tudo que faltava para melhorar a qualidade do atendimento e não podemos esquecer também que eles tiveram um período para se adaptar [...]. Você pode perceber que a grande maioria desses hospitais recebeu investimentos maciços da SESA em equipamentos ou recursos para comprar equipamentos, então o programa não está apenas voltado para o repasse para o custeio dos cem mil reais por mês às instituições. [...] Agora em relação ao processo de avaliação, este deve ser um processo igualitário a todos, mesmo porque o que estamos buscando é que haja uma padronização do atendimento em todas as nossas regionais”. [RS-1]

Enfim, o *Controle* realizado pela SESA é a forma como a contratualização de resultados vem sendo aferida nas três instituições estudadas. Os depoimentos dos entrevistados nos hospitais parecem indicar que o controle vem sendo exercido de forma compatível com orientações de boas práticas, nas quais a “tarefa essencial daqueles que realizam avaliações de desempenho das intervenções governamentais consiste em proporcionar elementos para aumentar a eficiência e a eficácia, isto é, alcançar os objetivos procurados com uma utilização ótima dos recursos disponíveis” (COHEN; FRANCO, 1993, p. 69).

Sendo assim, podemos afirmar que nos três casos estudados a contratualização de resultados é uma experiência multidimensional, na qual controle e avaliação são mecanismos vistos como impulsionadores do desempenho tanto pelos agentes que os exercem, como por aqueles que são avaliados. Ainda que para fins de análise tenhamos isolado a função *Controle*, na implementação dos HOSPSUS essa função se combina com mecanismos voltados ao aprendizado contínuo – que serão analisados a seguir.

2. Aprendizagem como forma de melhoria

Para o exame da *segunda questão* analisamos se “o modelo de contratualização de resultados interfere nas atividades administrativas e técnicas de forma que os atores aprendam e adaptem seu comportamento aos compromissos e metas contratualizadas”.

Para responder a essa questão partimos do pressuposto de que *monitoramento e avaliação* consistem em: gerar informações sobre o desempenho (das instituições/hospitais) e fazer uso dessas informações para em momento oportuno possibilitar aprendizado.

Partimos da hipótese de que a contratualização de resultados é vista pelos entrevistados (profissionais das equipes administrativas e técnicas) como instrumento de ajuste/adequação e aprendizado.

É importante salientar que a aprendizagem organizacional não foi examinada nessas instituições como algo do tipo aprende X não aprende, mas levando-se em conta o aprendizado na forma de um *continuum*, pois se considerou, nesse aspecto, que o modelo de contratualização adotado pelo governo do Paraná é compatível com os aspectos enfatizados no contexto das reformas propostas pelo Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (BRASIL/MARE, 1995), como flexibilidades de gestão, autonomia, foco em resultados.

Nesse caso, foi importante verificar de que forma os atores institucionais aprendem e adaptam seu comportamento às metas contratualizadas.

Os resultados obtidos tanto pelas entrevistas como pela observação não participante em reuniões de avaliação revelaram que há uma percepção generalizada entre os

entrevistados de que existe um estímulo à aprendizagem e uma preocupação com a capacitação do pessoal. Na prática, o que as entrevistas mostraram é que a forma de aprendizagem mais frequente se dá por meio da experiência decorrente das atividades cotidianas. O aprendizado é baseado nas relações de confiança, no compartilhamento das informações e conhecimento. Essa forma de aprendizado associa aspectos da perspectiva nórdica de gestão por resultados, pois valoriza a experiência.

Observamos que o aprendizado nas instituições estudadas acontece através da interação entre pessoas e entre pessoas e ambiente. Uma das formas de interação é promovida pelos treinamentos oferecidos pela SESA aos profissionais de saúde.

Na prática, o aprendizado organizacional produzido pela experiência de contratualização de resultados nos três casos analisados criou uma cultura focada na melhoria da qualidade do atendimento, incentivou uma série de mudanças nos processos internos, e foi importante para as instituições se ajustarem ao contrato. A mudança se relaciona aos ajustes que se viram obrigadas a fazer. A adaptação consistiu em novos comportamentos.

Na gestão de organizações de saúde, o uso do BSC para implementar indicadores de desempenho e alinhar ações estratégicas vem encontrando sucesso na perspectiva nórdica de medição do desempenho no setor público (JOHNSEN; VAKKURI, 2006; JOHNSEN, NORREKLIT; VAKKURI, 2006).

Johnsen e Vakkuri (2006) ressaltam que o modelo nórdico é, acima de tudo, caracterizado pela valorização de uma sociedade aberta e com constante diálogo, e esses valores podem estar em desacordo com o uso de um modelo racional e normativo do BSC. Além disso, na medição de desempenho são desacopladas as metas das recompensas, assim, as medidas de desempenho auferidas com o uso do BSC são utilizadas para o diálogo e aprendizagem e não para punições ou premiações.

Nessa direção, a aprendizagem como forma de melhoria se deve à percepção de que, em organizações hospitalares, é elemento-chave para que se adaptem ou construam a mudança mais facilmente (GARVIN, 1993; KIM, 1993; MARQUADT, 1996).

A *aprendizagem* sob a percepção dos representantes das equipes administrativas e técnicas é analisada de acordo com os desdobramentos das entrevistas que levaram em consideração as subcategorias: *Mudança Cultural, Governança da Rede, Capacitação Profissional*.

Quadro 16 – Aprendizagem na percepção dos profissionais Administrativos (A) e Técnicos (T) dos hospitais A, B, C

| Aprendizagem | Hospital A | Hospital B | Hospital C |
|---|------------|------------|------------|
| <i>Mudança cultural</i> | | | |
| Incentivo financeiro estimula a mudança de cultura | | (A) | (A) |
| Impulsionou o planejamento organizacional/Plano Diretor | (A) | (A) | (A) |
| Adaptação às exigências contratualizadas - implantação de Protocolos e criação de Comissões | (T) (A) | (T) (A) | (T) (A) |
| Incentivou a melhoria da comunicação interna, o estreitamento das relações e fortalecimento da organização hospitalar | (T) (A) | (T) (A) | (T) (A) |
| Mudança da rotina de trabalho - “Porta Aberta” | (A) (T) | (T) | (T) |
| Mudança relacionando incentivo à Política de Humanização ao Parto | (T) | (T) | (T) |
| Influenciou nas atividades administrativas | (T) (A) | (T) (A) | (T) (A) |
| Mudança no quadro profissional | (T) | | |
| Possibilitou ao Hospital se tornar referência no atendimento à gestante de alto risco | (A) | | |
| <i>Governança da Rede</i> | | | |
| Integração entre os pontos de atenção / Estreitamento das relações / SESA/Regionais e outras Instituições | (T) (A) | (T) (A) | (T) (A) |
| Troca de experiências / conhecimento | (T) (A) | (T) (A) | (T) (A) |
| <i>Capacitação Profissional</i> | | | |
| SESA como promotora de curso voltado aos profissionais administrativos | (A) | | (A) |
| SESA como promotora de cursos/treinamentos e reuniões voltados aos profissionais da área técnica | (T) (A) | (T) (A) | (T) (A) |
| Instituição investe na qualificação dos seus profissionais - aprendizado contínuo | (T) (A) | (T) (A) | (T) (A) |
| <i>Outros Resultados relacionados à contratualização</i> | | | |
| Aporte financeiro para a melhoria e adequações da estrutura física | (A) | - | (A) |
| Repasse de investimentos para aquisição de máquinas e equipamentos e ampliação da equipe (custeio) | (T) (A) | (T) (A) | (T) (A) |
| Projeto de criação de ambulatório | | (A) | (A) |

Fonte: elaborado pelo pesquisador com base nos relatos.

Mudança Cultural

Conforme enunciado do PDRAE (MARE, 1995, p.54), “a reforma concreta do aparelho do Estado ocorre na dimensão gestão”. Nela a administração pública se torna mais eficiente e efetiva. As mudanças culturais acontecem porque as práticas gerenciais de fato ocorrem.

Inicialmente tendo como base os comentários dos profissionais administrativos dos hospitais B e C percebemos que o incentivo financeiro contribuiu para o processo de mudança cultural junto às organizações hospitalares. Nos relatos percebemos que as organizações passavam por dificuldades financeiras e perceberam no programa a oportunidade de capitanear recursos para custeio e melhorias de suas atividades.

Para receberem o aporte financeiro estabelecido pelo programa HOSPSUS, percebemos que os três hospitais tiveram que passar por reestruturações/readequações e que o processo de aprendizado, nos três casos estudados, é concebido como um processo de adaptação às exigências contratualizadas.

Os entrevistados das áreas administrativas dos três hospitais mencionaram que o programa proporcionou a oportunidade de se organizarem e pensarem sobre o futuro da instituição ao exigirem a elaboração ou readequação dos seus planos diretores.

Simultaneamente a esse processo de redefinição das metas e estratégias das organizações, constatamos nos relatos dos representantes das equipes administrativas e técnicas dos hospitais A, B e C que a criação e implantação de protocolos contribuíram para a melhoria dos processos internos e condutas dos profissionais em relação a suas atividades. Ambos os processos contaram com o envolvimento de profissionais das duas áreas para que pudessem ser realizados, contribuindo para a melhoria da comunicação interna e consequentemente para o fortalecimento institucional das organizações.

Ainda em relação a adaptação e mudança de rotinas, os entrevistados da equipe administrativa do hospital A mencionaram que no momento em que foram contratualizados se tornaram referência no atendimento de gestante de alto risco. Isso gerou mais acessibilidade às gestantes como identificado pelos profissionais técnicos dos hospitais A, B e C, porque ao assumir a condição de “Porta Aberta” as organizações tiveram que alterar sua rotina de trabalho, implantando atendimento 24 horas e incentivando a contratação de mais obstetras, pediatras, anestesistas e enfermeiras obstetras.

A contratualização favoreceu mudanças significativas no comportamento das equipes técnicas dos três hospitais frente à implementação da Política de Humanização ao Parto. No hospital A os relatos evidenciam que no início essa política foi acompanhada de certas resistências por parte da equipe de obstetras que se recusavam aceitar o acompanhante durante o parto, e por aqueles profissionais que se recusavam a trabalhar com enfermeiras obstetras. Esse comportamento exigiu da direção do hospital tomada de decisão envolvendo desligamento de alguns profissionais e contratação de outros.

Governança da Rede

O termo governança tem sido utilizado com um sentido que envolve os mecanismos de controle e responsabilização pelas organizações de uma forma bastante genérica. A questão da governança da rede deve ser examinada levando-se em conta que a presença de uma estrutura de governança tende a enfatizar a interação entre os atores com interesses comuns e divergentes, com propósitos próprios e definidos coletivamente que, entre outras coisas, possa fortalecer, estimular e incentivar a cooperação, a troca de experiências e o desenvolvimento do conhecimento (SILVA, 2001; CALMON, COSTA, 2013). “As relações de cooperação estão sujeitas a um controle do bom desempenho, isto é, a uma *avaliação*” (KISSLER; HEIDEMANN, 2006, p.492).

A governança da rede é uma subcategoria identificada nas narrativas que se apresenta relacionada com: a integração entre os pontos de atenção, estreitamento das relações entre SESA/Regionais/outras instituições e troca de experiências.

Os representantes administrativos e técnicos dos três hospitais relataram que a SESA procura promover a integração entre os pontos de atenção e troca de experiência por meio da governança da rede. Compreendem a integração como um elemento chave para melhoria da qualidade da atenção e que ela proporciona acesso a serviços qualificados. As narrativas revelam que as reuniões da Rede são promotoras de trocas de experiências e auxiliam no fortalecimento e estreitamento das relações com outros hospitais. Além disso, favorecem a troca de conhecimento, facilitam o acesso às informações e propiciam condições para que as instituições de maneira individual se autoavaliem e com isso possam melhorar a qualidade assistencial.

Capacitação Profissional

O processo de capacitação dos trabalhadores em saúde deve tomar como referência as necessidades de saúde da população, da gestão e do controle social para qualificar as práticas de saúde e a educação dos profissionais e melhorar a atenção à saúde (BRASIL/MS, 2004).

A oferta do curso de especialização aos profissionais administrativos dos hospitais A e C foi relatada como um ponto positivo principalmente para despertar aprendizado contínuo junto às organizações hospitalares.

A capacitação profissional é um aspecto relevante para a promoção de melhorias no atendimento. Os profissionais administrativos e técnicos (médicos e enfermeiros) relataram a importância dos cursos/treinamentos/reuniões promovidos pela SESA como processos de aprendizagem organizacional. Destacaram que os cursos ofertados pela Rede Mãe Paranaense voltados tanto para os médicos quanto para os enfermeiros contribuem para alcance do objetivo proposto pelo programa de melhorar as condições e o atendimento às gestantes e esperam que as organizações hospitalares também promovam e incentivem ações de forma que seus profissionais sempre estejam em contínuo processo de aprendizado.

Enfim, nos casos estudados, observamos que apesar de a contratualização de resultados estar se mostrando uma forma adequada de promover condições para que as três instituições busquem melhorar a qualidade do atendimento, ainda existem alguns problemas que devem ser considerados para o alcance dos objetivos propostos pelo Programa.

Entendemos que a identificação e apresentação dos problemas diagnosticados são relevantes para a melhoria do processo de contratualização aqui representado pelo Programa

HOSPSUS - Rede Mãe Paranaense. Contudo, não estão diretamente relacionados ao problema de pesquisa, mas podem estar relacionados com a medição de desempenho mencionados nos estudos de Bouckaert e Balk (1991) e com as possíveis consequências não-intencionais da mensuração de desempenho descrita no estudo Smith (1995, apud Radnor 2008) que prejudicam a melhoria dos resultados contratualizados entre Contratante e Contratado.

Quadro 17 – Problemas identificados no processo de aprendizagem

| Aprendizagem | Hospital A | Hospital B | Hospital C |
|---|-------------------|-------------------|-------------------|
| <i>Mudança cultural</i> | | | |
| Resistência à implantação de protocolos | (T) (A) | (A) | (T) (A) |
| Resistência ao acompanhante ao parto | (A) | (T) | |
| Não perceberam interferência direta em suas atividades | (A) | | |
| <i>Governança da Rede</i> | | | |
| Problema de comunicação/funcionalidade da Rede com aumento no número de atendimento gera insatisfação | (A) (T) | (A) (T) | (A) (T) |
| Problemas gerados com profissionais | (A) | | |
| Exigências de redução de indicadores | | (T) | |
| Problema relacionado com referência e contrarreferência | | | (T) |
| <i>Capacitação Profissional</i> | | | |
| Falha no processo de oferta de cursos/treinamentos para os profissionais administrativos | (A) | (A) | (A) |
| Falha no processo de oferta de cursos/treinamentos para os profissionais técnicos | | (T) | (T) |
| <i>Outros Problemas relacionados à contratualização</i> | | | |
| Descontentamento sobre os valores dos repasses financeiros | (A) | | |
| Discordância dos critérios de repasse (“deveria ocorrer por produção”) | | (T) | |
| Fatores externos/políticos que inibem o alcance das metas | | (T) | |
| Atrasos nos repasses financeiros | (A) | (A) | |

Fonte: elaborado pelo pesquisador com base nos relatos.

Mudança Cultural

Em resposta aos problemas relatados sobre a *aprendizagem* como resistência na implantação de protocolos e acompanhante ao parto, mencionados pelos profissionais das equipes administrativas e técnicas dos hospitais A, B, C, os representantes da SESA comentaram o seguinte:

“A implantação de protocolos faz parte dos compromissos/metaspactuados no momento da contratualização junto ao hospital e por se tratar de problemas internos de cada instituição, não se consideram confortáveis a comentarem sobre tais problemas”. [RS-1]

Alguns profissionais da área administrativa do hospital A não perceberam a influência direta do programa HOSPSUS - Rede Mãe Paranaense em suas atividades. Após entrevistas realizadas com alguns representantes da Regional de Saúde A, pudemos inferir que

a alta rotatividade do pessoal da área administrativa que ocorreu durante os três primeiros anos de contratualização pode ter comprometido essa etapa do processo de aprendizado.

Governança da Rede

Em relação à má funcionalidade da rede e ao aumento no volume de atendimento o representante da SESA relata que:

“[...] nós temos que organizar a rede de uma maneira que possibilite ao paciente acesso aos profissionais, onde eles sejam atendidos [...]. A tendência dos hospitais de referência é querer atender o seu município e não querer atender os vizinhos. Para atender os vizinhos eles querem uma compensação além daquela do SUS, tem profissionais médicos que interpretam que quando eles estão atendendo pelo SUS, eles estão atendendo de graça, eles não estão atendendo de graça, no mínimo eles estão utilizando uma estrutura pública ou uma estrutura filantrópica que é custeada na sua grande parte pelo sistema único de saúde (SUS), que paga toda aquela estrutura que ele utiliza para atender um paciente de convênio ou um paciente particular de vez em quando, ele não atende ninguém de graça, eles têm que acabar com essa percepção e voltarem sua atenção à melhoria do atendimento referenciado pela rede, conversarem mais entre si, eu acredito que essas reclamações com o tempo vão acabar”. [RS-1]

Sobre os problemas enfrentados para a redução de indicadores, como mencionado pelos entrevistados do hospital B, a SESA se posicionou assim:

“Quando eles mencionam redução dos seus indicadores estão se referindo na maioria das vezes à redução da taxa cesárea. Mas essa proposta partiu de um diálogo nosso com eles, onde todos concordaram em fazer um plano de abaixar suas taxas de cesáreas 2% ao ano. Eles mesmos propuseram como irão fazer para abaixar suas taxas”. [RS-3]

“Nós temos consciência de que taxa de cesárea não se abaixa nem por decreto de uma hora para outra [...]. No próprio Conselho de Medicina já existem protocolos que mencionam em quais situações o parto cesariano é recomendado então você não pode exagerar nem de um lado e nem do outro, se você exagerar e obrigar a paciente realizar o parto normal, você pode causar problemas tanto para a mãe quanto para a criança. Além disso, nós temos uma infinidade de mães que já fizeram cirurgias anteriores que podem gerar problemas e dificultam a realização de um parto normal, por isso esse item nós apenas monitoramos e debatemos juntos aos representantes das instituições nas reuniões das Comissões de Avaliação e não é um item que interfere nos repasses financeiros da instituição”. [RS-1]

Quanto ao problema apresentado pelo profissional técnico do Hospital C, de que o hospital não possui um hospital para ser sua contrarreferência para encaminhar suas pacientes de casos que necessitam de cuidados especiais, obtivemos o seguinte posicionamento de representantes da SESA:

“Atualmente nossos centros de especialidades para acompanhamento de casos de gestantes ou bebês que necessitam de cuidados especiais estão localizados em Curitiba e Londrina. Em breve queremos ampliar esses centros, mas nenhuma gestante fica sem apoio, logo que somos informados dos casos procuramos o mais rápido possível encaminhar a gestante ou bebê a esses centros”. [RGA-2]

Capacitação Profissional

Em relação ao problema decorrente da falta de oferta de cursos/treinamentos aos profissionais administrativos, os representantes da SESA comentaram que já estão se mobilizando para promover novos cursos brevemente. Os cursos foram interrompidos devido aos problemas de origem financeira. Reconhecem que deveriam ter sido ofertadas novas turmas dos cursos ou outros treinamentos diretamente ao pessoal da área administrativa dos hospitais.

“A gente promoveu em parceria um curso de especialização no início do programa, mas ele não continuou devido a problemas de financiamento. Em outros momentos tentamos ofertá-lo novamente, mas não conseguimos [...] atualmente existe um projeto tramitando internamente com a intenção de voltarmos a ofertá-lo o mais breve possível, temos uma pessoa que já está trabalhando na viabilização da parceria com uma universidade. Os hospitais que não tiveram oportunidade de participar desse curso por terem contratualizado com a SESA depois, não são despontuados neste item durante o processo de avaliação do programa”. [RS-3]

“Nós estamos preparando um curso de gestão para os hospitais inseridos no Programa - Rede Mãe Paranaense HOSPSUS - FASE 3, e vamos também promover novos cursos voltados para os servidores administrativos e para a direção dos hospitais inseridos no HOSPSUS - Fase 1. Isso já era para ter sido feito e realmente não foi feito, foi uma falha da SESA, foi uma falha que ocorreu dentro do programa, mas sabemos dessa falha e estamos tentando solucionar”. [RS-1]

Já em relação aos problemas referentes à qualidade dos cursos ofertados aos profissionais técnicos mencionados pelos entrevistados dos hospitais B e C, o representante da SESA comentou que os cursos são ofertados seguindo os objetivos definidos pelo Programa. Reconhecem que os cursos podem não atender às necessidades de todas as instituições, mas o propósito é que todos possuam um conhecimento igualitário.

“A gente promove alguns cursos, palestras, oficinas e seminários tendo como propósito promover o conhecimento e a integração entre profissionais das diversas regionais, durante estes cursos eles podem trocar experiências e isso contribui para melhoria do processo. Também já promovemos cursos voltados às macrorregiões, o mais recente foi em Londrina. Os cursos ofertados são sempre direcionados para a melhoria e qualificação do atendimento ao paciente e melhoria da rede”. [RS-4]

Outros problemas relacionados à contratualização

O atraso no repasse financeiro é apontando como um fator gerador de problemas. De acordo com os entrevistados das organizações hospitalares A e B há um compromisso assumido pelos hospitais com a SESA que deve ser honrado e esse atraso pode comprometer a qualidade do serviço ofertado.

Sobre o atraso dos repasses financeiros outro entrevistado da SESA apresenta a seguinte informação:

“Os atrasos ocorreram muitas vezes devido a problemas financeiros relacionados à distribuição orçamentária do estado, outras vezes relacionados ao processo de envio das avaliações à SESA. Porque estas avaliações e seus relatórios devem passar pela aprovação do Comitê Estadual e são apresentadas todas na mesma reunião; às vezes as reuniões não ocorrem ou são transferidas devido a atrasos relacionados aos envios das avaliações realizadas pelas regionais. Mas nós não deixamos de efetuar os repasses logo que as situações são regularizadas”. [RGA-2]

“Os atrasos podem ocorrer devido a alguns fatores que fogem do nosso controle, por exemplo, readequação orçamentária devido à queda da receita estadual. [...] Mas isso não impediu que nós cumpríssemos com nossos compromissos juntos às instituições, às vezes esses valores podem ser repassados com atrasos em relação ao previsto, mas todos os valores são repassados. É importante lembrar que não é sempre que esses atrasos ocorrem - atualmente os repasses estão dentro do prazo previsto”. [RS-2]

Já em relação ao descontentamento apresentado pelos profissionais administrativos do hospital A referente aos valores repassados para a instituição pelo HOSPSUS, o representante da SESA comenta que:

“Os gestores dos hospitais deveriam ter em mente que esses recursos disponibilizados pela Secretaria e repassados às instituições são um uma espécie de um plus, para os hospitais, porque a tabela do SUS não sofre alteração há alguns anos. Então eles não deveriam ficar na dependência dos recursos do programa e sim procurar trabalhar na melhoria de sua gestão”.

Sobre o aspecto relacionado com a forma com que os repasses financeiros são realizados, não levando em consideração a produtividade realizada pela instituição, mas sim a estrutura disponibilizada para o atendimento, o representante da SESA pondera que:

“Na realidade os valores são calculados segundo uma classificação que a gente chama de tipologia dos hospitais, por exemplo, para um hospital de porta aberta como no caso do HOSPSUS FASE 1, não repassamos os recursos por sua produtividade, mas sim pela estrutura que ele tem disponibilizada para atender as pacientes do SUS. [...] Assim no caso do HOSPSUS - Rede Mãe Paranaense, quem atende como referência para gestação de alto risco tem que ter uma estrutura mínima, tem que ter UTI para mãe, UTI para a criança, tem que ter plantonista da UTI, tem que ter um obstetra, um pediatra, anestesista, uma equipe completa, então é pela estrutura que o hospital disponibiliza que é colocado o recurso público”. [RS-1]

Em relação aos fatores externos e políticos que inibem o alcance das metas que foram mencionados pelos profissionais técnicos do hospital B, os representantes reconhecem que tais fatores podem interferir, mas preferiram não comentar o assunto.

Assim mesmo identificando alguns problemas relacionados ao processo de aprendizado podemos perceber que a contratualização tem favorecido a possibilidade da construção de conhecimento, a qualificação do atendimento, o fortalecimento das relações, troca de experiências e a criação de oportunidade para mudança cultural. Por isso, chegamos à conclusão de que o modelo de contratualização junto às instituições hospitalares A, B, C opera como mecanismo impulsionador de melhorias nas atividades técnicas e administrativas.

Podemos perceber que por meio do Programa HOSPSUS *controle e aprendizagem* contribuem de maneira simultânea para a melhoria do desempenho das organizações hospitalares. O controle impulsionado pelo monitoramento/avaliação estimulou mudanças junto aos procedimentos administrativos e técnicos, como por exemplo, a elaboração de um plano diretor, criação de protocolos internos, formação de comissões entre outros.

A contratualização do programa HOSPSUS - Rede Mãe Paranaense impulsionou as organizações hospitalares a melhorar a qualidade do atendimento às gestantes, possibilitou o estreitamento de contato e troca de experiências com outras instituições, estimulou e deu total liberdade para implementar atividades complementares que possibilitaram melhoria da qualidade assistencial.

A análise da implementação do Programa em três hospitais permitiu apontar aspectos positivos da contratualização de resultados em saúde, assim como detectar outros aspectos geradores de reações contrárias de parte dos atores envolvidos na execução das ações. Para fins desta pesquisa, interessa ressaltar como opera a contratualização de resultados em uma área específica da produção de serviços públicos, dialogando com a literatura sobre o tema.

5 CONCLUSÃO

O interesse em realizar uma investigação sobre os efeitos da contratualização de resultados em experiências ocorridas no Programa HOSPSUS – Rede Mãe Paranaense foi confirmando à medida que me aprofundava em meus estudos e buscava encontrar apoio teórico para as minhas análises.

Na primeira fase, fui me dando conta de que o objetivo deste trabalho era investigar se, de fato, as organizações hospitalares que operam com base na contratualização de resultados conseguem melhorar o seu desempenho.

Nessa direção, busquei verificar de que forma o controle estabelecido pelo HOSPSUS poderia influenciar as organizações à melhoria de suas atividades, e de que forma os atores institucionais aprendem e adaptam seu comportamento às metas contratualizadas.

Nos casos analisados encontrei evidências de que os hospitais entraram no programa motivados pelos incentivos financeiros. Observei que o processo inicia com o controle da SESA junto aos hospitais contratualizados. A ideia não é utilizar o controle como um mecanismo direcionado/voltado exclusivamente a punição e recompensas.

Ao contrário, ao mesmo tempo em que exerce a função de fiscalização, tem como finalidade propor ações preventivas ou corretivas às organizações hospitalares, oferecendo ao gestor informações capazes de subsidiar a melhoria do desempenho da organização e de suas ações, e consequentemente, impulsionando o processo de mudanças significativas para a melhoria da qualidade dos serviços prestados.

O controle exerceu uma função importante no processo de avaliação na contratualização. Fatores importantes foram determinantes para a construção de conhecimento, a qualificação do atendimento, o fortalecimento das relações, troca de experiências e a criação de oportunidade para mudança cultural.

O controle foi a aposta para a melhoria do desempenho, consequentemente, melhoria do atendimento assistencial. Assim, o modelo de contratualização apresentado pela SESA às organizações hospitalares impulsionou mudanças estruturais, tais como a implementação de protocolos, a criação de comissões, a melhoria da comunicação interna, que ainda continuam sendo monitorados e avaliados. Isto porque os objetivos propostos no Programa HOSPSUS só poderão ser alcançados pela avaliação e pelo monitoramento, instrumentos da contratualização de resultados para controlar as melhorias de desempenho prevista em contratos.

No entanto, no decorrer da coleta de dados da pesquisa foi ficando claro que o processo de controle, visto inicialmente pelas organizações como um processo direcionado a punições e recompensas, foi e ainda é determinante para impulsionar o aprendizado junto às instituições contratualizadas.

Esse processo contribuiu para mudança cultural das organizações incentivando/promovendo a melhoria da comunicação externa, estreitando o relacionamento e favorecendo a troca de experiência entre os representantes dos hospitais, das regionais de saúde, do CRESEMS (Conselho Regional dos Secretários Municipais de Saúde), do município sede da reunião e outros de dentro e fora de sua regional de saúde, dos consórcios, da central de leitos, do SAMU e da SESA, que se reúnem para discutir problemas correlatos e compartilhar experiências, além de possibilitar a qualificação/capacitação contínua tão importante na área da saúde, especificamente, nesse caso, à área técnica (Médicos e Enfermeiros).

Outra questão importante que emergiu da pesquisa foi a questão da governança da rede de atenção à saúde. As evidências que encontrei foram essenciais para inferir que na tentativa de aumentar a qualidade do serviço prestado ao cidadão, a SESA tem utilizado a contratualização como mecanismo de governança, ou seja, para estabelecer ordem entre as partes, e para gerenciar conflitos entre os atores.

Nos casos analisados, o controle realizado pela SESA para averiguação do desempenho nos três hospitais (A, B, C) propiciou aprendizagem que fortaleceu a cooperação entre SESA, regionais e instituições, e evidencia que a contratualização trouxe melhorias.

Ainda em relação ao fator aprendizado, pude perceber que a contratualização de resultado estimulou o aprendizado entre hospitais, regionais de saúde e SESA.

Hoje, as pactuações referentes à previsão de atendimento às gestantes de alto risco ocorrem anualmente envolvendo informações das regionais de saúde e dos hospitais contratualizados. Já em relação às mudanças ocorridas no processo de avaliação algumas foram realizadas durante os primeiros anos do programa, levando em consideração informações e contribuições decorrentes das reuniões de avaliação realizadas entre os hospitais e regionais de saúde envolvidas no processo.

Atualmente novos ajustes no processo de avaliação já estão sendo apresentados pela SESA aos hospitais por meio das regionais de saúde, estas são discutidas em níveis regionais e as sugestões são apresentadas às regionais que repassam à SESA para elaboração de uma versão final para serem discutidas em conjunto com a FEMIPA e outros conselhos integrantes do processo de avaliação. As mudanças no processo de avaliação

possivelmente serão implantadas até o final de 2017 ou início de 2018, conforme informações da Secretaria de Saúde. Assim, podemos perceber que o processo de aprendizado ocorrido no modelo de contratualização de resultados apresentados pela SESA vem ao encontro da teoria de contratualização nórdica apresentada nesta pesquisa.

Portanto, partindo da ideia de que havia uma combinação do controle e da aprendizagem fui a campo e após entrevistas, discussões, participação em reuniões e análise de seus resultados pude confirmar a hipótese que norteou o presente estudo: *o modelo de contratualização para resultados implementado pela SESA-PR combina dois grupos de mecanismos: controle e aprendizagem.*

E, nesse contexto, finalizo a pesquisa fazendo uma observação sobre as limitações do estudo e propondo algumas sugestões para estudos futuro.

Ao término da pesquisa fui me dando conta de que seria interessante ampliar o números de casos. Com apenas três organizações hospitalares localizadas na mesma macrorregião noroeste do Paraná as informações obtidas podem não refletir a realidade das outras instituições localizadas em outras regionais. Seria interessante investigar casos (hospitais) inseridos em outras macrorregiões e realizar um estudo comparativo.

Algumas dificuldades me fizeram refletir sobre os procedimentos metodológicos que escolhi para analisar as informações obtidas. O método escolhido possibilitou coletar informações sobre as causas geradoras dos comportamentos dos participantes da pesquisa e ter acesso a dados potencialmente importantes e úteis. Por outro lado, a análise e interpretação dos dados tornou-se mais complexa; e me levou a perder algumas oportunidades como a de realizar uma análise comparando os três casos, mesmo que de forma bem simplificada. A não realização de uma análise comparativa pode ser um fator limitante de minha pesquisa.

Enfim, com essa pesquisa procurei apresentar os principais resultados obtidos no campo a propósito da contratualização de resultados no setor saúde no Paraná. Contudo, vale a ponderação de que é impossível avaliar cada detalhe dos inúmeros achados nas 30 entrevistas que foram realizadas. Muitos aspectos não puderam ser analisados porque fogem do foco, mas são merecedores de atenção para futuras pesquisas. Seria interessante investigar:

- Organizações hospitalares inseridas no Programa HOSPSUS - Rede Mãe Paranaense de outras macrorregiões, pois o Estado do Paraná possui 22 macrorregionais e existe um número significativo de hospitais que prestam serviços ao SUS que poderiam ser investigados.
- Estudos futuros envolvendo a contratualização de resultados em Redes já consolidadas como HOSPSUS - Rede Mãe Paranaense e HOSPSUS -

Urgência e Emergência. No decorrer da pesquisa essa última Rede teve sua implantação em cem por cento do Estado.

- Outra possível abordagem poderia estar relacionada ao estudo comparativo entre os Programas Pro-Hosp de Minas Gerais e HOSPSUS do Paraná.

Além dessas observações gostaria de registrar o quão desafiador foi a realização deste trabalho. Por não ter uma formação voltada à área pública o período corresponde às disciplinas foi sem dúvida de carregado de entusiasmo e apreensão. Por ser algo literalmente novo com relação à minha formação prévia, a apreensão tomou conta de mim. Havia tido pouco contato com a literatura que permeia esta área de estudo, no entanto, havia uma dose de entusiasmo pela oportunidade de poder aprender, conhecer e contribuir futuramente junto à comunidade acadêmica e profissional com pesquisas e estudos na área pública.

Na verdade isso é uma pretensão, pois a universidade na qual sou vinculado ainda necessita da criação de grupos de estudos direcionados especificamente para essa linha de pesquisa.

Este trabalho é fruto de uma inquietação pessoal, decorrente das discussões sobre a contratualização de resultados direcionada às organizações públicas e filantrópicas visando avaliar se aquela iniciativa pode propiciar a melhoria do desempenho das organizações. O assunto divide os profissionais e pesquisadores em defensores e adversários. No decorrer da pesquisa pude constatar que ainda existem críticas que consideram a contratualização de resultados não adequada ao setor público, no entanto, pude perceber as contribuições dessa ferramenta para melhoria do desempenho das organizações hospitalares.

Também gostaria de apresentar algumas considerações sobre a pesquisa qualitativa. Na minha percepção estudos que se utiliza de métodos qualitativos deveriam ter mais credibilidade junto ao público sobre sua legitimidade. Há uma visão negativa em torno das pesquisas qualitativas que tenta descaracterizá-la por não apresentar dados quantitativos.

A coleta de dados no campo realizada pessoalmente, pode preencher lacunas que não seria diminuídas com pesquisa quantitativa. No campo podemos nos aproximar dos nossos informantes, extrair “informalmente” dados que complementam nossas análises.

No momento da entrevistas, podemos utilizar simultaneamente a observação. Podemos tirar/extrair muitos sentidos e opiniões observando o ambiente, analisando indutivamente alguns dados que podem enriquecer ainda mais a pesquisa, e até complementar uma ideia. Os participantes de uma pesquisa qualitativa acabam aprendendo, pois ao serem questionados, buscam interpretar aquilo que não se dão conta, pois suas informações não

estão separadas de suas origens, histórias, contextos e entendimentos. Fatores importantes para um pesquisador qualitativo.

Por essas e outras razões, a pesquisa qualitativa, em minha opinião foi a ferramenta, o método que propiciou a coleta de informações que perpassaram os dados obtidos de documentos, e que me levou a refletir sobre o objeto de estudo em profundidade. Concluindo, a análise que ora aponte é carregada da possibilidade de se pensar nessa experiência como um instrumento de gestão que pode atuar sob enfoques diversos. No entanto, a motivação deste estudo decorreu da convicção de que esse método sustentou a ideia e favoreceu a compreensão dos resultados produzidos.

6 REFERÊNCIAS

ALCOFORADO, Flávio. Contratualização e eficiência no setor público: as organizações sociais. **X Congresso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública**, Santiago, Chile, 18 - 21 Oct. 2005. Disponível em: <http://www.bresserpereira.org.br/Documents/MARE/OS/alcoforado_os.pdf>.

ALCOFORADO, Flavio. Obstáculos à implementação da reforma gerencial: as organizações sociais. Tese. Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getulio Vargas, São Paulo, 2012.

ALTOUNIAN, Claudio Sarian; LAPA, Leonard Renne Guimarães. Organizações Públicas Orientadas pela Estratégia: a experiência do Tribunal de Contas da União. **III Congresso Consad de Gestão Pública**. Painel 33/130. Centro de Convenções Ulysses Guimarães. Brasília-DF, 17, 16 e 17 de mar., 2010. Disponível em: <<http://www.escoladegestao.pr.gov.br>>. Acesso em: 17 mar. 2017.

ARNABOLDI, Michela; LAPSLEY, Irvine; STECCOLINI, Ileana. Performance Management in the Public Sector: The Ultimate Challenge. **Financial Accountability & Management**, 31(1), February, 2015.

ANSOFF, Igor. **A nova estratégia empresarial**. São Paulo: Atlas, 1991.

ANSOFF, Igor; McDONNELL, Edward J. **Implantando a administração estratégica**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1993.

ARAÚJO, Maria Arlete Duarte. Responsabilização da administração pública: limites e possibilidades do gestor público. In: **Construindo uma Nova Gestão Pública – Coletânea de textos do I Ciclo de Palestra organizado pela Escola de Governo do RN** –Natal, RN: SEARH/ RN, 2010.

BARDIN, I. **Análise de conteúdo**. Lisboa, Portugal: Edições 70, 2009.

BARBIANI, Rosangela et al. A produção científica sobre acesso no âmbito do Sistema Único de Saúde do Brasil: avanços, limites e desafios. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 3, p. 855-868, 2014.

BARZELAY M. La nueva gerencia pública: un ensayo bibliográfico para estudiosos latino americanos (y outros). **Revista del CLAD, Reforma y Democracia** 2001.

BARZELAY M. **Breaking through bureaucracy**: A new vision for managing in government. Univ of California Press, 1992.

BEHN, R. D. Why Measure Performance? Different Purposes Require Different Measures. **Public Administration Review**, v. 63, n. 5, p. 586–606, 2003.

BOUCKAERT, G.; BALK, W. Public Productivity Measurement: Diseases and Cures. **Public Productivity & Management Review**, v. 15, n. 2, p. 229–235, 1991.

BOUCKAERT, G., HALLIGAN, J. **Managing Performance**: internacional comparisons. Oxon: Routledge, U.K., 2008.

BOUCKAERT, G.; POLLITT, C. Avaliando reformas da gestão pública: uma perspectiva internacional. **Revista do Serviço Público**, v. 53, n. 3, p. 7-31, 2002.

BOU-LLUSAR, J. Carlos et al. An empirical assessment of the EFQM Excellence Model: Evaluation as a TQM framework relative to the MBNQA Model. **Journal of Operations Management**, v. 27, n. 1, p. 1-22, 2009.

BOURNE, M. et al. Designing, implementing and updating performance measurement systems. **International Journal of Operations & Production Management**, v. 20, n. 7, p. 754-771, 2000.

BOYNE, G. A.; CHEN, A. A. Performance targets and public service improvement. **Journal of Public Administration Research and Theory**, v. 17, n. 3, p. 455-477, 2008.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais n.ºs 1/1992 a 68/2011, pelo Decreto Legislativo n.º 186/2008 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão n.ºs 1 a 6/1994. **Seção II, Da Saúde**. 35. ed. – Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2012. 454 p. – (Série textos básicos; n. 67).

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Regulação em Saúde**. Brasília: CONASS, 2007. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao_progestores_livro10.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2017.

BRASIL. **Lei Complementar n.º 101**, de 04 de maio de 2000 (Lei de Responsabilidade Fiscal). Brasília, Senado Federal.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. **Organizações sociais**. Brasília: Secretaria da Reforma do Estado, Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1997. (Cadernos MARE da Reforma do Estado 2).

BRASIL. Ministério da Fazenda. Escola de Administração Fazendária. Programa Nacional de Educação Fiscal – PNEF. **Gestão democrática dos recursos públicos** / Programa Nacional de Educação Fiscal. 5. ed. Brasília: ESAF, 2013 68 p.; 26,5 x 20,0 cm. (Série Educação Fiscal. Caderno 4).

BRASIL. Ministério da Saúde (Org.). Departamento de Análise de Situação de Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde Brasil 2011**: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. v. 1. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. p. 163-82.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Aids**. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/aids/page/810-componentes-do-pro-hosp>>. Acesso em: 24 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS**: caminhos para a educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão – Secretaria de Gestão. **Guia Referencial para Medição de Desempenho e Manual para Construção de Indicadores:** Melhoria da gestão pública por meio da definição de um Guia Referencial para Medição do Desempenho da Gestão. Brasília: 2009. 112 p. Disponível em: <<http://www.gespublica.gov.br/biblioteca/pasta.2010-04>>. Acesso em: 28 fev. 2015.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos – SPI. **Indicadores de Programas:** Guia Metodológico, Brasília: 2010. Disponível em: <<http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/spi/publicacoes/100324>>. Acesso em: 28 fev. 2015.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado – MARE/1995. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (1996 a 1998)**, BEP — Boletim Estatístico de Pessoal. Publicação mensal; vários números. Disponível em: <www.servidor.gov.br>. Acessado em: 2014.

BRASIL. Presidência da República. Câmara da Reforma do Estado. **Plano diretor da reforma do aparelho do Estado.** Brasília: Secretaria de Comunicação Social, 1995.

BRESSER PEREIRA, L. C. 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.

BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos. **Reforma do estado para cidadania.** Reforma gerencial brasileira na perspectiva internacional. São Paulo: Ed 34, 1998.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. O modelo estrutural de governança pública. **Revista Eletrônica sobre a Reforma do Estado RERE.** Nº 10, junho/julho/agosto 2007. Salvador, BA. Disponível em: <<http://www.direitodoestado.com.br/>>.

BRESSER-PEREIRA, L.C. Os primeiros passos da reforma gerencial do estado de 1995. In: Maria Angela D’Incao e Hermínio Martins (editores). **Democracia, crise e reforma:** estudo sobre a era Fernando Henrique Cardoso. São Paulo: Paz e Terra, 2010.

BRIGNALL, Stan; MODELL, Sven. An institutional perspective on performance measurement and management in the ‘new public sector’. **Management Accounting Research**, v. 11, n. 3, p. 281-306, 2000.

CALMON, Paulo; COSTA, Arthur Trindade Maranhão. Redes e governança das políticas públicas. **RP3 Revista de Pesquisa em Políticas Públicas**, nº 01, jul., 2013.

COHEN, E.; FRANCO, R. **Avaliação de Projetos Sociais.** Petrópolis: Vozes, 1993.

COSTA, A. P. P. **Balanced scorecard:** Conceito e guia de implementação. São Paulo: Atlas, 2006.

COUTINHO, M. J. V. Administração pública voltada para o cidadão: quadro teórico conceitual. **Revista do Serviço Público**, Ano 51, Número 3, pp. 40-73. 2000.

CRESWELL, J.W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

DECHOW, Niels. The balanced scorecard: subjects, concept and objects—a commentary. **Journal of Accounting & Organizational Change**, v. 8, n. 4, p. 511-527, 2012.

DOWD, S. Organizational learning and the learning organization in health care. **Hospital Materiel Management Quarterly**, Rockville, v. 21, n. 3, p. 1-4, 2000.

DREVETON, Benjamin. The advantages of the balanced scorecard in the public sector: beyond performance measurement. **Public Money & Management**, v. 33, n. 2, p. 131-136, 2013.

EISENHARDT, K. M. Building theories from case study research. **Academy of Management Review**, v. 14, n. 4, p. 532–550, 1989.

FERNANDES, Alan Gabriel. **Balanced Scorecard aplicado à Administração Pública: uma proposta de planejamento estratégico para o Departamento de Administração e Economia da Universidade Federal de Lavras**. Lavras: UFLA, 2013.

FILGUEIRAS, Aline de Almeida; BARROS, Luana Paula de Souza; GOMES, Josir Simeone. O processo de implantação do balanced scorecard em uma empresa estatal brasileira: o caso Petrobras. Artigo – Estratégia Empresarial. **Revista de Gestão USP**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 45-57, janeiro-março, 2010.

FRANCO-SANTOS, Mônica et al. Towards a definition a business performance measurement system. In: **Proceedings...The Six Internacional Conference on Performance Measurement**, University of Cambridge, UK, p.395-402, 2004.

GARCIA, Ronaldo Coutinho. **A Gestão de Programas do PPA 2000**. Brasília, MEC/SPO, abr. 2000 (Texto para Discussão).

GARVIN, D. Building a learning organization. **Harvard Business Review**, Boston, v. 71, n. 4, p. 78-91, 1993.

GHELMAN, SILVIO; COSTA, Stella Regina Reis da. **Adaptando o BSC para o setor público utilizando os conceitos de efetividade, eficácia e eficiência**. Disponível em: <http://let.aedb.br/seget/artigos06/422_Adapt%20BSC%20efic%20eficacia%20e%20efetivid.pdf>. Acesso em: jun. 2017.

GIOVANELLA L. et al. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. **Saúde Debate** 2002; 26:37-61

GOLDSMITH, S.; EGGERS, W. **Governar em rede**. O novo formato do setor público. Brasília: ENAP, (2006).

GRINBLATT, M.; TITMAN, S. **Financial Markets and Corporate Strategy**. Part V. McGraw Hill International Editions, 1998.

HARTZ, ZMA. (Org.) **Avaliação em Saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 132 p. ISBN 85-85676-36-1. Available from SciELO Books. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 07 jun. 2017.

HEFETZ, Amir; WARNER, Mildred. Privatization and its reverse: explaining the dynamics of the government contracting process. **Journal of Public Administration Research and Theory**, v. 14, n. 2, p. 171-190, 2004.

HENRI, Jean François. Taxonomy of Performance Measurement Systems. **Advances in Management Accounting**, Volume 17, 247-288, 2009.

HENRI, Jean. François. Organizational culture and performance measurement systems. **Accounting Organization and Society**, v. 31, n.1, pp.77-103, 2006.

HERRERO FILHO, Emílio. **Balanced scorecard e a gestão estratégica**: uma abordagem prática. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

HOOD, C. A Public Management for All Seasons? **Public Administration Review**. Royal Institute of Public Administration. v. 69, p. 3 – 19, 1991.

HOOD, C. Gaming in targetworld: The targets approach to managing british public services. **Public Administration Review**, v. 66, n. 4, p. 515–521, 2006.

HOOD, C. Public service management by numbers: why does it vary? Where has it come from? What are the gaps and the puzzles? **Public Money and Management**, 27: 95-102, 2007.

HOOD, C. Public Management by Numbers as a Performance-Enhancing Drug: Two Hypotheses. **Public Administration Review**, v. 72, n. s1, p. S85–S92, 2012.

HOQUE, Zahirul. 20 years of studies on the balanced scorecard: trends, accomplishments, gaps and opportunities for future research. **British Accounting Review**, v. 46, n. 1, p. 33-59, 2014.

HUTCHINS, Mr David. **Hoshin Kanri**: the strategic approach to continuous improvement. Gower Publishing, Ltd., 2012.

IIDA, Itiro. Planejamento estratégico situacional. **Production**, v. 3, n. 2, p. 113-125, 1993.

JANN W, REICHARD C. Melhores práticas na modernização do Estado. **Revista do Serviço Público**, 2002; 53:31-50.

JOHNSEN, A.; NØRREKLIT, H.; VAKKURI, J. Introducing a Nordic perspective on public sector performance measurement. **Financial Accountability and Management**, v. 22, n. 3, p. 207-12, 2006.

JOHNSEN, Åge. Balanced scorecard: theoretical perspectives and public management implications. **Managerial Auditing Journal**, v. 16, n. 6, p. 319-330, 2001.

JOHNSEN, Åge; VAKKURI, Jarmo. Is there a Nordic perspective on public sector performance measurement? **Financial Accountability & Management**, v. 22, n. 3, p. 291-308, 2006.

KANTER, R.; SUMMERS, D. V. Doing well, while doing good: dilemmas of performance measurement in non-profit organizations and the need for a multiple-constituency approach. In: MCKEVITT, D.; LAWTON, A. (Eds.). **Public Sector Management: Theory, Critique and Practice**. London: SAGE Publications, 1994. p. 220-237.

KAPLAN, Robert S.; NORTON, David P. The balanced scorecard – measures that drive performance. **Harvard Business Review**, Boston, v. 70, p. 71-79, jan/feb, 1992.

KAPLAN, Robert S.; NORTON, David. P. Using the balanced scorecard as a strategic management system. **Harvard Business Review**, Boston, v. 74, n. 1, p. 75-85, January-February 1996.

KAPLAN, Robert S.; NORTON, David P. **Organização orientada para a estratégia**: como as empresas que adotam o balanced scorecard prosperam no novo ambiente de negócios. Rio de Janeiro: Campus, 2001.

KAPLAN, Robert S.; NORTON, David P. **Mapas estratégicos - Balanced Scorecard**: convertendo ativos intangíveis em resultados tangíveis. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

KAPLAN, R. S. Conceptual foundations of the balanced scorecard. In: CHAPMAN, C. S.; HOPWOOD, A. G.; SHIELDS, M. D. (Eds.) **Handbook of Management Accounting Research**, v. 3, pp. 1253-1269. Oxford: Elsevier, 2009.

KETTL, D. F. The global revolution in public management: driving themes, missing links. **Journal of Policy Analysis and Management**, 16(3): 446-62. (1997).

KIM, D. The link between individual and organizational learning. **MIT Sloan Management Review**, Cambridge (MA), v. 35, n. 1, p. 37-50, 1993.

KISSLER, Leo; HEIDEMANN, Francisco G. Governança pública: novo modelo regulatório para as relações entre Estado, mercado e sociedade? **RAP**. Rio de Janeiro 40(3):479-99, Maio/Jun. 2006.

KLASSEN, A. et al. Performance measurement and improvement frameworks in health, education and social services: a systematic review. **International Journal for Quality in Health Care**, 22 (1), 44-69, 2010.

KLIJN, E.H. Public Management and Governance: a comparison of two paradigms to deal with modern complex problems. In: D. Levi Faur (ed) **The handbook of governance**, Oxford: Oxford University Press: 201-214, 2012.

LINCOLN, Y.S.; GUBA, E.G. **Naturalistic inquiry**. Beverly Hills, CA: Sage, 1985.

MACHADO, Maria João Cardoso Vieira. Balanced Scorecard: an empirical study of small and medium size enterprises. **Revista Brasileira de Gestão de Negócios**, v. 15, n. 46, p. 129, 2013.

MARIN, Pedro de Lima. **Sistemas de gestão para resultados no setor público**: intersecções entre política, governança e desempenho nas prefeituras de Rio de Janeiro e São Paulo, 2016, 231 p.

MARQUARDT, M. J. **Building a learning organization**: a system approach to quantum improvement and global success. New York: McGraw-Hill, 1996.

MARQUES, Antônio Jorge de Souza, et al. (Orgs.). **O choque de gestão na saúde em Minas Gerais**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2009.

MARQUES, Antônio Jorge de Souza; MENDES, Eugênio Vilça; LIMA, Helidéa de Oliveira. **O choque de gestão em Minas Gerais**: resultados na saúde. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2010.

MARTINS, H. F.; MARINI, C. et al. **Um guia de governança para resultados na administração pública**. Publix Editora, 2010.

MARTINS, H. F. Cultura de resultados e avaliação institucional: avaliando experiências contratuais na administração pública federal. In: **Balanço da reforma do estado no Brasil**: a nova gestão pública. Brasília, MP, SEGES, 2002, p. 131.

MARTINS, H. F. **Reforma do estado na era FHC**: diversidade ou fragmentação da agenda de políticas de gestão pública? São Paulo, 2002.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MINAS GERAIS. Caderno de Indicadores. 2010.

MINAS GERAIS. Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado. 2003.

MINAS GERAIS. Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado. 2007a.

MOORE, Mark Harrison. **Criando valor público**: gestão estratégica no governo. Uniletras, 2002.

MOYSÉS FILHO, Jamil et al. **Planejamento e gestão estratégica em organizações de saúde**. Rio de Janeiro: FGV, 2010. (Gestão em Saúde – FGV Management).

MUNARETTO, Lorimar Francisco; CORRÊA, Hamilton Luiz. Indicadores de Desempenho Organizacional: Uso e Finalidades nas Cooperativas de Eletrificação do Brasil. **Revista Contabilidade Vista e Revista**, Universidade Federal de Minas Gerais, 25 Belo Horizonte, v. 27, n. 1, jan./abr. 2016. Disponível em: <http://revistas.face.ufmg.br/index.php/contabilidade_vistaerevista/article/viewFile/2834/1707>. Acesso em: 4 abr. 2017.

NEELY, Andy D.; ADAMS, Chris; KENNERLEY, Mike. **The performance prism**: The scorecard for measuring and managing business success. London: Prentice Hall Financial Times, 2002.

NIKOLAOU, Ioannis E.; TSALIS, Thomas A. Development of a sustainable balanced scorecard framework. **Ecological indicators**, v. 34, p. 76-86, 2013.

NIVEN, Paul R. **Balanced scorecard**: Step-by-step for government and nonprofit agencies. John Wiley & Sons, 2011.

NORMANN, Richard; RAMIREZ, Rafael. From value chain to value constellation: Designing interactive strategy. **Harvard Business Review**, v. 71, n. 4, p. 65-77, 1992.

NUTI, Sabina; SEGHERI, Chiara; VAINIERI, Milena. Assessing the effectiveness of a performance evaluation system in the public health care sector: some novel evidence from the Tuscany region experience. **Journal of Management & Governance**, v. 17, n. 1, p. 59-69, 2013.

OCDE (1999). Disponível em: <<http://www.oecd.org>>.

OLIVEIRA, Bruno Reis de (org.); PRADO, José Geraldo de Oliveira; SILVA, Tiago Lucas da Cunha (Orgs.). **A agenda da saúde pública em Minas Gerais**: aprendizados, legados e desafios. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte: ESP-MG, 2014.

OLIVEIRA, Osvaldo Maurício; GIROLETTI, Domingos Antonio. Avaliação de programa de responsabilidade social empresarial com aplicação do Balanced Scorecard: um estudo de caso da Cooperárvore da Fiat automóveis. **Revista de Gestão Ambiental e Sustentabilidade**, v. 5, n. 1, p. 144, 2016.

OSBORNE, D.; GAEBLER, R. **Reinventando o governo**. Ed. RH Comunicação. 1992.

PACHECO, R. S. Políticas de recursos humanos para a reforma gerencial: realizações do período 1995-2002. **Revista do Serviço Público**. Ano 53, n.4, Out.-Dez., 2002.

PACHECO, R. S. Contratualização de resultados no setor público: a experiência brasileira e o debate internacional. Madrid: **IX Congreso del CLAD**, 2004.

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

PACHECO, R. S. Mensuração de desempenho no setor público: os termos do debate. **Cadernos Gestão Pública e Cidadania**, v. 14, n. 55, 2009.

PACHECO, R. S. **Profissionalização, mérito e proteção da burocracia no Brasil**. In: LOUREIRO, M. R; ABRUCIO, F. L e PACHECO, R. S. Burocracia e política no Brasil: desafios para ordem democrática no século XXI. Rio de Janeiro: FGV, 2010.

PACHECO, R.S. Critérios de nomeação para cargos de direção no setor público. Desigualdade & Diversidade – **Revista de Ciências Sociais** da PUC-Rio. Dossiê Especial Governos de esquerda, sociedade civil e nomeações para cargos públicos. Segundo semestre, 2011.

PAIM, Jairnilson et al. Saúde no Brasil 1. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Veja**, v. 6736, n. 11, p. 60054-8, 2012.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. **Manual HOSPSUS**. Curitiba, 2011. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br>>.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. **Rede Mãe Paranaense**. Curitiba, 2011. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2892>>.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. **Linha Guia da Rede Mãe Paranaense**, 2013. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br>>.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Conselho de Estado da Saúde. **Plano Estadual de Saúde Paraná 2012-2015**. Curitiba: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2013.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Vigilância em Saúde. **Perfil da Mortalidade Materna e Infantil no Paraná**, 2014. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br>>.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Diretor de Regionalização**. Curitiba, 2015. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/00_-_NDS/PDR_2015.pdf>.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. **Portarias/Resoluções** 173/2011; 174/2011; 026/2013; 0153/2016. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2789>>.

PATTON, M. **Qualitative Research & Evaluation Methods: Integrating Theory and Practice**, 4th. ed [ebook edition]. SAGE Publications. 2015.

PERDICARIS, P. R. **Gestão para resultados como política pública: uma análise da formação da agenda e formulação de alternativas em municípios brasileiros**. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas, 2009.

PERDICARIS, P. R. **Contratualização de resultados e desempenho no setor público: a experiência do Contrato Programa nos hospitais da administração direta no estado de São Paulo**. São Paulo: FGV, 2012.

PERRAMON, J.; ROCAFORT, A.; BAGUR-FEMENIAS, L.; LLACH, J. Learning to create value through the 'balanced scorecard' model: an empirical study. **Total Quality Management & Business Excellence**, v. 27, n. 9-10, p. 1121-1139, 2016.

POWELL, Thomas C. Total quality management as competitive advantage: a review and empirical study. **Strategic Management Journal**, v. 16, n. 1, p. 15-37, 1995.

PYZDEK, Thomas; KELLER, Paul A. **The Six Sigma Handbook**. McGraw-Hill Education, 2014.

RADNOR, Z. Muddled, massaging, manoeuvring or manipulated? **International Journal of Productivity and Performance Management**, v. 57, n. 4, p. 316-328, 2008.

SIMONS, Robert. *Performance Measurement and Control Systems for Implementing Strategy*, Upper Saddle River: Prentice Hall, Inc., 2000.

SILVA, A. L. P. **Governança Institucional**: um Estudo do Papel e da Operação dos Conselhos das Organizações da Sociedade Civil no Contexto Brasileiro. Dissertação de Mestrado, FEA-USP, São Paulo, 2001.

SKELCHER, C. Public-Private Partnerships and Hybridity. In: E. Ferlie, L. Lynn Jr., & C. Pollitt, **The Oxford Handbook of Public Management** (pp. 347-370). New York: Oxford University Press, 2005.

SMITH, P. On the unintended consequences of publishing performance data in the public sector. **International Journal of Public Administration**, v. 15, n. 2, 1995. In: RADNOR, Z. Muddled, massaging, manoeuvring or manipulated? **International Journal of Productivity and Performance Management**, v. 57, n. 4, p. 316–328, 2008.

SOUZA, Antônio Artur de. Controle de gestão em organizações hospitalares. **Revista de Gestão USP**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 15-29, julho-setembro 2009. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rege/article/viewFile/36675/39396>>. Acesso em: 07 jun. 2017.

STAKE, R.E. **The art of case study research**. Thousand Oaks, CA: Sage, 1995.

TALBOT, C. **Performance Management**. Oxford Handbooks [Online]. Oxford University Press, 2009. Disponível em: <<http://www.oxfordhandbooks.com/10.1093/oxfordhb/9780199226443.001.0001/oxfordhb-9780199226443-e-22>>.

TEZZA, Rafael et al. Sistemas de medição de desempenho: uma revisão e classificação da literatura. **Gestão & Produção**, São Carlos, v. 17, n. 1, p. 75-93, jan./mar. 2010.

THIEL, S. VAN; LEEUW, F. L. The Performance Paradox in the Public Sector. **Public Performance & Management Review**, v. 25, n. 3, p. 267–281, 2002.

TROSA, S. **Gestão pública por resultados**: quando o Estado se compromete. Tradução Maria Luiza de Carvalho. Rio de Janeiro: Revan, 2001.

VILHENA, R.; MARTINS, H. F.; MARINI, C.; GUIMARÃES, T. B. **O Choque de Gestão em Minas Gerais**: políticas de gestão pública para o desenvolvimento. Belo Horizonte: FMG, 2006.

WEIR, Erica et al. Applying the balanced scorecard to local public health performance measurement: deliberations and decisions. **BMC Public Health**, v. 9, n. 1, p. 127, 2009.

ZELMAN, William N.; PINK, George H.; MATTHIAS, Catherine B. Use of the balanced scorecard in health care. **Journal of Health Care Finance**, v. 29, n. 4, p. 1-16, 2003.

ZHIJUN, L. I. N.; ZENGBIAO, Y. U.; ZHANG, Linqun. Performance outcomes of balanced scorecard application in hospital administration in China. **China Economic Review**, v. 30, p. 1-15, 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE I – LISTA DE ENTREVISTADOS

| Secretaria de Saúde do Estado do Paraná | |
|---|---|
| Chefe da Superintendência: [RS-1] | 1 |
| Membros da equipe técnica Superintendência: [RS-2]; [RS-3]; [RS-4] | 3 |
| Regionais de Saúde | |
| 11ª Regional de Saúde - Diretora/Chefes de divisão: [RGA-1]; [RGA-2]; [RGA-3] | 3 |
| 12ª Regional de Saúde - Diretora: [RGB] | 1 |
| 14º Regional de Saúde - Chefe de divisão: [RGC] | 1 |
| Hospital A | |
| Profissionais Administrativos: [RAHA-1]; [RAHA-2]; [RAHA-3]; [RAHA-4] | 4 |
| Profissionais Técnicos: [THA-1]; [THA-2]; [THA-3]; [THA-4] | 4 |
| Hospital B | |
| Profissionais Administrativos: [RAHB-1]; [RABA-2]; [RABA-3] | 3 |
| Profissionais Técnicos: [THB-1]; [THB-2]; [THB-3]; [THB-4]; [THB-5] | 5 |
| Hospital C | |
| Profissionais Administrativos: [RAHC] | 1 |
| Profissionais Técnicos: [THC-1]; [THC-2]; [THC-3]; [THC-4] | 4 |

APÊNDICE II – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS DA EQUIPE ADMINISTRATIVA DAS ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES

1. Qual sua opinião sobre o Programa HOSPSUS - Rede Mãe Paranaense?
2. Na sua opinião a contratualização do HOSPSUS proporcionou condições para o hospital se adequar?
3. Que ações foram desenvolvidas pelo hospital com o propósito de se adaptar ao modelo de contratualização do HOSPSUS – Rede Mãe Paranaense?

Aspectos Financeiros

4. Como os recursos financeiros contribuíram para que o hospital se adequasse as exigências pactuadas junto a SESA?
5. As cobranças implementadas pela SESA, na sua opinião, apresentam características de controle/correção/punição ou servem para garantir adaptação/adequação de modo que contribuam para a melhoria da qualidade dos serviços prestados?

Aspectos Relacionado à Gestão

6. Na sua opinião, como o processo de monitoramento e avaliação do programa contribuiu para que os compromissos/metasp de gestão fossem implementado com êxito?
7. Na sua opinião, como a contratualização contribuiu para impulsionar a mudança cultural do hospital?
8. Na sua opinião, como a contratualização oferece oportunidades para o desenvolvimento da aprendizagem organizacional?
9. Na sua opinião, a contratualização do Programa HOSPSUS - Rede Mãe Paranaense possibilitou a transferência de conhecimentos entre os hospitais, a troca de experiências? (cooperação técnica)
10. Na sua opinião, o programa exerceu influencia em suas atividades?
11. A SESA promoveu algum curso de capacitação na área de gestão hospitalar? Você realizou esse curso? Que mudanças foram promovidas pelo curso? Na sua opinião a implantação do programa de capacitação permanente na área de gestão hospitalar para os hospitais participantes do HOSPSUS é importante?

Aspectos Relacionados ao Processo

13. Como a contratualização do Programa HOSPSUS - Rede Mãe Paranaense influenciou a instituição na adequação de seus processos internos com o propósito de padronizar os mecanismos que pudessem interferir na qualidade e segurança assistencial?
14. Quais foram as principais dificuldades enfrentadas para se adequar as exigências da contratualização?

Aspectos Relacionados aos Resultados para a Sociedade

15. Na sua opinião, a contratualização se apresenta como uma estratégia promotora de melhorias de atendimento na saúde?
16. Você poderia mencionar quais resultados estão relacionados à contratualização do Programa HOSPSUS - Rede Mãe Paranaense?

APÊNDICE III – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS DA EQUIPE TÉCNICA DAS ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES

1. Qual sua opinião sobre o Programa HOSPSUS - Rede Mãe Paranaense?
2. Na sua opinião a contratualização do HOSPSUS - Rede Mãe Paranaense impulsionou mudanças/melhorias junto a instituição?
3. Como as cobranças realizadas pela SESA decorrente do modelo contratual adotado influenciaram em suas atividades?

Aspectos Financeiros:

4. Qual sua opinião sobre o repasse do recurso financeiro para o hospital?
5. Na sua opinião a forma com que os repasses são feitos é adequada? É justa?
6. Como deveria ser o repasse do recurso financeiro aos hospitais?

Aspectos Relacionado à Gestão:

7. Na sua opinião, como as cobranças atribuídas a contratualização do Programa HOSPSUS - Rede Mãe Paranaense influenciaram no cumprimento dos compromissos/metasp contratuallizadas junto SESA?
8. Qual sua opinião sobre o processo de monitoramento e avaliação do HOSPSUS?
9. Na sua opinião a contratualização se tornou um mecanismo propulsor de mudança cultural junto à organização hospitalar? Como a contratualização influenciou nesse processo?
10. De que forma a contratualização do Programa HOSPSUS - Rede Mãe Paranaense vem dando oportunidades para o desenvolvimento da aprendizagem?
11. Na sua opinião, de que maneira a contratualização do Programa HOSPSUS - Rede Mãe Paranaense possibilitou a transferência de conhecimentos entre os hospitais, a troca de experiências? (Cooperação técnica)
12. A SESA vêm promovendo cursos, palestras ou treinamentos voltados aos cuidados maternos? Você participou de alguns desses? Esses cursos na sua opinião contribuem com as mudanças junto à organização? Na sua opinião seria importante a oferta de outros cursos? Quais?

Aspectos Relacionados ao Processo

13. Como a contratualização do Programa HOSPSUS - Rede Mãe Paranaense influenciou a instituição na adequação de seus processos internos com o propósito de padronizar os mecanismos que pudessem interferir na qualidade e segurança da assistência?
14. Quais foram as principais dificuldades enfrentadas para se adequar as exigências da contratualização?

Aspectos Relacionados aos Resultados para a Sociedade

17. Você poderia mencionar quais resultados gerados para a sociedade estão relacionados à contratualização do Programa HOSPSUS - Rede Mãe Paranaense?

APÊNDICE IV – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM REPRESENTANTES DA SESA E REGIONAIS DE SAÚDE

1. Quais foram os motivos/razões que levaram a SESA a elaborar e implantar o Programa HOSPSUS - Rede Mãe Paranaense?
2. Qual sua opinião sobre o Programa HOSPSUS - Rede Mãe Paranaense?

Perspectiva Financeira

3. Quais são as formas de repasses financeiros previsto pelo modelo de contratualização do programa HOSPSUS - Rede Mãe Paranaense?
4. Como funciona a política de repasse de recursos para custeio às instituições inseridas no programa?
5. O que levou a SESA a substituir a maneira de repasse às instituições, que antes eram realizadas de maneira direta e agora ocorrem via a fundo a fundo?

Perspectiva de Gestão

6. Na sua opinião o processo de monitoramento/avaliação do HOSPSUS - Rede Mãe Paranaense impulsionou mudanças/melhorias junto às instituições?
7. Como as cobranças realizadas pela SESA decorrente do modelo contratual adotado influenciaram em as atividades dos profissionais das organizações hospitalares?
8. Qual o propósito da SESA em promover a integração entre os pontos de atenção? Essa integração contribuiu para transferência de conhecimentos e a troca de experiências entre as organizações hospitalares?
9. Quais ações vêm sendo promovidas pela SESA com a finalidade de promover conhecimentos juntos aos profissionais ligados a saúde?

Perspectiva Processo Interno

10. Qual foi o objetivo da SESA em impulsionar através do Programa HOSPSUS - Rede Mãe Paranaense as instituições a adequarem os processos internos às exigências contratualizadas?

Perspectiva Processo Resultados para a Sociedade

11. Você poderia mencionar quais foram os benefícios gerados para a sociedade que estão relacionados à contratualização do Programa HOSPSUS - Rede Mãe Paranaense?

Perguntas Relacionadas aos Possíveis Problemas Gerados pela Contratualização

1. As entrevistas apresentaram alguns descontentamentos em relação ao processo de avaliação, devido não levar em consideração as particularidades de cada organização em se adaptar ao modelo de contratualização. Qual a opinião da SESA sobre esse comentário?
2. Outro item mencionado nas entrevistas está relacionado aos atrasos nos repasses dos recursos para custeio relacionado ao programa HOSPSUS - Rede Mãe Paranaense e que esse compromete as finanças da instituição. Quais os comentários da SESA referente a essas colocações?
3. Por que a SESA não realiza os repasses financeiros para custeio levando em consideração a produtividade?
4. Outro ponto mencionado está relacionado ao descontentamento em relação aos valores repassados às instituições? O que a SESA pensa sobre isso?
5. Resistência à mudança por parte de alguns profissionais relacionados ao processo de criação e implantação de protocolos/comissões e política de humanização ao parto dos requisitos cobrados e monitorados pela Comissão de Avaliação do Programa?

6. Quais são as ações que a SESA vem realizando para melhorar a funcionalidade da Rede?
7. A contratualização gerou um aumento no volume de gestantes nas organizações consideradas referências em suas regionais. Qual a posição da SESA sobre esse comentário?
8. Alguns entrevistados mencionaram alguns problemas enfrentados pelos hospitais de referências regionais em encaminhar as gestantes ou/bebês que necessitam de cuidados especiais para outras instituições (contra referenciadas). Quais são as ações da SESA para solucionar este problema?
9. A SESA monitora e cobra das organizações hospitalares a redução de alguns indicadores, mas na percepção de alguns entrevistados vocês também deveriam levar em consideração aspectos relacionados com a realização do pré-natal da gestante. Qual a visão da SESA sobre este ponto?
10. Qual a percepção da SESA em relação aos fatores externos/políticos que podem interferir, por exemplo, na redução da taxa de cesárea ou de outros indicadores?
11. Porque a SESA não continuou ofertando o curso de gestão ou outros treinamentos direcionados aos profissionais da área administrativa dos hospitais contratualizados?
12. Alguns relatos mencionam que a SESA deveria reavaliar os cursos ofertados aos profissionais técnicos. Qual o critério utilizado pela SESA para ofertar cursos aos profissionais?