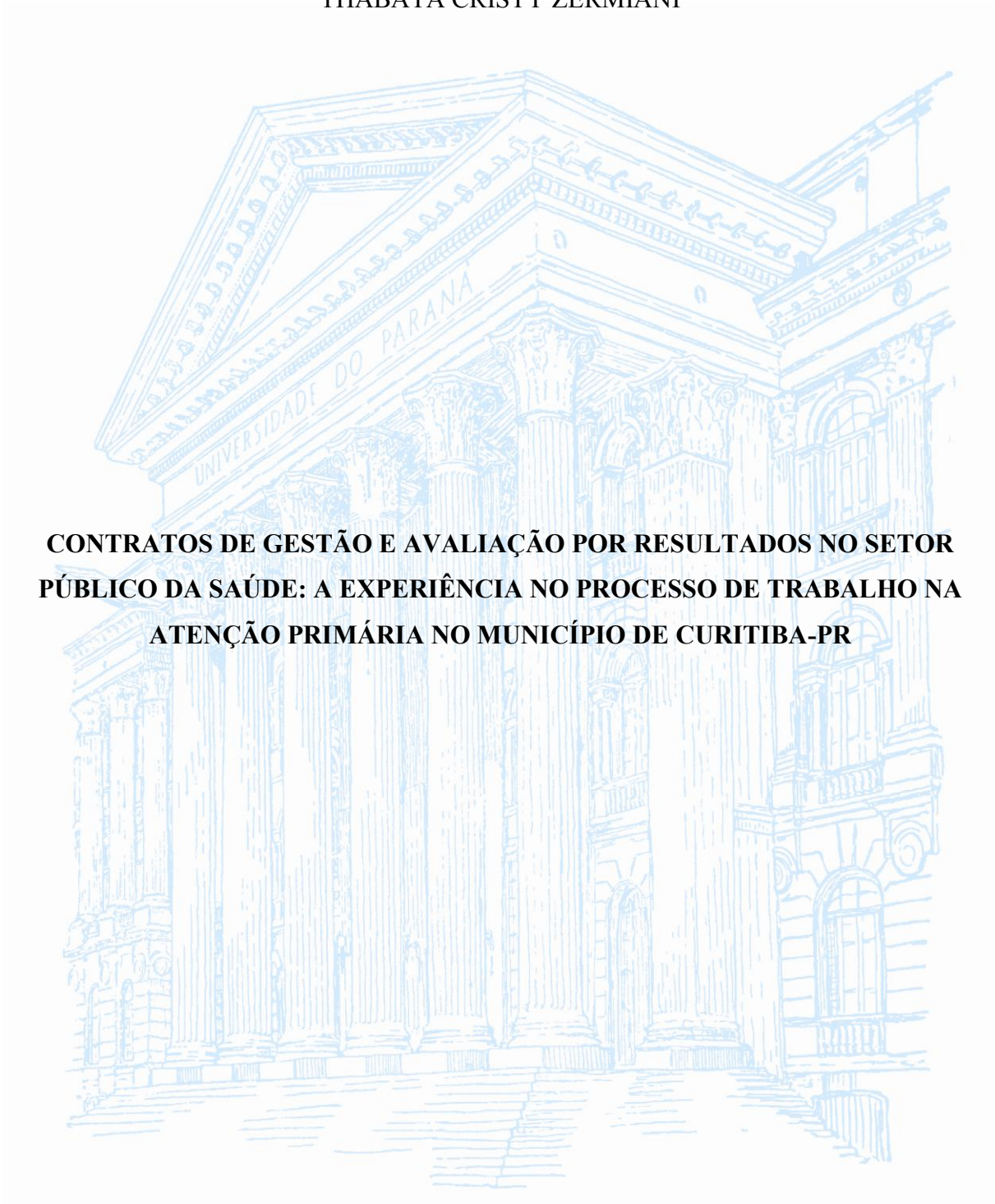


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

THABATA CRISTY ZERMIANI



**CONTRATOS DE GESTÃO E AVALIAÇÃO POR RESULTADOS NO SETOR
PÚBLICO DA SAÚDE: A EXPERIÊNCIA NO PROCESSO DE TRABALHO NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA NO MUNICÍPIO DE CURITIBA-PR**

CURITIBA

2017

THABATA CRISTY ZERMIANI

**CONTRATOS DE GESTÃO E AVALIAÇÃO POR RESULTADOS NO SETOR
PÚBLICO DA SAÚDE: A EXPERIÊNCIA NO PROCESSO DE TRABALHO NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA NO MUNICÍPIO DE CURITIBA-PR**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas, no curso de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Setor de Ciências Sociais Aplicadas, da Universidade Federal do Paraná.

Orientador: Prof. Dr. Rafael Gomes Ditterich

CURITIBA

2017

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. SISTEMA DE BIBLIOTECAS.
CATALOGAÇÃO NA FONTE

Zermiani, Thabata Cristy

Contratos de gestão e avaliação por resultados no setor público da saúde: a experiência no processo de trabalho na atenção primária no município de Curitiba-PR / Thabata Cristy Zermiani. - 2017.

155 f.

Orientador: Rafael Gomes Ditterich.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências Sociais Aplicadas, Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas.

Defesa: Curitiba, 2017.

1. Saúde pública - Administração - Curitiba (PR). 2. Saúde pública - Administração - Contratos. 3. Prestação de serviços - Salários. I. Ditterich, Rafael Gomes II. Universidade Federal do Paraná. Setor de Ciências Sociais Aplicadas. Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas. III Título.

CDD 353.68098162



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
Setor CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
Programa de Pós-Graduação POLÍTICAS PÚBLICAS

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em POLÍTICAS PÚBLICAS da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **THABATA CRISTY ZERMIANI** intitulada: "**Contratos de Gestão e Avaliação por Resultados no Setor Público da Saúde: A Experiência no Processo de Trabalho na Atenção Primária no Município de Curitiba-PR**", após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO.

Curitiba, 22 de Fevereiro de 2017.


RAFAEL GOMES DITTERICH

Presidente da Banca Examinadora (UFPR)


MARCIA HELENA BALDANI PINTO
Avaliador Externo (UEPG)


SAMUEL JORGE MOYSES
Avaliador Externo (UFPR)

Dedico esta dissertação a Deus, por
estar sempre ao meu lado e por tudo o que tem
me proporcionado.

Aos meus pais, Archimedes e Ângela, e
a minha irmã, Ágata, pelo apoio incondicional,
presença constante, amor, carinho,
compreensão e dedicação.

Ao meu namorado, amigo e
companheiro, Bruno, pelo apoio em todos os
momentos, pela atenção, confiança, amor e
carinho.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por sempre me guiar pelos melhores caminhos e por tudo o que me proporcionou até hoje.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Rafael Gomes Ditterich, por ter acreditado em meu potencial desde a graduação, quando comecei a participar dos Projetos de Extensão e desenvolvi grande apreço pela Saúde Coletiva. Pela excelente orientação no Trabalho de Conclusão de Curso realizado na graduação e, posteriormente, na condução do presente estudo. Pelo incentivo para que eu participasse do processo seletivo do mestrado, quando eu estava em dúvida sobre qual caminho seguir. Pelo conhecimento transmitido. Pela prontidão em ajudar. Pelo exemplo de dedicação e competência. Por todo o apoio que recebi desde a graduação. Sem dúvidas sua orientação e apoio foram essenciais para que eu chegasse até aqui.

Aos professores das disciplinas de Saúde Coletiva da Odontologia, Giovana Daniela Pecharki Vianna, Samuel Jorge Moysés, Marilene da Cruz Magalhães Buffon e Rafael Gomes Ditterich, pelos conhecimentos transmitidos, pela competência, dedicação e amor pela profissão que exercem. Pelo apoio que me foi dado desde a graduação e, posteriormente, durante o mestrado. Vocês são grandes exemplos para os alunos.

Aos docentes do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, por todo o conhecimento compartilhado, pela competência e dedicação com que exercem suas profissões e pela excelente qualidade do ensino.

A CAPES pela bolsa de estudo concedida que possibilitou a realização do curso.

Aos meus pais, Archimedes e Ângela, por terem me dado os ensinamentos mais importantes da minha vida, pelo apoio incondicional, pelas oportunidades de estudo que me deram, pelo carinho e amor, por compreenderem as minhas ausências, pelos conselhos, por me ouvirem e estarem sempre dispostos a ajudar, por estarem sempre presentes, por serem um grande exemplo para mim.

A minha irmã, Ágata, por todo o apoio que sempre me deu, pelo carinho e amor, pela imensa amizade, por me ouvir e me aconselhar sempre, pelas horas e horas de estudos compartilhadas e por aliviar a minha ansiedade.

Ao meu namorado, amigo e companheiro, Bruno, pelo apoio incondicional em todas as minhas decisões, pelo auxílio em meus momentos de dúvida, pelo carinho e amor, pela prontidão em ajudar e por tornar os dias difíceis mais fáceis.

A toda a minha família, que sempre me apoiou, torceu por mim e me incentivou a prosseguir.

A minha grande amiga e irmã de coração, Bárbara, presente que a graduação em Odontologia me deu, pelo apoio, pela amizade sincera, pelas muitos momentos de estudo compartilhados e por estar sempre presente apesar da distância.

A minha amiga e companheira do mestrado, Rosane, pela parceria nos estudos, pela amizade sincera, pelos conselhos, pelos sorrisos compartilhados, por tornar essa trajetória do mestrado mais fácil.

A todos os meus amigos, pelo apoio, pelo carinho e por sempre torcerem por mim.

A todos aqueles que, por esquecimento, eu não tenha mencionado aqui, mas que de alguma forma fizeram parte da minha trajetória.

“O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo. Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos, no mínimo fará coisas admiráveis.”

(JOSÉ DE ALENCAR)

RESUMO

A reorganização da Atenção Primária à Saúde e o processo de descentralização do Sistema Único de Saúde têm levado à ampliação das responsabilidades da gestão local. Desta forma, diversas ferramentas de gestão têm sido adotadas em âmbito municipal, dentre elas os contratos de gestão e os sistemas de incentivo financeiro. Em Curitiba-PR, a Secretaria Municipal de Saúde instituiu em 2002 a contratualização interna com todas as unidades de Atenção Primária, por meio do Termo de Compromisso de Gestão (TERCOM), e o Incentivo ao Desenvolvimento da Qualidade (IDQ). O objetivo deste estudo consistiu em analisar o processo de contratualização e avaliação por resultados como ferramentas na organização do processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde em Curitiba-PR. Para tanto, foi realizada pesquisa documental e um estudo de caso com abordagem qualitativa. Foram entrevistados 32 profissionais, incluindo médicos, cirurgiões-dentistas, enfermeiros e autoridades sanitárias locais, utilizando um roteiro de entrevista semiestruturado. Constatou-se que o contrato de gestão implantado é útil para nortear e avaliar as ações desenvolvidas e os serviços disponibilizados aos usuários, para identificar as necessidades da população, a realidade local e os recursos disponíveis, para estimular o diálogo e estabelecer a corresponsabilidade. Porém ainda há dificuldades nesse processo, como a não participação dos profissionais de saúde na pactuação, a imposição de algumas metas, a priorização da quantidade em detrimento da qualidade, a falta de recursos materiais, de infraestrutura e humanos e a pactuação de metas inatingíveis. Em se tratando do incentivo financeiro, constatou-se que inicialmente teve resultados positivos, atingindo os propósitos de solucionar a dificuldade de reter recursos humanos em locais de difícil acesso, de melhorar a qualidade dos serviços, atingindo as metas pactuadas e de motivar os profissionais, ampliando seu comprometimento. Entretanto, havia problemas relacionados ao processo avaliativo, ao qual faltava impessoalidade e transparência; a fraudes de informações; e ao fato de os incentivos serem empregados como manobra para não aumentar os salários dos servidores. Concluiu-se que o TERCOM e o IDQ são importantes ferramentas de gestão para melhorar a qualidade dos serviços e o comprometimento dos servidores. Entretanto ainda há lacunas existentes, como a não implantação na prática de alguns aspectos preconizados em teoria. Faz-se necessário, portanto, mudar a forma como as metas têm sido pactuadas; estimular a corresponsabilidade, aprimorar o processo avaliativo, para que não seja fundamentado apenas em números, mas também em termos de qualidade; e implantar outras ferramentas que promovam o comprometimento dos profissionais, além do incentivo financeiro.

Palavras-chave: Contrato de gestão. Gestão em Saúde. Pagamento por desempenho.

ABSTRACT

The Primary Health Care reorganization and the Unified Health System decentralization have resulted in an increase of local management responsibilities. In this way, several management tools have been adopted at the municipal level, among them managerial contracts and financial incentive systems. In Curitiba-PR, the Municipal Health Department instituted, in 2002, the Program of Quality Development Incentive (IDQ) and Internal Management Contract with all Primary Health Care units, through the Statement of Commitment (TERCOM). This study aims to analyze the process of contracting and evaluation by results as tools in the organization of the work process in Primary Health Care in Curitiba-PR. For that, a documentary research and a case study with a qualitative approach were carried out. Thirty-two professionals, including physicians, dentists, nurses and local health authorities were interviewed using a semi-structured interview script. Results show that the managerial contract implemented is useful to guide and evaluate the actions developed and services available to users, to identify the needs of the population, the local reality and the available resources, to stimulate dialogue and to establish co-responsibility. However, there are still difficulties in this process, such as the non-participation of health professionals in the agreement, the imposition of some goals, the prioritization of quantity rather than quality, lack of material, infrastructure and human resources and the agreement of unattainable goals. In terms of the financial incentive, it was found that initially it had positive results, reaching the objectives of solving the difficulty of retaining human resources in places of difficult access; of improving the quality of services, reaching the goals; and of motivate professionals. However, there were problems related to the evaluation process, such as lack of impersonality and transparency. Other problems included information fraud and the fact that the incentives are used as a maneuver so as not to increase the salaries of the servers. It was concluded that the TERCOM and the IDQ are important management tools to improve the quality of services and the commitment of the servers. However, there are still gaps, such as the lack of implementation in practice of some aspects recommended in theory. It is necessary to change the way the goals have been agreed upon; encourage co-responsibility, improve the evaluation process, so that it is not only based on numbers, but also on quality; And implement other tools that promote the commitment of the professionals, besides the financial incentive.

Keywords: Managerial Contracts. Health Management. Pay for performance.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – LINHA DO TEMPO DOS EVENTOS QUE ANTECEDERAM A CRIAÇÃO DO SUS	20
FIGURA 2 – LINHA DO TEMPO RELACIONADA ÀS NORMATIZAÇÕES VINCULADAS À CONSTRUÇÃO DO SUS	26
FIGURA 3 – SISTEMA DE AVALIAÇÃO DO IDQ	50
FIGURA 4 – DESCRIÇÃO DAS PLANILHAS DE AVALIAÇÃO	50
FIGURA 5 – PROCESSO DE DEFINIÇÃO DA AMOSTRA DA ETAPA QUALITATIVA DA PESQUISA	57

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – MODELOS DE CONTRATUALIZAÇÃO NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO BRASIL.....	44
QUADRO 2 – EXEMPLO DO PROCESSO DE FORMULAÇÃO DO DSC	61
QUADRO 3 – IDEIAS CENTRAIS DA CATEGORIA CUMPRIMENTO DE METAS	63
QUADRO 4 – IDEIAS CENTRAIS DA CATEGORIA SISTEMA DE INCENTIVO AO DESENVOLVIMENTO DA QUALIDADE	89
QUADRO 5 – IDEIAS CENTRAIS DA CATEGORIA FATORES QUE AMPLIAM O COMPROMETIMENTO COM A QUALIDADE E RESOLUTIVIDADE DOS SERVIÇOS	114

LISTA DE SIGLAS

AC	-	Ancoragem
ACS	-	Agente Comunitário de Saúde
AIS	-	Ações Integradas de Saúde
APS	-	Atenção Primária à Saúde
ASL	-	Autoridade Sanitária Local
CAPs	-	Caixas de Aposentadoria e Pensões
CAPS	-	Centro de Atenção Psicossocial
CEP	-	Comitê de Ética em Pesquisa
CIB	-	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	-	Comissão Intergestores Tripartite
CMS	-	Conselho Municipal de Saúde
CNES	-	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONASEMS	-	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	-	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COSAC	-	Coordenação de Saúde da Comunidade
DSC	-	Discurso do Sujeito Coletivo
E-CH	-	Expressão-Chave
ESF	-	Estratégia Saúde da Família
FESF-SUS	-	Fundação Estatal de Saúde da Família
FHC	-	Fernando Henrique Cardoso
IAPs	-	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IC	-	Ideia Central
IDG	-	Incentivo ao Desenvolvimento Gerencial
IMESF	-	Instituto Municipal de Estratégia Saúde da Família
INAMPS	-	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	-	Instituto Nacional de Previdência Social
IDQ	-	Incentivo ao Desenvolvimento da Qualidade
NASF	-	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NOAS	-	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB-SUS	-	Norma Operacional Básica do SUS
OSS	-	Organização Social de Saúde
PAB	-	Piso da Atenção Básica

PACS	- Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAIS	- Programa das Ações Integradas de Saúde
PARES	- Plano de Ações e Resultados em Saúde
PD	- Plano de Desenvolvimento da Gestão e do Cuidado em Saúde
PDRAE	- Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado
PIQ	- Programa de Incentivo à Qualidade
PMAQ-AB	- Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	- Política Nacional de Atenção Básica
POA	- Plano Operativo Anual
PSF	- Programa Saúde da Família
RAS	- Rede de Atenção à Saúde
RENASES	- Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde
SAS	- Secretaria de Assistência à Saúde
SESP	- Fundação Serviço Especial de Saúde Pública
SIA-SUS	- Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SINPAS	- Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SMS	- Secretaria Municipal de Saúde
SNAS-MS	- Secretaria Nacional de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde
SUDS	- Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde
SUS	- Sistema Único de Saúde
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TERCOM	- Termo de Compromissos
UBS	- Unidade Básica de Saúde
UMS	- Unidade Municipal de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	18
2.1	UM BREVE HISTÓRICO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL	18
2.2	O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).....	20
2.3	A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	26
3	A REFORMA DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA E OS CONTRATOS DE GESTÃO	33
3.1	A REFORMA DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	33
3.2	OS CONTRATOS DE GESTÃO E A TEORIA DE AGÊNCIA	35
3.3	OS CONTRATOS DE GESTÃO NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	39
3.4	A EXPERIÊNCIA DA CONTRATUALIZAÇÃO NA APS NO MUNICÍPIO DE CURITIBA-PR	47
4	METODOLOGIA	53
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	63
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	130
	REFERÊNCIAS	134
	APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	148
	ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	149
	ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	151
	ANEXO C - DECLARAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE CURITIBA-PR.....	155

1 INTRODUÇÃO

A construção do Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido marcada pela expansão e reorganização da Atenção Primária à Saúde (APS), bem como pelo processo de descentralização e a conseqüente ampliação das responsabilidades da gestão local (BODSTEIN, 2002). Em decorrência, os municípios têm adotado diferentes formas de organização da atenção e de modelos de gestão. Dentre as ferramentas utilizadas destaca-se o processo de contratualização, estratégia esta que emergiu a partir da Reforma da Administração Pública com o propósito de ampliar a efetividade, a eficácia e a eficiência dos serviços públicos. A contratualização tem sido adotada em vários pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), sendo empregada não apenas nas parcerias com prestadores externos, mas também nas pactuações internas (DITTERICH; MOYSÉS; MOYSÉS, 2012).

O tema dos contratos de gestão em saúde e dos sistemas de incentivos é discutido em âmbito nacional e internacional para a organização dos serviços e gestão de recursos humanos na saúde. Estes instrumentos podem conferir maior eficiência ao uso dos recursos financeiros e ampliação do acesso a serviços de qualidade, com ênfase na prevenção e na promoção da saúde (ESCOVAL; RIBEIRO; MATOS, 2010). Entretanto, ainda são observados problemas, como as dificuldades em coordenar e supervisionar os contratos, a descontinuidade na administração pública (TORRES, 2007), a existência de metas pré-determinadas e as falhas em sua negociação, a capacitação insuficiente dos profissionais envolvidos e a falta de sistemas de avaliação e monitoramento efetivos (ESCOVAL, 2010).

Os contratos de gestão na saúde são formulados com base nas seguintes variáveis: os objetivos do sistema de saúde, os dados epidemiológicos existentes e a relação entre custo e efetividade das tecnologias de saúde, a capacidade de adequação da oferta de serviços de saúde, e as demandas da população (MARTY, 2009). A fim de propiciar o desenvolvimento de uma cultura gerencial fundamentada na parceria para o alcance de resultados, é desejável que os atores envolvidos pactuem de forma conjunta os objetivos, metas, indicadores e os meios de monitoramento. Todos devem, portanto, conhecer as variáveis já citadas, estabelecendo uma pactuação bilateral, em que financiadores e prestadores assumem responsabilidades (COSTA E SILVA; ESCOVAL; HORTALE, 2014).

O tema da contratualização pode ser analisado segundo duas vertentes principais distintas: a econômica-administrativa, em que se insere a teoria de agência; e a participativa, em que se encontra o conceito de cogestão. Nota-se inclusive o uso de nomenclaturas distintas

para essa ferramenta de gestão, sendo preferencialmente denominados contratos de gestão, em âmbito econômico-administrativo; e pactos, em se tratando da cogestão.

Os contratos internos de gestão, enquanto meios de diálogo, de estabelecimento de compromissos, de corresponsabilidade e de interlocução das equipes para instituir mudanças, se inserem no contexto da cogestão (SANTOS FILHO; FIGUEIREDO, 2009). O processo de cogestão fundamenta-se na ampliação dos espaços públicos, propiciando o diálogo e a pactuação de diferenças (CAMPOS, 2006). Seu conceito se refere, concomitantemente, à inclusão de novos indivíduos no processo decisório, de forma que a gestão passa a ser exercida por um conjunto de indivíduos; e à mudança das tarefas de gestão, assumindo também as funções de análise institucional, de formulação de projetos, de tomada de decisão e pedagógica (BRASIL, 2009).

Os contratos podem ainda ser inseridos no contexto da teoria de agência, segundo a qual estes se estabelecem entre principal e agente, sendo que este último desempenha funções em benefício do principal. (JENSEN; MECKLING, 1976). O agente nem sempre buscará atingir os objetivos do principal, uma vez que possui interesses próprios. Assim, é necessário limitar interesses discrepantes em relação aos do principal por meio da instituição de sistemas de incentivo e de monitoramento. Esta teoria busca, portanto, definir um contrato que diminua os custos de agência, com monitoramento e, concomitantemente, garanta o comprometimento do agente (FONTES FILHO, 2004).

Ao analisar a contratualização de resultados no âmbito da APS no Brasil, ressalta-se a experiência do município de Curitiba-PR, o qual adota o contrato interno de gestão desde 2002 (DITTERICH; MOYSÉS; MOYSÉS, 2012). Esta política foi reconhecida como uma prática inovadora e um importante avanço gerencial (WORLD BANK, 2006). Dentre os seus mecanismos operacionais, destaca-se o Termo de Compromissos (TERCOM), o qual apresenta como anexo o Plano Operativo Anual (POA), fontes para monitoramento e um Sistema de Incentivo Financeiro (AZEVEDO, 2009).

O TERCOM é um contrato de gestão interno firmado anualmente entre as equipes de saúde, o gestor local, distrital e municipal, com a participação de representantes dos usuários do Conselho Local e Distrital de Saúde (AZEVEDO; FAORO; XAVIER, 2013). Trata-se de um contrato com efeito moral, na medida em que busca uma responsabilização mútua, porém sem efeitos legais. As metas e indicadores pactuados são descritos no POA, por meio de uma planilha, sendo diferente para cada nível institucional (MARTY, 2009; AZEVEDO; FAORO; XAVIER, 2013). Seu monitoramento ocorre de forma trimestral, com o propósito de acompanhar as ações e seus resultados (AZEVEDO, 2009; MARTY, 2017).

Juntamente com o TERCOM, houve a implantação do Incentivo ao Desenvolvimento da Qualidade (IDQ), por meio de legislação própria em âmbito municipal, o qual vigorou até o início de 2015. Tratava-se de um programa de remuneração variável com enfoque em resultados, com o propósito de ampliar a qualidade e a produtividade (AZEVEDO; FAORO; XAVIER, 2013). A avaliação do IDQ ocorria trimestralmente por meio de quatro planilhas: avaliação individual do profissional da saúde, autoavaliação, avaliação da unidade de saúde e avaliação da comunidade. Ao final das avaliações era gerado um relatório com as notas, sendo que os servidores com pontuação igual ou superior a 80 pontos na avaliação individual e na composição do resultado final recebiam a remuneração variável. As gratificações apresentavam valor variável entre 20 a 50% sobre o salário-base dos servidores (CURITIBA, 2005).

Os contratos foram aprimorados ao longo do tempo. Em 2003 e 2004 foram incluídos novos indicadores. Em 2005, ganharam maior credibilidade e passaram a ter maior participação do controle social. Entre 2006 a 2009 novos indicadores foram adicionados. Como impactos dessa ferramenta de gestão, observaram-se: o avanço do compromisso de todos para atingir as metas propostas; o aumento do seguimento dos protocolos clínicos; a mudança de postura dos profissionais que se tornaram mais ativos; o melhor desempenho nos serviços prestados e nos indicadores; o monitoramento trimestral e a transparência das informações; e a responsabilização coletiva pelo alcance de metas (MARTY, 2009).

Os estudos que analisam a percepção dos gestores locais e dos profissionais de saúde sobre o TERCOM apresentam resultados semelhantes em alguns aspectos, porém díspares em outros. Azevedo (2009) constatou que há participação das equipes de saúde na pactuação de metas e que o TERCOM é um importante instrumento para avaliação, monitoramento, planejamento e tomada de decisões. Entretanto, Ditterich (2011), ao avaliar a base de dados secundários do Banco Mundial (WORLD BANK, 2006), concluiu que ainda há lacunas na efetivação da gestão pactuada, uma vez que se constatou a imposição de metas. O sistema de incentivo financeiro empregado foi considerado útil para ampliar o comprometimento dos profissionais de saúde e a qualidade dos serviços, contudo apresentou falhas em seu processo avaliativo.

Uma vez identificadas estas divergências e algumas potencialidades e limitações dos contratos internos de gestão, ressalta-se a importância do desenvolvimento de novos estudos acerca do tema, a fim de analisar em maior profundidade, principalmente qualitativamente, os efeitos gerados por esses instrumentos; e a forma como tem ocorrido o processo de pactuação

de metas quatorze anos após a sua implantação. Escolheu-se o município de Curitiba-PR para realização desta pesquisa, por ser uma das experiências pioneiras no âmbito da APS no Brasil, sendo que a análise deste caso permitirá o reconhecimento dos seus pontos fortes e fracos por aqueles que atuam diretamente na prestação de serviços na APS, favorecendo a correção de possíveis aspectos falhos e a ampliação de sua efetividade.

Desta forma, esta pesquisa apresenta como objetivo geral: analisar o processo de contratualização e avaliação por resultados como ferramentas na organização do processo de trabalho na APS em Curitiba-PR. Apresenta ainda, como objetivos específicos:

- Identificar por meio de análise documental o processo de formulação e de implementação do Contrato Interno de Gestão na Atenção Primária à Saúde em Curitiba-PR.
- Analisar a percepção dos trabalhadores da área da saúde sobre as potencialidades e limitações da pactuação de indicadores e metas e do sistema de incentivo financeiro na Atenção Primária à Saúde em Curitiba-PR.
- Analisar a percepção dos profissionais de saúde sobre os fatores que ampliam o seu comprometimento com a qualidade e resolutividade dos serviços prestados.

Diante de tais objetivos, foram formuladas três questões norteadoras para a pesquisa, quais sejam:

- Como se preconiza que ocorra e como está ocorrendo o processo de pactuação e negociação de metas a serem atingidas nas Unidades de Saúde em Curitiba-PR?
- Quais as potencialidades e limitações da pactuação de indicadores e metas e do sistema de incentivo financeiro na Atenção Primária à Saúde segundo a percepção dos profissionais de saúde?
- Que fatores contribuem para que haja um maior comprometimento dos profissionais de saúde com a qualidade e resolutividade das ações e serviços oferecidos à população?

Esta dissertação encontra-se dividida em quatro capítulos. O primeiro e o segundo integram a revisão de literatura. No primeiro são abordados os temas do Sistema Único de Saúde e da Atenção Primária à Saúde; ao passo que o segundo refere-se à Reforma da Administração Pública e aos contratos de gestão. O terceiro é referente aos aspectos teóricos metodológicos desta dissertação, no qual foram apresentadas as técnicas, os desenhos de pesquisa empregados e as fontes de dados. O quarto capítulo é fruto de pesquisa empírica, abordando seus resultados, análise e discussão, com base no referencial teórico supramencionado.

2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O processo de construção do SUS envolveu muitas instituições, movimentos sindicais e sociais, possibilitando a superação das ações fragmentadas e centralizadas de saúde, fundamentadas na existência da saúde pública e da saúde previdenciária, que foram prevalentes no século XX (NARVAI; SÃO PEDRO, 2008). Sendo assim, a análise dos aspectos históricos e políticos que culminaram em sua construção, é de grande valia para proporcionar um melhor entendimento a seu respeito. Neste capítulo será abordada, portanto, a reorganização dos serviços de saúde no país, dando maior enfoque ao Sistema Único de Saúde (SUS), e de forma mais específica, à Atenção Primária à Saúde (APS).

2.1 UM BREVE HISTÓRICO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

O sistema de saúde passou por muitas alterações desde o século XIX até a construção do SUS. São fatos importantes deste período: a instituição da Caixa de Aposentadoria e Pensões (CAPs), em 1923; e dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP), em 1933; a unificação dos IAPs no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966; e a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), em 1977, o qual incluía o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Com a instituição do INAMPS, a cobertura do sistema de saúde estava restrita aos trabalhadores que compunham o mercado formal e seus dependentes. Ao Ministério da Saúde competia realizar campanhas de vacinação, controle de endemias e a gestão de alguns hospitais (SIMÃO; ORELLANO, 2015; SOUTO; OLIVEIRA, 2016).

Desde a década de 1950 surgiram propostas de transformações no processo de formação de atores e no sistema de saúde vigente, como o desenvolvimento de cursos de medicina preventiva e a busca por um sistema de saúde eficiente e democrático. À medida que novas ações eram propostas, o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira avançava (PAIVA; TEIXEIRA, 2014). A proposta da Reforma dava enfoque à unificação dos serviços, à participação social, ao aumento do acesso e da qualidade das ações. Porém havia barreiras, como as atividades lucrativas associadas à saúde (PAIM, 2007).

Em meio a este contexto, em 1983, foi implementado o Programa das Ações Integradas de Saúde (PAIS), o qual visava adotar alguns princípios propostos pelo Movimento da Reforma Sanitária (BRASIL, 2003). Para Pimenta (1993, p. 25), sua finalidade consistia em: “[...] integrar os serviços públicos de saúde, descentralizar o sistema de

assistência médica, e criar uma "porta de entrada" para o sistema através de uma rede básica de serviços de saúde". Porém não foi possível atingir a descentralização almejada (PIMENTA, 1993).

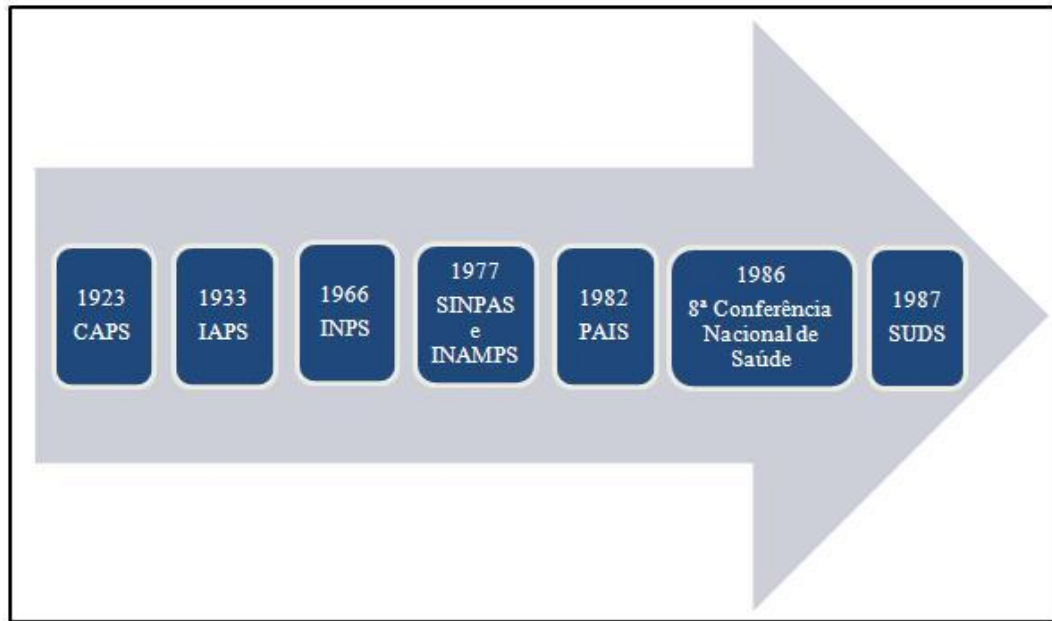
Um grande marco no processo de construção do SUS foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada no período de 17 a 21 de março de 1986 em Brasília, com a participação de cerca de cinco mil pessoas, sendo que metade destas era oriunda de movimentos sociais (SOUTO; OLIVEIRA, 2016). Nela foram delimitados os fundamentos da Reforma Sanitária, foi instituída a Comissão Nacional de Reforma Sanitária, a qual formulou a Proposta para o capítulo da Saúde da nova Constituição Brasileira e para uma nova Lei do Sistema Nacional de Saúde (BRASIL, 2003). Seu relatório final apresentou a saúde como direito e ampliou seu conceito, propôs a reformulação do Sistema Nacional de Saúde, com a criação de um Sistema Único de Saúde, e sugeriu a forma de financiamento do setor (BRASIL, 1986).

Posteriormente, em 1987, por meio do Decreto nº 94.657, o Presidente José Sarney criou o Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), o qual deveria ser implementado, com base na descentralização e unificação, com a organização em distritos sanitários (BRASIL, 2003). O SUDS seria fundamentado, portanto, em uma rede hierarquizada e regionalizada, com a participação da comunidade. Buscou-se ainda ampliar a interferência do governo nos serviços particulares de saúde, a fim de que assumissem apenas seu papel complementar ao setor público. Porém, foram enfrentados vários obstáculos, como a recusa do setor privado em se submeter ao sistema e a corrupção de alguns prefeitos (BERTOLLI FILHO, 2004).

Propunha-se o estabelecimento de convênios entre o INAMPS e os governos estaduais, de forma que a participação do Governo do Estado seria opcional, ou seja, se este não aceitasse participar do SUDS, o INAMPS permaneceria realizando suas atividades (BRASIL, 2003). Houve, portanto, Estados que assumiram a estrutura do INAMPS de forma integral, municipalizando sua rede de serviços; e outros que mantiveram a mesma estrutura anterior. Alguns aspectos que dificultaram a implantação do SUDS foram a falta de uma política de financiamento, o contínuo avanço do setor privado, e o relacionamento entre os governos estaduais e os municipais, em especial para o custeio das ações realizadas (PIMENTA, 1993).

O breve histórico aqui descrito encontra-se sintetizado em ordem cronológica na FIGURA 1.

FIGURA 1: LINHA DO TEMPO DOS EVENTOS QUE ANTECEDERAM A CRIAÇÃO DO SUS



FONTE: A autora (2016).

2.2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Em outubro de 1988 houve a promulgação da nova Constituição Federal. Em seu Art. 196, estabeleceu-se que “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988). Estabeleceu ainda, em seu Art. 198 que as ações e serviços de saúde compõem uma rede regionalizada, hierarquizada, sendo um sistema único, organizado com base na descentralização, na integralidade e na participação da comunidade (BRASIL, 1988).

Em sua seção sobre a saúde, a Constituição abordou três principais aspectos: estabeleceu um conceito mais amplo de saúde, considerando que os meios físico, socioeconômico e cultural, os fatores biológicos e a oportunidade de acesso aos serviços de saúde atuam como fatores determinantes e condicionantes sobre ela, de modo que as ações devem ser desenvolvidas de forma intersetorial e integrada; estabeleceu o direito de todos às ações de saúde, bem como o dever do governo em provê-lo; e instituiu o SUS, composto por uma rede de serviços regionalizada, hierarquizada e descentralizada. Estabeleceu ainda, que os serviços particulares são complementares e devem obedecer às diretrizes do SUS (BRASIL, 1990a).

Para Menicucci (2014), evidenciam-se na Constituição as visões contrastantes daqueles que assumiam posição “estatizante”, buscando uma reforma que tornasse o direito à saúde uma obrigação do Estado; e a posição privatizante. Dessa forma, a Carta Magna apresenta um “sistema híbrido e segmentado”, pois embora defina a saúde como direito, assegure a universalidade, a acessibilidade, aumente a responsabilidade estatal e proponha um sistema inclusivo, ainda possibilita a liberdade do mercado e garante a permanência dos meios privados de assistência de forma independente, uma vez que a regulação do setor privado só ocorreu a partir de 1999.

O SUS foi regulamentado posteriormente, em 1990, por meio das Leis Orgânicas da Saúde (Lei Federal 8.080 e 8.142). A Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 “[...] dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes” (BRASIL, 1990b). Esta Lei detalha os objetivos e atribuições do SUS; seus princípios e diretrizes; a organização, direção e gestão; as atribuições em nível federal, estadual e municipal; a prestação de serviços privados de assistência à saúde; os recursos humanos; e seu financiamento, incluindo os recursos, a gestão financeira, o planejamento e orçamento (BRASIL, 1990b). Posteriormente, em 28 de dezembro de 1990, foi aprovada a Lei Federal 8.142, a qual “[...] dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde [...]” (BRASIL, 1990c).

O SUS não deve ser considerado um sucessor do INAMPS ou do SUDS, mas sim um novo sistema de saúde que visa reordenar os serviços e as ações em saúde. Trata-se de um Sistema Único, pois segue uma única doutrina e os mesmos princípios em todo o país, sob a responsabilidade das esferas de governo federal, estadual e municipal. Compreende um conjunto de unidades, de ações e serviços, que interagem com vistas a um objetivo em comum (BRASIL, 1990a).

Sua construção encontra-se norteada por três princípios doutrinários: a universalidade, a equidade e a integralidade. O primeiro se refere ao fato de que todo cidadão tem direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde e oferta-los é dever do governo. O segundo visa assegurar o acesso a ações e serviços de todos os níveis conforme a complexidade de cada caso. O terceiro pode ser considerado sob três aspectos: ao de que cada pessoa é indivisível e faz parte de uma comunidade; de que as ações de promoção, proteção e recuperação também são indivisíveis; e de que as unidades prestadoras de serviço formam um sistema único que deve prestar assistência integral (BRASIL, 1990a).

Os princípios organizativos do SUS compreendem: a regionalização e hierarquização, de modo que os serviços sejam estruturados em níveis de complexidade crescente, compondo uma rede, em uma área geográfica definida, com a população adstrita determinada; a resolubilidade, segundo a qual o cidadão que busca atendimento deve ter acesso a um serviço de saúde que possa enfrentá-lo; a descentralização, compreendida como a redistribuição das responsabilidades na atenção à saúde entre as três esferas do governo; a participação dos cidadãos, por meio de entidades representativas, no processo de formulação de políticas de saúde e de seu monitoramento; e a complementariedade do setor privado, quando o setor público não for suficiente, por meio da celebração de contrato, desde que a instituição privada obedeça aos princípios e normas do SUS (BRASIL, 1990a).

No município de Curitiba buscou-se estabelecer um modelo de atenção fundamentado nestes princípios. Em 1990, estruturou-se a Vigilância Sanitária Municipal. No mesmo ano, foi assinado um convênio para implantar um Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar para o atendimento de vítimas de traumas. No ano seguinte, realizou-se a 1ª Conferência Municipal de Saúde do município e constituiu-se o Conselho Municipal de Saúde. Em 1992, foram implantados sete Núcleos Regionais de Saúde, foram criados os Departamentos de Saúde Ambiental, Planejamento em Saúde, Assistência à Saúde e Epidemiologia em Saúde. Houve também a implantação da Estratégia da Saúde da Família (ESF), nas Unidades de Saúde Pompéia e São José. Ao mesmo tempo realizaram-se oficinas de territorialização (CURITIBA, 2016).

Em âmbito nacional, embora as leis orgânicas da saúde tenham conferido um importante embasamento jurídico ao SUS, ainda havia a necessidade de sua normatização prática (FADEL et al., 2009). Dessa forma, a década de 1990 foi marcada pela edição de vários atos normativos e administrativos. Em 1991 foi aprovada e instituída a Norma Operacional Básica do SUS nº 1 (NOB-SUS/01/91). Foram definidos nesta norma “[...] tanto os aspectos de natureza operacional, como também, aqueles intrinsecamente necessários ao gerenciamento dos serviços e ações de saúde estabelecidos pela Constituição de 1988, nos três níveis de governo [...]” (BRASIL, 1991). Esta norma foi muito questionada, pelo fato de estabelecer uma forma convenial de articulação e repasse de recursos e por ser centralizadora assim como o INAMPS (BRASIL, 2003).

No mesmo ano houve a implementação oficial do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) pelo Ministério da Saúde. O Programa teve início no fim da década de 80 como uma proposta de algumas áreas do Nordeste e outros locais, com a finalidade de melhorar as condições de saúde das comunidades (BRASIL, 2016a). As ações

são realizadas pelos agentes comunitários de saúde (ACS), pessoas que pertencem a própria comunidade, que atuam junto a ela (BRASIL, 2001a).

Em 1992 foi editada a Norma Operacional Básica do SUS nº1 (NOB-SUS/01/92), pela Secretaria Nacional de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde (SNAS/MS). Ela recuperou alguns aspectos da descentralização, porém, em se tratando do financiamento e regulamentação dos repasses financeiros por meio de convênios, praticamente confirmou o que a NOB anterior regulamentava (SCATENA; TANAKA, 2001).

Em 1993 foi editada a Norma Operacional Básica do SUS nº 1 (NOB-SUS/01/93), por meio da Portaria nº 545, que foi considerada um referencial de implementação do SUS no Brasil (BRASIL, 2003). Esta norma “[...] tem como objetivo disciplinar o processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde na perspectiva de construção do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 1993). O processo de descentralização foi estruturado, garantindo aos Estados e Municípios um período de transição, estipulando distintos patamares de responsabilidade para a gestão do sistema de saúde – incipiente, parcial e semiplena. Além disso, foram instituídas as Comissões Intergestores Bipartite (CIB), em âmbito estadual; e a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) em âmbito nacional (BRASIL, 2003). A Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba habilitou-se em 1995 à Gestão semiplena do SUS. Mais tarde, em 1998, o município habilitou-se à Gestão Plena do Sistema (CURITIBA, 2016).

Em 1994, houve a formulação do Programa Saúde da Família (PSF), o qual, posteriormente, foi nomeado Estratégia Saúde da Família (ESF). Este Programa visa reorganizar a Atenção Básica no país, sendo um meio de expandi-la, qualifica-la e consolidá-la, aprofundando seus princípios e diretrizes, ampliando sua resolutividade e seu impacto nas condições de saúde da população (BRASIL, 2012a). Curitiba foi pioneira na implantação de Unidades de Saúde da Família em 1992, sendo que sua adesão formal ao PSF se deu em 1995, contando desde a sua implantação com equipes de saúde bucal (CURITIBA, 2016).

Em 1996 foi editada a Norma Operacional Básica do SUS nº 1 (NOB/SUS/01/96), por meio da Portaria nº 2.203, a qual foi implantada somente em 1998. Esta norma tinha o propósito de “[...] promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus munícipes, com a [...] redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União [...]” (BRASIL, 1996). Redefiniu, portanto, as funções de cada esfera de governo, as ferramentas gerenciais para que municípios e estados assumissem seu papel de gestores do SUS; os mecanismos e fluxos de financiamento, ampliando as transferências fundo a fundo e

implantando incentivos ao PACS e ao PSF; a prática de monitoramento e avaliação do SUS, e os vínculos dos serviços com os usuários (BRASIL, 1996).

Esta norma vigorou até o ano 2000, quando foi editada a Norma Operacional de Atenção à Saúde (NOAS-SUS/2001) (BRASIL, 2003). A NOAS/2001 aumentou as responsabilidades dos municípios da Atenção Básica, definiu a regionalização da assistência e meios para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS, e atualizou os critérios de habilitação dos Estados e dos municípios (BRASIL, 2001b). Posteriormente, em 2002, foi editada a Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS-SUS/2002, a qual estabeleceu o processo de regionalização do SUS como meio de hierarquizar os serviços de saúde e atingir maior equidade (BRASIL, 2002).

Apesar de serem constatados importantes avanços na construção do SUS, ainda há muitos desafios. Tal fato tem implicado em uma busca por mudanças e por reformas. No entanto, há várias dificuldades nesse processo, como a imposição de normas gerais em um país extenso e com muitas desigualdades, a existência de normas complexas, por vezes ultrapassadas e inaplicáveis em determinadas realidades, a participação limitada da comunidade e as falhas em se atingir o princípio da integralidade (BRASIL, 2006; CEAP, 2009).

Estas dificuldades foram discutidas pela sociedade, por profissionais e gestores, sendo pauta de Conferências de Saúde, dos debates no Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). O diálogo entre o Ministério da Saúde, o CONASS e o CONASEMS possibilitou o surgimento de novas orientações para o funcionamento do SUS, as quais foram levadas ao Conselho Nacional de Saúde, culminando na criação do Pacto pela Saúde em 2006 (CEAP, 2009). Este Pacto é revisado anualmente, fundamentando-se nos princípios do SUS, e encontra-se organizado em três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS (BRASIL, 2006).

O Pacto pela Vida constitui-se “[...] por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da análise da situação de saúde do País e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais” (BRASIL, 2006). Para tanto, são explicitados os compromissos orçamentários e financeiros que serão empregados. Ele altera o modo de pactuação do SUS, na medida em que suspende os pactos realizados por meio das Normas Operacionais, impõe a repactuação anual e a gestão por resultados (MACHADO et al., 2009).

O Pacto em Defesa do SUS se refere às ações articuladas entre os três níveis de governo, com o propósito de reforçar o SUS enquanto política de Estado e de defender os seus princípios constitucionais. Este Pacto apresenta duas prioridades: a implementação de um projeto permanente de mobilização social e a elaboração e divulgação da Carta dos Direitos dos Usuários do SUS (BRASIL, 2006).

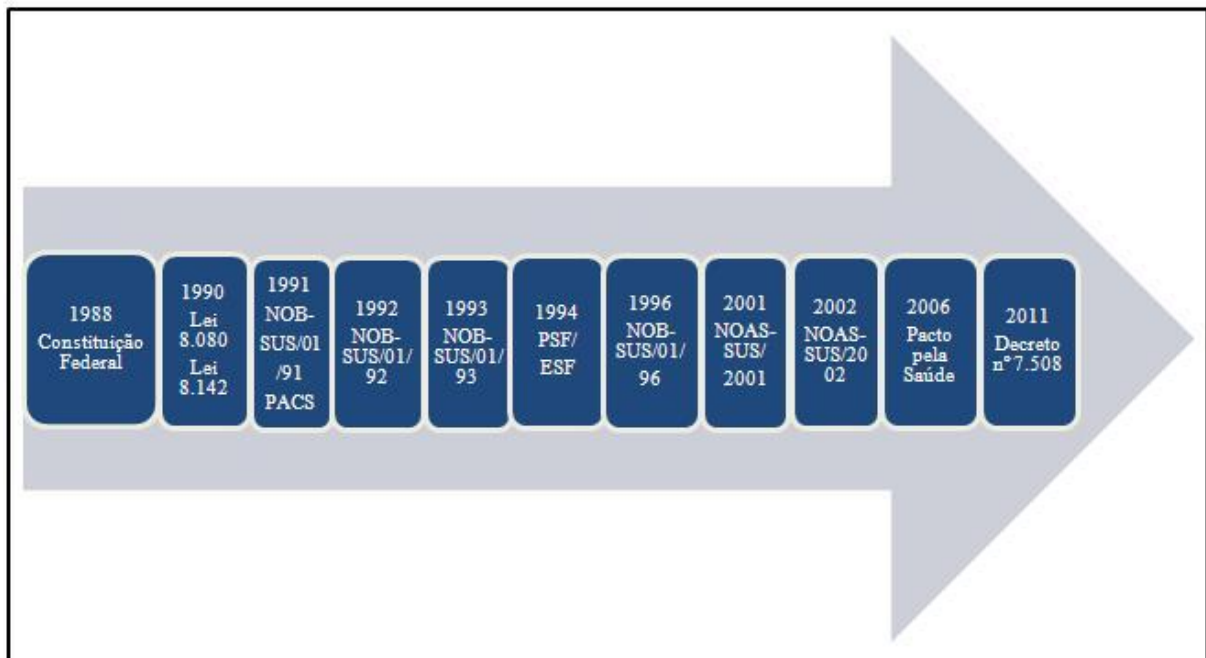
Por fim, o Pacto de Gestão define as responsabilidades de cada esfera de governo, visando fortalecer a gestão compartilhada do SUS. Reforça-se neste Pacto: a necessidade de ampliar o processo de regionalização e descentralização, definindo a territorialização como base para organizar os sistemas; a importância da participação e do controle social; e o sistema de financiamento tripartite, evidenciando suas diretrizes. Apresenta como prioridades a definição das responsabilidades sanitárias de cada instância federativa, e o estabelecimento de diretrizes para a gestão do SUS (BRASIL, 2006).

No Pacto pela Saúde, os acordos firmados entre as instâncias federativas são expressos em objetivos e metas, associados às prioridades em âmbito nacional, e são formalizados por meio do Termo de Compromisso de Gestão (CARNEIRO et al., 2014). Este Pacto não implicou em mudanças extremas na estrutura de funcionamento da Rede de Atenção à Saúde, entretanto, trouxe alguns aspectos novos, como o processo de pactuação entre os gestores, o modo de recebimento de recursos financeiros e os incentivos financeiros (MACHADO et al., 2009). Ainda em 2006, Curitiba iniciou o processo de adesão ao Pacto pela Saúde, de forma pioneira, discutindo as ações com o corpo gerencial, técnico e com o Conselho Municipal de Saúde. Sua aprovação se deu no início de 2007 (CURITIBA, 2016).

Posteriormente, em 2011, foi publicado o Decreto nº 7.508, de 28 de junho, o qual “Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências” (BRASIL, 2011). Destacam-se, nesse Decreto, a criação das Regiões de Saúde, a definição das portas de entrada dos serviços de saúde da RAS, bem como a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) (BRASIL, 2011).

As principais normatizações que têm contribuído para a construção do SUS encontram-se esquematizadas, em ordem cronológica, na FIGURA 2.

FIGURA 2: LINHA DO TEMPO RELACIONADA ÀS NORMATIZAÇÕES VINCULADAS À CONSTRUÇÃO DO SUS



FONTE: A autora (2016).

2.3 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A concepção da Atenção Primária à Saúde (APS) enquanto organização sistêmica regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, de acordo com o nível de complexidade e a delimitação do território, foi empregada pela primeira vez pelo Relatório Dawson, elaborado pelo Ministério de Saúde do Reino Unido, em 1920 (LAVRAS, 2011). O relatório propõe uma forma de organizar a provisão de serviços de saúde para a população de determinada região (DAWSON, 1964).

Para tanto, pressupõe-se a coordenação entre a medicina preventiva e a curativa, bem como a organização dos serviços em: domiciliares, centros de saúde primários e secundários, hospitais-escola e serviços complementares (DAWSON, 1964). Os Centros Primários, situados em vilas, se ligariam a centros de saúde secundários, situados em cidades maiores, que disponibilizariam serviços especializados. Os casos que não fossem solucionados nestes centros seriam encaminhados ao hospital de referência (KUSCHNIR; CHORNY, 2010). O arranjo estabelecido no Relatório fundamentou a reorganização dos serviços de saúde de diversos países, os quais adotaram níveis definidos de atenção (STARFIELD, 2002).

Outro importante marco para a APS foi a Declaração de Alma-Ata, de 1978, a qual conceituou os cuidados primários à saúde como:

[...] cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país pode manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (UNICEF, 1979, p. 3).

A Declaração estabeleceu ainda que os cuidados primários refletem as condições econômicas, culturais e políticas da comunidade; dão enfoque aos principais problemas de saúde, realizando ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação; incluem educação em saúde, saneamento de água e controle dos alimentos, cuidados de saúde materno-infantil, prevenção de doenças endêmicas, tratamento de doenças e lesões comuns e fornecimento dos principais medicamentos; envolvem outros setores, além da saúde, requerendo, portanto, esforços intersetoriais; requerem participação da comunidade e individual; devem receber apoio de sistemas de referência integrados; e se baseiam naqueles que trabalham na área da saúde (UNICEF, 1979).

Para Starfield (2002), a APS consiste no nível do sistema de saúde que oferece a entrada aos novos problemas e necessidades; que proporciona atenção direcionada ao cidadão, e não à enfermidade; que atende a maioria das condições, excetuando as raras, oferecendo ações e serviços de prevenção, cura e reabilitação; e que coordena ou é parte integrante da atenção oferecida em outros níveis. A autora define a existência de quatro atributos essenciais da APS: a atenção ao primeiro contato, a integralidade, a longitudinalidade e a coordenação; e de três atributos derivados: orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural.

A atenção ao primeiro contato relaciona-se com a acessibilidade e a utilização do serviço a cada novo problema de saúde. Este ponto, comumente denominado porta de entrada, é importante, pois nem sempre o paciente conhece os detalhes técnicos da atenção médica para decidir qual o nível de atenção que deve procurar. Dessa forma, o atendimento e orientação por um médico da APS facilita esta seleção. A integralidade diz respeito ao fato de ser disponibilizado ao paciente o acesso a todas as formas de atenção à saúde, mesmo que não sejam oferecidos diretamente por ela. Envolve, portanto, o encaminhamento para serviços secundários e terciários, sendo um importante meio para assegurar que os serviços sejam adequados às necessidades de saúde do paciente (STARFIELD, 2002).

A longitudinalidade pressupõe a existência de acompanhamento do paciente ao longo do tempo, sendo a APS uma fonte regular de atenção. Deve haver, portanto, um vínculo com a população, fundamentado em uma forte relação interpessoal, que resulte em mútua cooperação entre profissional e paciente. O quarto atributo essencial da APS, a coordenação, supõe que se assegure a continuidade ou integração da atenção, e o reconhecimento de problemas, por meio da análise do prontuário médico e das consultas de acompanhamento (STARFIELD, 2002).

Quanto aos aspectos derivados, a centralização na família implica em prestar atenção à saúde, reconhecendo a influência do ambiente e do contexto familiar nas condições do paciente. Desta forma, o enfoque da atenção à saúde deve se dar à família, reconhecendo os problemas de saúde de cada membro, as relações existentes e os recursos familiares. A competência cultural é referente ao reconhecimento das necessidades das subpopulações, as quais podem não estar suficientemente evidenciadas. Por fim, a orientação para a comunidade envolve o reconhecimento das necessidades em saúde dos pacientes em seu contexto social, sendo úteis, para tanto, a realização de entrevistas e a análise de dados epidemiológicos (STARFIELD, 2002).

No Brasil houve várias tentativas de organizar a APS, como a criação da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), em 1960, a qual organizou e operou serviços de saúde pública e de assistência médica; a expansão dos centros de saúde vinculados às Secretarias de Estado da Saúde na década de 1960; as experiências da medicina comunitária sob a influência do Movimento da Reforma Sanitária, na década de 1970; as AIS da década de 1980; o SUDS; a instituição do Sistema Único de Saúde em 1988, com a Constituição Federal; e sua municipalização com as Leis Orgânicas da Saúde na década de 1990 (LAVRAS, 2011).

Um marco muito importante para a APS no Brasil se deu por meio da implementação do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994. Sua origem remonta a experiência exitosa do Ministério da Saúde com o PACS, em 1991. O Programa tinha como propósito reduzir a mortalidade infantil e a mortalidade materna, em especial nas regiões Norte e Nordeste, por meio da ampliação da cobertura dos serviços de saúde para as áreas menos favorecidas. O PACS pode ser considerado o antecessor do PSF e uma importante estratégia para a implementação do SUS, pois as ações passaram a ser desenvolvidas com enfoque na família, foi adotado o conceito de área de cobertura, passou-se a intervir de forma ativa na saúde, agindo preventivamente e houve uma integração com a comunidade (VIANA; ROBERTO DAL POZ, 2005).

Em dezembro de 1993, realizou-se uma reunião em Brasília sobre o tema Saúde da Família. Pretendia-se efetuar a reorganização da rede básica de saúde, expandindo o PACS para outras categorias profissionais. Ao fim da reunião, foi proposto o Programa Saúde da Família, e foi criada, na Fundação Nacional de Saúde, a Coordenação de Saúde da Comunidade (COSAC), uma gerência específica para o programa. Em 1994 foi redigido o primeiro documento do Programa, sendo que seu financiamento foi estabelecido por meio de convênio entre Ministério da Saúde, estados e municípios, com exigências de contrapartidas e critérios de seleção de municípios. As limitações desse modelo burocrático e pouco flexível evidenciavam a necessidade de rompimento. Em 1995 houve a transferência do Programa para a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), sendo que no ano seguinte o Programa passou a ser remunerado pela tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS) (VIANA; ROBERTO DAL POZ, 2005).

O objetivo do PSF consiste em propiciar a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, de acordo com os princípios do SUS (PAIM, 2012). Segundo Paim (2012, p. 561), o PSF prioriza alguns aspectos, como:

[...] integralidade e hierarquização da atenção, estabelecendo as USF como primeiro nível da atenção do sistema de saúde e acionando a referência e contra-referência; substituição das práticas de saúde convencionais de assistência por novos processos de trabalho; promoção de assistência integral (domicílio, ambulatório, hospital) para a população da área adstrita (território de abrangência definido com cadastramento e acompanhamento de determinado número de pessoas); planejamento e programação local de saúde a partir dos problemas identificados pelos diversos atores sociais; equipe multiprofissional; valorização da vigilância em saúde, contemplando danos (agravos, doenças, acidentes), riscos e determinantes socioambientais.

Apesar de ter sido rotulado inicialmente como Programa, o PSF não se relacionava com a concepção de Programas enquanto forma de intervenção vertical e paralela às ações dos serviços de saúde. Desta forma, passou a ser considerado uma Estratégia, a qual permite a integração e promove a organização das ações em um território delimitado, a fim de enfrentar e resolver os problemas presentes (BRASIL, 1997). O PSF passou a ser chamado de Estratégia Saúde da Família (ESF).

Para Ney, Pierantoni e Lapão (2015), a ESF propiciou a expansão do acesso aos serviços pela população e a implantação de novas políticas de saúde, como a promoção da saúde, o fornecimento de medicamentos, a saúde bucal, as estratégias de formação profissional e políticas de avaliação e monitoramento. Em concordância, Arantes, Shimizu e Hamann (2016) também constataram benefícios com a implantação da ESF, como a universalização dos cuidados primários, com a valorização da integralidade e equidade; a

implantação de processos avaliativos; e o melhor desempenho gerado pelo trabalho multidisciplinar, centrado na família, com a valorização do acolhimento, vínculo, humanização e orientação comunitária. Contudo, elencaram também desafios, como aspectos relacionadas ao financiamento, à formação profissional, ao desenvolvimento de ações intersetoriais, à coordenação, à participação social e ao equilíbrio entre a abordagem individual e a comunitária.

Outro importante avanço no âmbito da APS refere-se à construção do Pacto de Indicadores da Atenção Básica, a qual teve início com a publicação das Portarias GM/MS nº 3.925 de 13/11/1998 que aprovou o Manual para a Organização da Atenção Básica e nº476/99 que regulamentou o seu processo de acompanhamento e avaliação. O Pacto visa ser uma ferramenta formal de negociação entre as três instâncias de gestão do SUS, com a definição de metas a serem atingidas, e incorporação de formas de avaliação e monitoramento das ações e serviços. Ao fim de cada ano ocorre a avaliação de desempenho de estados e municípios em relação às metas pactuadas. (BRASIL, 2000; BRASIL, 2003). Na prática os indicadores têm sido empregados na maioria das vezes somente para monitoramento das ações desenvolvidas, e não para avaliação e contratualização.

A Atenção Primária à Saúde é responsável pela coordenação da atenção à saúde em seus diferentes níveis (STARFIELD, 2002). Ou seja, atua como coordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Embora a RAS já estivesse contida nas entrelinhas da Constituição Federal de 1988, em seu art. 198, o qual determina que “as ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada [...]” (BRASIL, 1988), sua incorporação formal ao SUS se deu apenas em 2010, com a Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010, a qual estabeleceu as diretrizes para a organização das RAS na esfera do SUS; e, posteriormente, com o Decreto nº 7.508 de junho de 2011, o qual regulamenta a Lei nº 8.080 de 1990 (DITTERICH; MAZZA, 2014).

A RAS foi instituída a fim de enfrentar a fragmentação das ações e serviços do SUS, evidenciada pelas lacunas assistenciais, pelo financiamento insuficiente, pela configuração inapropriada do modelo de atenção, pela fragilidade na gestão do trabalho, a desintegração dos serviços nos municípios e a pequena inserção da Vigilância e Promoção em Saúde nos serviços de Atenção (BRASIL, 2010).

Na Portaria nº. 4279/2010, a Rede de Atenção à Saúde é conceituada como: “[...] arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010). Seu objetivo consiste em promover a integração

sistêmica de ações e serviços de saúde e incrementar o desempenho do Sistema. Neste contexto, a APS assume a função de centro de comunicação entre os pontos de atenção, constituindo o primeiro nível de atenção, onde devem ser resolvidos os problemas mais comuns de saúde e devem-se coordenar todos os pontos da rede (BRASIL, 2010; MAGALHÃES JUNIOR, 2014). Posteriormente, em 2011, o Decreto nº 7.508 estabeleceu em seu art. 9º que a Atenção Primária, a atenção de urgência e emergência, a atenção psicossocial e os serviços especiais de acesso aberto constituem as Portas de Entrada para as ações e serviços de saúde na RAS (BRASIL, 2011).

Em 21 de outubro de 2011, por meio da Portaria nº 2.488, foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), revisando as diretrizes e normas que regem a organização da atenção básica, da ESF e do PACS (BRASIL, 2012a). Nesta política, a atenção básica é descrita como:

[...] um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (BRASIL, 2012a, p.19).

Convém ressaltar que para a PNAB os termos Atenção Básica e APS são equivalentes. Constituem fundamentos e diretrizes da Atenção Básica: ter um território adstrito; permitir o acesso universal e contínuo aos serviços de saúde de qualidade e resolutivos, sendo a porta de entrada aberta e preferencial da RAS; adscrever os usuários e estabelecer vínculo; coordenar a integralidade; e estimular a participação do usuário. A PNAB estabeleceu ainda as funções da Atenção Básica no âmbito da RAS; incluiu a Equipe de Atenção Básica para a população de rua (Consultórios na rua), aumentou o número de municípios que podem ter Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), e facilitou as condições para criação de Unidades Básicas Fluviais e ESF para as populações ribeirinhas (BRASIL, 2012a).

Para Mendes (2013), o SUS tem muitos aspectos para celebrar, porém ainda enfrenta muitos desafios. Trata-se de um sistema de fato universal, que promoveu a inclusão social no

país, tornando a saúde um direito de todos e dever do Estado. O Sistema possui programas considerados referência em âmbito internacional, como o Sistema Nacional de Imunizações, o Programa de Controle de HIV/Aids, o Sistema Nacional de Transplantes de Órgãos e a ESF. Em se tratando dos desafios, destacam-se a organização macroeconômica do sistema de saúde no Brasil, com a segmentação do sistema de saúde em um subsistema público e outro privado; a organização microeconômica expressa no modelo de atenção à saúde com a fragmentação do SUS; e o subfinanciamento, o qual é incapaz de assegurar a universalidade. O autor ressalta como formas de superar os desafios, a organização do SUS em Redes de Atenção e o fortalecimento da APS por meio da ESF.

Nas últimas décadas, com o propósito de assegurar maior flexibilidade, eficácia e eficiência à APS e de superar os desafios existentes para a consolidação do SUS, tem havido também a ampliação das parcerias entre o setor público e o privado neste nível de atenção. Tais parcerias visam facilitar a contratação de profissionais; as reformas de imóveis; a aquisição de materiais e equipamentos; a oferta de cursos de capacitação; a reposição de profissionais nos casos em que há grande rotatividade; entre outros benefícios (CARNEIRO JÚNIOR; NASCIMENTO; COSTA, 2011). Porém, Castro (2015), em revisão de literatura, constatou que ainda há limitações, como a possibilidade de criação de padrões diversos de acesso aos sistemas de saúde, a adoção de diferentes valores, ou ainda a tentativa de a iniciativa privada moldar o setor público segundo seus princípios.

Os novos modelos de gestão implantados representam, portanto, grandes desafios para o SUS e têm acarretado mudanças na legislação brasileira, inclusive com a criação de novas personalidades jurídicas, como as organizações sociais e as fundações estatais (ANDREAZZI; BRAVO, 2014). A fim de proporcionar maior entendimento acerca do contexto que culminou nestas mudanças, no próximo capítulo abordar-se-á a temática da Reforma da Administração Pública e dos Contratos de Gestão, dando maior ênfase aos modelos adotados no âmbito da APS.

3 A REFORMA DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA E OS CONTRATOS DE GESTÃO

Nos anos 1980 teve início em diversos países um ciclo de reformas administrativas com a finalidade de transformar a administração burocrática, fundamentada em controles formais, em uma administração gerencial, baseada na descentralização e no controle de resultados (BATISTA; MALDONADO 2008; COSTA E SILVA, 2014). Dessa forma, novas modalidades jurídico-administrativas foram propostas a fim de viabilizar a parceria público-privada. Dentre as estratégias adotadas para a implantação do modelo gerencial destaca-se a instituição dos contratos de gestão (ALBUQUERQUE; MORAIS; LIMA, 2015).

Neste capítulo, será realizada uma revisão de literatura acerca da Reforma da Administração Pública, dos Contratos de Gestão, da Teoria de Agência e da Contratualização no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Cabe destacar que não se pretende esgotar o assunto, em virtude de sua grande extensão, mas sim contextualizá-lo, abordando os principais aspectos necessários para sua compreensão e posterior discussão.

3.1 A REFORMA DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

A administração burocrática clássica, fundamentada nos princípios da administração do exército prussiano, foi implantada no fim do século XIX em vários países europeus e, posteriormente, no Brasil em 1936. Sua finalidade consistia em substituir o patrimonialismo, caracterizado pela não distinção entre bens públicos e privados nas monarquias absolutistas, combatendo o nepotismo e a corrupção (BRESSER-PEREIRA, 1996). Esta forma de administração apresentava como princípios: a racionalidade, a legalidade, a formalidade, a divisão racional do trabalho, a hierarquização, a impessoalidade, a eficiência organizacional e o profissionalismo (SECCHI, 2009; REIS, 2014).

Ao abordar o tema da administração burocrática, há que se considerar o conceito weberiano de Burocracia. Weber (1966 apud OLIVEIRA, 1970) elenca três fatores essenciais na discussão deste conceito:

[...] aceitação da validade das ideias em que repousa a autoridade racional-legal; a organização fundamental necessária para o exercício da autoridade racional-legal; e o exercício da autoridade racional-legal no quarto administrativo do tipo ideal que Weber chamou de burocracia (WEBER, 1966 apud OLIVEIRA, 1970, p. 48).

O primeiro aspecto refere-se ao fato de as normais legais terem propósitos utilitários; de serem abstratas, porém concretizadas quando as leis são aplicadas; de a autoridade legal ser

vinculada ao cargo ocupado pelo indivíduo, havendo uma ordem impessoal; e de a obediência não ser devida à pessoa em si, mas ao cargo ocupado por ela. O segundo aspecto faz referência às características da organização que exerce a autoridade, quais sejam: uma estrutura de cargos hierarquizada; à existência de órgãos administrativos que atuam em uma área de competência delimitada; um quadro de funcionários nomeados qualificados para as suas funções; separação entre propriedade da organização e a pessoal do servidor; separação entre as finalidades pessoais e as do funcionário (impessoalidade); e o registro documental dos atos administrativos. O terceiro aspecto é referente ao exercício da autoridade, havendo diferentes tipos de dominação, como a tradicional, a carismática e a legal. O modelo proposto evita a informalidade, a irracionalidade e a arbitrariedade (WEBER, 1966 apud OLIVEIRA, 1970).

Este modelo foi eficaz até o período anterior à II Guerra Mundial, devido à pequena complexidade das administrações públicas. Porém, após a guerra, com o rápido crescimento econômico, as estruturas estatais passaram a apresentar maior complexidade (EL-WARRAK, 2008). Com o aumento dos custos dos serviços do Estado, a administração burocrática se mostrou ineficiente (BRESSER-PEREIRA, 2010). Aliado a isso, a crise econômica mundial de 1970 colocou em dúvida o papel do Estado em garantir prosperidade econômica e social. Para solucionar a crise na dimensão administrativa foi proposta a Reforma Gerencial (OLIVEIRA; SILVA; BRUNI, 2012).

Ormond e Loffler (1999) elencaram alguns fatores que evidenciavam a necessidade de modernização da administração pública, entre eles: as restrições fiscais à expansão do setor público em meio a uma crescente cobrança por melhores serviços pelos cidadãos; a procura por meios mais efetivos de implementação de políticas públicas; a pressão das empresas para promover um setor público orientado aos negócios; as mudanças tecnológicas; o envelhecimento da população; e a ampliação da interdependência entre os países.

Assim, as reformas gerenciais passaram a ser implantadas em vários países na segunda metade do século 20, a fim de estabelecer uma Nova Gestão Pública, com níveis elevados de eficiência, efetividade e eficácia. São características desta nova forma de administração: o direcionamento para o cidadão e para resultados, as organizações com poucos níveis hierárquicos, a limitação da confiança concedida aos funcionários públicos e políticos, a descentralização, o incentivo à inovação, bem como o controle sobre os gestores públicos, por meio dos contratos de gestão (BRESSER-PEREIRA, 1996; 2010).

No Brasil, este propósito se tornou mais evidente a partir do governo do presidente Fernando Henrique Cardoso (FHC), em particular, na figura do ex-ministro Bresser-Pereira,

supervisor intelectual do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE) aprovado em 21 de setembro de 1995 (TORRES, 2007). Entendia-se que caberia ao Estado coordenar e financiar as políticas públicas e não necessariamente executá-las, missão esta que seria dividida com a iniciativa privada (REZENDE, 2008). Objetivava-se ampliar a governança do Estado, sua efetividade e eficiência; limitar as ações do Estado às suas funções específicas; transferir da União para os Estados e Municípios as ações de caráter local; e transferir parcialmente da União para o Estado as ações de caráter regional (BRASIL, 1995).

O PDRAE visava, portanto, transitar de um Estado promotor direto de desenvolvimento para um Estado regulador. Assim, a gestão e a execução de serviços não exclusivos passariam para a iniciativa privada (REIS, 2014). Setti (2011) considera a existência de duas gerações de reforma. A primeira visava adequar o tamanho do Estado e seu nível de intervenção, sendo bastante comuns a privatização, a abertura comercial e financeira e a política de desregulamentação. A segunda visava melhorar a gestão pública, ampliando a competência dos recursos humanos, a eficiência, o controle e a transparência.

Para a aplicação da reforma gerencial, o PDRAE dividiu a atuação do Estado em quatro segmentos: o Núcleo Estratégico, como Legislativo, Judiciário, Presidência, Cúpula dos Ministérios e o Ministério Público, em que a administração é centralizada e verticalizada, a propriedade é estatal e a efetividade é o principal fundamento; as Atividades exclusivas do Estado, como a regulamentação, a fiscalização, a segurança pública e a seguridade social, em que a propriedade é estatal e a administração é gerencial fundamentada na eficiência; os serviços não exclusivos, como as universidades, os hospitais, os centros de pesquisa e os museus, em que a propriedade ideal é a pública não-estatal, a administração é gerencial baseada na eficiência; e o setor de Produção de Bens e Serviços para o Mercado, o qual corresponde à área de atuação das empresas, como os serviços de infraestrutura, em que a propriedade deveria ser privada e a administração gerencial fundamentada no princípio da eficiência (BRASIL, 1995). A fim de viabilizar a relação entre o Núcleo estratégico e os outros setores, foram estabelecidos contratos de gestão, firmando compromissos mútuos entre as partes envolvidas (EL-WARRAK, 2008).

3.2 OS CONTRATOS DE GESTÃO E A TEORIA DE AGÊNCIA

Os contratos de gestão provêm do Direito Francês, tendo sido utilizados com diferentes nomeações, como contratos de programa, contratos de empresa, contratos de plano e contratos de objetivos. Seu objetivo consistia em estabelecer um compromisso bilateral, em

que competiria às empresas ou órgãos vinculados ao Estado cumprir objetivos prioritários estabelecidos por Planos Nacionais ou por programas instituídos pelas partes; e conferir maior autonomia às empresas, perante o compromisso assumido contratualmente, diminuindo ou tornando mais flexível o controle pela Administração Pública (DI PIETRO, 1996).

Atualmente, o contrato de gestão tem sido empregado como meio de acordo entre a Administração Pública Direta e entidades privadas denominadas paraestatais; ou ainda com dirigentes da própria Administração Direta. Sua finalidade é determinar metas a serem atingidas em troca de alguma forma de benefício concedido pelo Poder Público (DI PIETRO, 2014). A contratualização de resultados pode ser descrita, portanto, como um processo de “[...] relacionamento entre financiadores, compradores e prestadores, assente numa filosofia contratual e envolvendo uma explicitação da ligação entre o financiamento atribuído e os resultados esperados” (MATOS et al., 2010, p.166). O contrato deve incluir, além das metas que norteiam as ações desenvolvidas, os meios para atingi-las; a forma de controle, para monitoramento e avaliação das ações e da alocação de recursos; e um sistema de incentivo, para mobilizar o indivíduo em direção aos objetivos propostos (ARAÚJO, 2010).

A relação contratual entre financiadores e prestadores pode ser analisada no âmbito da Teoria de Agência. Para Jensen e Meckling (1976, p.308, tradução nossa) o relacionamento de agência consiste em "um contrato no qual uma ou mais pessoas - o principal - engajam outra pessoa - o agente - para desempenhar alguma tarefa em seu favor, envolvendo a delegação de autoridade para a tomada de decisão pelo agente". Esta teoria inclui aspectos como: os custos de agência, os conflitos de agenciamento, a assimetria informacional e o risco moral (FREZATTI et al., 2009 apud MACHADO et al., 2016).

O objeto de análise consiste, portanto, no contrato firmado entre principal e agente e nos meios para torná-lo mais eficiente, diminuindo os custos de agência e assegurando maior comprometimento do agente (FONTES FILHO, 2004). Os custos de agência envolvem os gastos com monitoramento pelo principal para limitar as ações do agente; os gastos para garantir que o agente não tome atitudes que possam prejudicar o principal; e a perda residual, referente às divergências existentes entre as decisões dos agentes e aquelas que iriam maximizar o bem estar do principal (JENSEN; MECKLING, 1976).

Em se tratando dos conflitos de agência, Eisenhardt (1989) entende que há dois problemas principais: o primeiro decorre do conflito entre os desejos e objetivos do principal e do agente; o segundo, da dificuldade existente para o principal verificar se o agente agiu de forma correta, ou seja, da divisão de riscos, a qual surge devido às diferentes atitudes tomadas por eles frente ao nível de risco.

Para saber se os agentes estão agindo de acordo com os seus interesses são necessárias informações. Porém, a informação é assimétrica entre eles, ou seja, os agentes dispõem de informações às quais os principais não têm acesso direto (PRZEWORSKI, 1998; SATO, 2007). Como a maioria das informações que o principal recebe são cedidas pelo agente, este exerce controle sobre a informação que irá fornecer, podendo haver oportunismos (COSTA E SILVA, 2014; FONTES FILHO, 2004).

Outros conflitos existentes envolvem o risco moral e a seleção adversa. O risco moral refere-se à situação em que o principal desconhece ou não consegue controlar todas as ações do agente. Há, portanto, ações ocultas. (ARROW, 1963; SATO, 2007; MARTINEZ, 1998). Um exemplo típico para o risco moral refere-se a empresas de seguro contra incêndio. É desejável que o evento para o qual o seguro é contratado esteja fora do controle do contratante, porém esta separação é difícil. A probabilidade de ocorrer um incêndio é variável conforme os cuidados e precauções tomadas pelo segurado. Desta forma, um indivíduo, a fim de obter ganhos financeiros, poderia reduzir seu cuidado ou ainda causar um incêndio de forma intencional. O mesmo pode ser verificado nos casos de contratação de seguros de saúde (ARROW, 1963; FONTES FILHO, 2004).

A seleção adversa decorre da assimetria de informação, de forma que o principal não consegue determinar se as ações do agente são as ideais ou não. Há, portanto, informação oculta (ARROW, 1963; SATO, 2007; MARTINEZ, 1998). Este problema também pode ser exemplificado nos casos dos seguros de vida. Há pessoas mais suscetíveis à ocorrência de acidentes ou com maior risco de morte e elas detêm mais informações sobre o seu risco que a empresa seguradora. Caso o valor do prêmio fosse o mesmo para todos os segurados, aqueles com maior risco poderiam comprar apólices maiores (FONTES FILHO, 2004).

Torna-se claro, portanto, que nem sempre o agente atuará em prol dos interesses do principal, sendo necessário estabelecer um contrato, um sistema de incentivo e de monitoramento das suas ações (JENSEN; MECKLING, 1976). O sistema de incentivo iria alinhar os interesses de ambos; enquanto o de monitoramento possibilitaria acompanhar os resultados e estabelecer a remuneração variável de acordo com o alcance das metas (COSTA E SILVA, 2014).

Para Miranda (2015), a Teoria de Agência busca determinar o contrato mais eficiente para mediar o relacionamento entre agente e principal, definindo se este deve ser fundamentado no comportamento ou nos resultados esperados, a fim de reduzir os custos de agência com monitoramento e motivação.

Eisenhardt (1989) definiu duas linhas de pesquisa relacionadas à Teoria de Agência: a positivista e a do agente-principal. A primeira analisa as consequências das relações estabelecidas, dando enfoque aos conflitos e ao estabelecimento de meios de governança e sistemas de incentivo. Ao passo que a segunda considera formas de controle e sistemas de informação. Na corrente positivista considera-se que a contratualização de resultados e os sistemas de informação são eficientes para combater o oportunismo do agente. Na corrente agente-principal, busca-se estabelecer um contrato ótimo comportamental, quando há informações completas disponíveis, assegurando o comportamento do agente, sem transferir a ele os riscos; ou um contrato baseado em resultados, quando o principal não dispõe de todas as informações, havendo a transferência de riscos (EISENHARDT, 1989; FONTES FILHO, 2004; MIRANDA, 2015).

Os contratos de gestão têm a finalidade de induzir mudanças que possibilitem que o Estado e as entidades de interesse social dele dependentes ou vinculadas a ele construam e mantenham altos níveis de: efetividade, alcançando os resultados almejados pela sociedade, ofertando-lhe serviços de interesse social que atendam as suas necessidades; eficácia, comprometendo-se com um planejamento competente e com o cumprimento da sua execução; e eficiência, utilizando com economia e dedicação os bens e os recursos públicos (ANDRÉ, 1999; DITTERICH; MOYSÉS; MOYSÉS, 2012).

A separação entre as funções de financiamento e prestação de serviços, por meio dos contratos de gestão, é dita institucional quando o prestador é privado; e organizacional quando o prestador é público, sendo que, neste caso, a contratualização não está associada à desestatização dos serviços (COSTA E SILVA, 2014). Dessa forma, os contratos de gestão podem ser classificados como externos ou exógenos, quando firmados entre a Administração Pública e uma entidade privada; e internos ou endógenos, quando firmados no interior de uma instituição pública, com a finalidade de ampliar sua eficiência e autonomia gerencial (OLIVEIRA, 2015). Neste caso, o contrato apresenta apenas efeito moral, sem trazer implicações legais, sendo chamados acordos de serviços ou termos de compromissos (MENDES, 2002).

Oliveira (2015) ressalta que embora a doutrina por vezes critique a celebração de contratos internos, argumentando que seria um autocontrato, visto que os órgãos públicos não possuem personalidade jurídica, ou ainda que não haveria interesses opostos no ajuste, estes devem ser encarados como atos administrativos complexos ou acordos administrativos, perante o art. 37, §8º da Constituição Federal. Tais contratos asseguram maior eficiência à gestão e ampliação de autonomia, e possibilitam o controle dos resultados obtidos. Em

contrapartida, Di Pietro (2014) defende que os contratos de gestão celebrados com órgão da Administração Direta, correspondem no máximo a termos de compromissos assumidos por dirigentes dos órgãos, a fim de ampliarem a autonomia e de cumprir metas.

Para Azevedo (2009), os contratos consistem em acordos de gerenciamento, tendo como principal finalidade o alcance das metas estabelecidas. Desta forma, essa ferramenta é de grande valia para estabelecer as competências entre os atores envolvidos, assegurando a divisão de responsabilidades, o monitoramento do desempenho e a retroalimentação do processo de planejamento (TAVARES et al., 2013). Ressalta-se que deve ser vista como um meio e não como um fim, uma vez que ao evidenciar as responsabilidades de cada parte, possibilita a contratualização interna, a qual deve ocorrer nos diversos níveis da instituição, com a participação de todos, enfatizando a contribuição de cada um para os resultados obtidos (LEITE; SOUZA; NASCIMENTO, 2010).

Leite, Souza e Nascimento (2010) sugerem que o processo de contratualização se dê em quatro etapas: definição das metas e serviços a serem contratados; a elaboração do plano de gerenciamento, o qual deve subsidiar a elaboração do contrato; a formalização e execução do contrato; e o processo de acompanhamento e avaliação. Em concordância, Mendes (2002) define como componentes do contrato de gestão: a definição dos objetivos e serviços que serão prestados; da escolha e organização dos recursos para atingir as metas; a definição do tempo de vigência do contrato; um sistema de garantias, de monitoramento e avaliação, um sistema de pagamento e um sistema de incentivo.

Há ainda alguns problemas nos novos arranjos institucionais, dentre eles, as deficiências de coordenação e supervisão dos contratos, a descontinuidade na administração pública (TORRES, 2007), a existência de metas pré-definidas, a capacitação insuficiente dos profissionais envolvidos, as falhas na negociação e a ausência de sistemas de avaliação e monitoramento efetivos (ESCOVAL, 2010). Em contrapartida, Loevinsohn (2008) aponta uma série de vantagens, como a garantia de maior foco na obtenção de resultados mensuráveis, a flexibilidade conferida ao setor privado, a redução da corrupção, a concorrência construtiva, o aumento da eficácia e eficiência, a ampliação da autonomia dos gestores e a possibilidade de concentração do governo nas funções que são exclusivas dele.

3.3 OS CONTRATOS DE GESTÃO NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Os modelos de gestão da APS e a sua forma de financiamento podem aprimorar ou comprometer o cumprimento dos princípios dos sistemas de saúde. Como estratégia para

melhorar sua coordenação e desempenho, bem como de ampliar a transparência em relação aos resultados alcançados, muitos países têm adotado o processo de contratualização. Assim, os contratos de gestão foram implantados no Sistema de Saúde de países tanto de orientação bismarckiana como beveridgiana, como a Austrália, o Canadá, a Espanha, a França, o Reino Unido, a Holanda e a Alemanha (ESCOVAL; RIBEIRO; MATOS, 2010).

No Brasil, a primeira experiência com os contratos de gestão no âmbito da Atenção Primária se deu em São Paulo, em 1995, quando a Prefeitura impôs o Plano de Atendimento à Saúde (PAS), transferindo a gestão da saúde para a iniciativa privada (NARVAI; SÃO PEDRO, 2008). O PAS reformulou a relação público/privado, estabelecendo cooperativas de trabalho, instituições sem fins lucrativos que realizavam parcerias com o município, sendo de sua responsabilidade o aporte de recursos humanos para a administração das unidades de saúde integradas aos módulos de atendimento (ELIAS; NASCIMENTO, 1999). No ano 2000, houve sua derrocada em meio a denúncias de corrupção (NARVAI; SÃO PEDRO, 2008). Nota-se, portanto, que a vantagem da redução da corrupção, apontada por Loevinsohn (2008), nem sempre é atingida, sendo que, em alguns casos, ocorre inclusive o efeito inverso.

Afonso (2010) ressalta que para que as práticas de contratualização satisfatórias sejam implementadas na área da saúde, faz-se necessário que os prestadores de serviço assumam um sentimento de responsabilização que reflita diretamente nas práticas em saúde, reconhecendo as necessidades da população e tomando decisões fundamentadas em tempo hábil. Caso isso não ocorra, os resultados obtidos podem ser apenas falhas. Neste sentido, Escoval (2010) defende que a adoção do modelo contratual requer a implementação de um sistema de recompensas e penalizações no âmbito da gestão, introduzindo a responsabilização pelo uso de recursos comuns; a promoção ativa da participação do cidadão em todo o processo; bem como que resulte em benefícios em saúde para a comunidade, fundamentando-se em resultados e não somente em processos.

O estabelecimento dos contratos de gestão nos serviços de saúde consiste em uma estratégia com grandes potencialidades, podendo assegurar a busca por resultados, a alocação de recursos de forma mais eficiente, aumentar a autonomia gerencial e a descentralização e ampliar a eficácia e efetividade das ações. Além disso, permitem que os governos se concentrem na execução das suas funções exclusivas (ESCOVAL; RIBEIRO; MATOS, 2010). Porém, a contratualização não deve ser considerada uma solução unânime para os problemas do sistema de saúde. Para que seja efetiva, é necessário que o contratante conheça as demandas, saiba como avaliar as ações desenvolvidas e conheça os indicadores que serão empregados (AZEVEDO, 2009).

É importante, ainda, que a pactuação de metas e indicadores e o estabelecimento de formas de monitoramento ocorram de forma conjunta. Tanto o contratante como o contratado devem conhecer as necessidades em saúde da população, os objetivos da instituição, os recursos e as dificuldades existentes, de forma a pactuar metas visando resultados que ampliem a qualidade dos serviços (COSTA E SILVA; ESCOVAL; HORTALE, 2014).

É desejável, portanto, que a pactuação seja bilateral, trazendo todos os envolvidos ao processo decisório. Assim, ambos assumem responsabilidades. O contratante, assegurando os recursos e o controle de resultados, por meio de sistemas de informação eficazes; e o contratado, organizando a atenção à saúde e buscando o alcance das metas. Para tanto, é necessário que este último tenha autonomia. Além disso, é essencial um planejamento compartilhado entre gestores e profissionais. O protagonismo dos atores, aliado ao desenvolvimento de novos conhecimentos, sistemas administrativos e arranjos de governança propiciam o êxito da contratualização (COSTA E SILVA; ESCOVAL; HORTALE, 2014).

Neste sentido, outra vertente para análise do tema da contratualização envolve o conceito de cogestão, amplamente abordado por Campos (2015). O autor parte do pressuposto de que todo o Coletivo Organizado para a Produção apresenta duas funções: de produzir bens ou serviços de interesse social (valores de uso); e garantir a sobrevivência da organização e dos agentes que dela fazem parte. No entanto, conciliar esses dois papéis é uma tarefa difícil, já que há diferentes interesses. Seria necessário, portanto, acordar compromissos e contratos entre os distintos atores, mesclando o atendimento às necessidades dos usuários, a sobrevivência da organização e dos agentes que a compõe.

Faz-se necessário, portanto, a construção coletiva dos objetivos de uma instituição, de forma que estes não sejam impostos por alguma autoridade, mas sim balanceados para atender as necessidades dos usuários e dos agentes. Posteriormente, esses objetivos seriam utilizados como forma de estímulo e estabelecimento de limites. No setor público, o estabelecimento da cogestão implica em reduzir o poder do governo e dos dirigentes, aumentando o dos trabalhadores e usuários. Haveria, portanto, uma redistribuição mais igualitária do poder. Entretanto, não elimina os contra poderes, uma vez que estes são fundamentais para o estabelecimento de compromisso e de contratos entre a autonomia e o controle (CAMPOS, 2015). O autor defende, portanto, que:

A democracia institucional depende da instituição de sistemas de cogestão, da construção de espaços coletivos em que a análise de informações e a tomada de decisão ocorram de fato. Incluir a sociedade civil na gestão do Estado e das Instituições, as Equipes de trabalho na gestão de organizações produtoras de bens ou serviços, considerando que adiante de cada núcleo de poder há contrapoderes com os

quais há de se relacionar em esquemas de luta e negociação, objetivando a construção de compromissos e de contratos (CAMPOS, 2015, p. 232).

Deve haver, portanto, a construção de espaços coletivos e de colegiados gestores, em que se apliquem a participação e a cogestão, reunindo representantes de servidores e gestores, a fim de formular e analisar propostas oriundas dos diferentes atores envolvidos. Assim será assegurado o compartilhamento do poder; a “coanálise”, a “codecisão” e a “coavaliação” de metas e propostas (SANTOS FILHO; FIGUEIREDO, 2009).

Neste sentido, os contratos internos de gestão representam um importante instrumento, na medida em que estimulam a corresponsabilização, promovem a reorganização do processo de trabalho e fortalecem a gestão compartilhada e participativa (BRASIL, 2009). São, portanto, instrumentos de negociação entre as partes envolvidas; de diálogo, interação e interlocução; de estabelecimento de compromissos e da corresponsabilidade pelas metas pactuadas em conjunto (SANTOS FILHO; FIGUEIREDO, 2009). Desta forma, a cogestão no âmbito da saúde pode ser compreendida como a transição de uma gestão focada na organização da realização de tarefas e as suas distribuições entre a equipe, para uma articulação em rede das ações e serviços de saúde (GUIZARDI; CAVALCANTI, 2010).

Um importante dispositivo dos contratos de gestão se refere à existência de sistemas de incentivos. Há duas principais formas de incentivo: o institucional, que consiste na concessão de recursos para a Unidade de Saúde realizar melhorias nas condições de trabalho das equipes, por meio de cursos de capacitação dos profissionais, melhorias dos espaços físicos e compra de equipamentos; e o individual, em que o pagamento dos profissionais apresenta uma parte fixa e outra variável, sendo que esta é concedida quando as metas são atingidas pelo profissional ou pela equipe (COSTA E SILVA; ESCOVAL; HORTALE, 2014). O pagamento por desempenho (*pay for performance – P4P*) pode ocorrer de formas variadas, como aquele feito de acordo com a realização de certos procedimentos ou ainda indicadores referentes às condições de saúde de grupos específicos (POLI NETO et al., 2016).

A implantação dos incentivos financeiros propicia a disseminação das metas pactuadas, o preenchimento adequado do sistema de informação, o monitoramento das ações desenvolvidas e a busca por estratégias para atingir os objetivos estabelecidos (COSTA E SILVA; ESCOVAL; HORTALE, 2014). Trata-se, portanto, de um instrumento útil para motivar os profissionais, que pode estimular o desenvolvimento de atividades que somente o vínculo trabalhista não conseguiria atingir (POLI NETO et al., 2016). Entretanto, sua aplicação deve ser realizada de forma cautelosa, com planejamento prévio, estabelecendo o agente-alvo do sistema, as metas a serem atingidas, a forma de mensuração dos resultados, a

forma de monitoramento e avaliação, a modalidade de recompensa, e os fatores institucionais que podem influenciar nos resultados obtidos (BARRETO, 2015).

O pagamento por desempenho pode gerar também efeitos indesejáveis, como: comportamentos não intencionais; distorções, ignorando tarefas importantes não recompensadas; fraudes nos relatórios ao invés de mudanças na prática; corrupção, com roubo dos incentivos; seleção de casos de pacientes que permitam atingir as metas mais rapidamente; e aumento do *gap* entre ricos e pobres; dependência dos incentivos financeiros, de modo que os comportamentos desejados podem ser abandonados caso os benefícios sejam findados; desmoralização; burocracia, com elevados custos administrativos; e diluição da motivação intrínseca dos profissionais (OXMAN; FRETHEIM, 2009).

Os países membros da Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) têm adotado o pagamento por desempenho desde a década de 1980. Dentre os países que implantaram a estratégia podem ser citados: Canadá, Dinamarca, Holanda, Nova Zelândia, Espanha, Suécia, Reino Unido, Estados Unidos, Austrália, Finlândia, Irlanda, Itália, Alemanha, Coreia, Suíça e França. Em 2005, a OCDE realizou uma análise das principais experiências, indicando as principais lições aprendidas: o design deve considerar os aspectos culturais do país e da organização; esquemas focados em equipes oferecem efeitos mais positivos do que os individuais; o sucesso do sistema de incentivo depende mais da qualidade do processo avaliativo do que do nível de pagamento; os problemas de implementação devem ser antecipados; deve haver a gestão dos recursos humanos; não se devem superestimar os impactos da avaliação por desempenho na motivação dos profissionais; deve prevalecer a confiança nas relações de trabalho, com diálogo e troca de informações; e a avaliação deve ser empregada como estímulo para uma mudança mais ampla de organização (OCDE, 2005).

Atualmente revendo as experiências em curso, constata-se a configuração organizacional de cinco modelos de contratualização no âmbito da Atenção Primária: 1) Aquele firmado entre uma Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e Unidades de Saúde pertencentes à administração direta; 2) Entre uma SMS e uma Organização Social de Saúde (OSS); 3) Entre uma Fundação Estatal de Saúde da Família (FESF-SUS) e os municípios e equipes; 4) Entre o Ministério da Saúde, municípios e equipes por meio do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) (COSTA E SILVA; ESCOVAL; HORTALE, 2014); e 5) destaca-se uma recente, entre uma Fundação pública de direito privado com personalidade jurídica de direito privado e as Unidades de Saúde da Estratégia Saúde da Família (QUADRO 1).

QUADRO 1 - MODELOS DE CONTRATUALIZAÇÃO NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO BRASIL

Contrato de gestão	Local	Ano de implantação	Modalidade	Sistema de Incentivo	Participação no processo de pactuação
Entre uma SMS e Unidades de Saúde da administração direta	Curitiba	2002	Contrato endógeno	IDQ (representando 20 a 50% sobre o salário-base)	Pactuações ascendentes de responsabilidades entre todos, incluindo representantes dos usuários do Conselho de Saúde.
Entre uma SMS e uma OSS	Rio de Janeiro	2010	Contrato exógeno	-Institucional à gestão: 2% do valor anual contratado; -Institucional às Unidades de Saúde: variável (R\$3.000,00 por equipe); - Incentivo financeiro aos profissionais de saúde: até 10% do salário base.	Indicadores são definidos pela SMS. Algumas metas são pactuadas conforme as condições locais.
Entre uma FESF-SUS pertencente à administração indireta e os municípios	Bahia	2009	Contrato exógeno	-Monitoramento da produção e da qualidade: até 20% do salário base; -Prêmio semestral com base no Contrato de Gestão do Cuidado; -Adicional por permanência de até dois anos na mesma equipe; -Adicional para fixação dentro do mesmo município; -Adicional conforme faixas relacionadas a fator de atração e fixação; -Gratificação por Educação Permanente.	Entre o diretor geral da FESF e o secretário municipal. No Contrato de gestão do Cuidado, gestores e profissionais pactuam as metas.
Entre municípios e o governo federal no âmbito do PMAQ-AB	Brasil	2011	Contrato endógeno	-Desempenho regular: 20% (R\$1300,00) do valor do Componente de Qualidade do Piso da Atenção Básica Variável (PAB Variável); -Desempenho bom: 60% (R\$3.900,00); -Desempenho ótimo: 100% (R\$6.500,00)	Pactuação entre equipes de atenção básica e gestores municipais, que devem anteceder a formalização de adesão dos municípios com o Ministério da Saúde.
Entre Fundação pública de direito privado e as Unidades de Saúde da ESF	Porto Alegre	2011	Contrato endógeno	Incentivo por Desempenho da Estratégia de Saúde da Família: Até 10% do salário-base.	A SMS define as metas.

FONTE: A autora (2016).

Os Contratos entre uma SMS e OSS foram implementados em grande escala nas cidades do Rio de Janeiro e São Paulo. No modelo das OSS, instituído pela Lei n.º 9637 de 15 de maio de 1998, o Estado outorga um serviço de relevância pública para que uma organização de direito privado sem fins lucrativos exerça algumas funções do Estado (BORGES et al., 2012). No Rio de Janeiro, cinco OSS assinaram Contrato de Gestão com a SMS no âmbito da ESF. Nota-se que há um amplo controle e normatização das OSS pela SMS, que acompanha a produtividade, as atividades desenvolvidas e os indicadores atingidos. Ela normatiza a aquisição de insumos, a contratação e demissão dos profissionais. Os indicadores são pré-definidos pela SMS, sendo que algumas metas são estabelecidas de acordo com as características do local em questão. Seu monitoramento ocorre trimestralmente (COSTA E SILVA; ESCOVAL; HORTALE, 2014).

Paralelamente ao Contrato de Gestão, há também um sistema de incentivo, o qual apresenta três componentes: o institucional à gestão, o qual visa aprimorar as práticas da gestão, correspondendo a 2% do valor anual contratado; o institucional às Unidades de Saúde, o qual varia em função do número de equipes existentes, sendo estipulado um valor de R\$3.000,00 por equipe; e o incentivo financeiro aos profissionais de saúde, o qual corresponde a até 10% do salário base de cada membro da equipe (COSTA E SILVA, 2014).

Em São Paulo, a Lei Municipal nº 14.132 de 24 de janeiro de 2006 possibilitou que serviços de saúde municipais inclusive da APS fossem geridos por Organizações Sociais. Nos dois anos seguintes houve rápido aumento da contratação das OSS, tanto em Unidades da ESF como em centros de saúde, com o estabelecimento de contratos. Em 2014, havia 452 Unidades Básicas de Saúde municipais, sendo que destas 62% eram administradas por uma das 11 OSS existentes na cidade. Neste ano, em virtude das dificuldades constatadas no controle dos contratos firmados, a SMS anunciou que implementaria mudanças a fim de assegurar maior transparência e eficiência aos contratos, tais como: gestão e regulação vinculadas à SMS, estabelecimento de apenas uma OSS por território e a seleção pública de servidores (CASTRO, 2015).

A FESF-SUS consiste em uma Fundação Pública de Direito Privado, pertencente à administração indireta, a qual foi instituída em 2009 em 69 municípios do estado da Bahia para gerir a Estratégia Saúde da Família (CAVALCANTE FILHO; FRANCO, 2016). Essa Fundação é considerada intermunicipal, e tem o propósito de desenvolver ações e serviços em um arranjo interfederativo de Gestão Compartilhada, propiciando a criação de uma rede de serviços (FESF-SUS, 2010). Os serviços pactuados entre a FESF e o município incluem as

ações e serviços de saúde da atenção básica, a educação permanente dos profissionais; a qualificação da gestão e a aquisição de materiais (ANDRADE, 2009).

A contratualização no âmbito da FESF-SUS relaciona-se ao município e aos trabalhadores de saúde. No primeiro caso, são definidos os serviços a serem contratados, os meios de qualificação da atenção e da gestão, a forma de monitoramento de resultados e os valores para financiamento. A pactuação deste Contrato de Gestão envolve a elaboração do Plano de Desenvolvimento da Gestão e do Cuidado em Saúde (PD) em âmbito municipal; e do Plano de Ações e Resultados em Saúde (PARES), elaborado para cada área territorial contratualizada, o qual conta com a participação da Equipe da ESF, de representantes da gestão municipal e do Conselho Local ou Municipal de Saúde, com a finalidade de que gestor, profissional e usuário participem da negociação das metas. No segundo caso, são pactuadas as estratégias, as necessidades para desenvolvimento do profissional e da equipe e para a qualificação dos serviços, bem como as metas a serem atingidas. Este contrato é elaborado a partir do PARES e recebe o nome de Contrato de Gestão do Cuidado. Essa pactuação fundamenta a progressão na carreira e a remuneração variável (FESF-SUS, 2010).

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) foi implantado por meio da Portaria GM/MS nº 1.654 de 19 de julho de 2011. O Programa apresenta como principal objetivo a indução da ampliação do acesso e da melhoria da qualidade da Atenção Básica, com garantias de padrões de qualidade nacional, regional e locais comparáveis, propiciando maior transparência e efetividade das ações governamentais. Visa gerar melhorias também nas instalações físicas das Unidades, no planejamento e organização dos serviços (BRASIL, 2012; NEY; PIERANTONI; LAPÃO, 2015). O PMAQ-AB encontra-se organizado em quatro fases, quais sejam, adesão e contratualização, desenvolvimento, avaliação externa e recontratualização (BRASIL, 2012b). A fim de estimular a adesão, o Ministério da Saúde empregou a estratégia da indução financeira, realizando repasses de recursos às equipes de acordo com o seu desempenho (LIMA et al., 2016).

Segundo Macinko, Harris e Rocha (2017), o PMAQ difere de outras experiências internacionais, pelo fato de a verba não ser direcionada diretamente à equipe de saúde, mas sim ao município, que deverá investi-lo em melhores condições de trabalho para estes profissionais; de a adesão ao Programa ser voluntária; de alguns indicadores de desfecho clínico não terem sido contemplados; e de caber ao município decidir se irão investir nas equipes que estão apresentando os melhores ou os piores resultados.

Em se tratando dos contratos entre Fundação pública de direito privado e as Unidades de Saúde da Estratégia Saúde da Família, pode ser citado o caso de Porto Alegre-RS, em que foi estabelecido o Instituto Municipal de Estratégia Saúde da Família (IMESF). Trata-se de uma entidade jurídica sem fins lucrativos, com atuação exclusiva na ESF, desenvolvendo ações de promoção, proteção e prevenção; bem como atividades de ensino e pesquisa que propiciem o aperfeiçoamento da Estratégia. O IMESF é vinculado à SMS, sendo por ela supervisionado (PORTO ALEGRE, 2011).

O IMESF pode firmar contratos de gestão com o Poder Público, “[...] tendo por objeto a contratação de serviços no âmbito específico da Estratégia de Saúde da Família e a fixação de metas de desempenho para a Entidade” (PORTO ALEGRE, 2011). Tais contratos devem respeitar os dispositivos constitucionais do SUS e as portarias do Ministério da Saúde, sendo necessário que sejam avaliados pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS). Esta Fundação instituiu um sistema de remuneração misto, contemplando um piso salarial e um Incentivo por Desempenho da Estratégia Saúde da Família, atingindo até 10% do salário base (PORTO ALEGRE, 2011).

O contrato interno de gestão firmado entre a SMS de Curitiba-PR e as Unidades de Saúde da APS, enfoque deste estudo, será descrito na próxima seção deste capítulo.

3.4 A EXPERIÊNCIA DA CONTRATUALIZAÇÃO NA APS NO MUNICÍPIO DE CURITIBA-PR

O município de Curitiba-PR adota um modelo de saúde regionalizado e hierarquizado, com ações integradas e coordenadas, com características de APS, desde a década de 1980. Entre 1986 a 1988 houve uma grande expansão dos serviços, contando com 53 Centros de Saúde e 29 clínicas odontológicas. Em 1991, a cidade aderiu ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), sendo que em 1992 implantou a primeira equipe de saúde da família. Tal experiência só foi reconhecida posteriormente, em 1994, ano em que o Ministério da Saúde lançou o Programa Saúde da Família (PSF). Em 1996, o município aderiu oficialmente ao PSF. Desde 1998 o município assumiu a gestão plena do sistema de saúde (SILVEIRA FILHO; MARTY; FAORO, 2013).

Atualmente, Curitiba conta com uma rede de atenção consolidada para atender a uma população de 1.848.943 habitantes. Para tanto, dispõe de 141 equipamentos próprios, entre eles: 109 Unidades de Saúde, sendo 42 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 65 UBS com Estratégia Saúde da Família e 2 UBS com especialidades; 12 Centros de Atenção Psicossocial

(CAPS), 5 Unidades especializadas médicas, 2 Centros de Especialidades Odontológicas, 2 Hospitais, um Laboratório de Análises Clínicas e uma Central de Vacinas. Há ainda 6 Residências Terapêuticas, 1 Centro de Zoonoses e contratos de prestação de serviços com clínicas especializadas, hospitais e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico. Estes equipamentos encontram-se distribuídas em dez distritos: Santa Felicidade, Boa Vista, Boqueirão, Cajuru, Portão, Matriz, Pinheirinho, Bairro Novo, Cidade Industrial de Curitiba e Tatuquara (CURITIBA, 2015). Em 2016 a cobertura de Saúde da Família era de 43,32% (BRASIL, 2016).

Com a descentralização e municipalização dos serviços de saúde, a SMS de Curitiba assumiu a função de gestora na Atenção à Saúde. Desde então presta seus serviços diretamente à comunidade, gerenciando sua rede, os serviços de apoio e a rede contratada (MARTY, 2009). A fim de qualificar a APS, ampliar a participação e a responsabilidade recíproca entre gestores, profissionais e comunidade, a SMS implantou o Contrato Interno de Gestão, o qual foi denominado Termo de Compromisso de Gestão (TERCOM) (AZEVEDO, 2009). Sua elaboração se deu em 2002, a partir da realização de consultorias e oficinas com profissionais e gestores, nas quais foram estabelecidos os indicadores e metas para monitoramento que iriam compor o Plano Operativo Anual (POA), anexo ao TERCOM. A princípio foram identificados 250 indicadores, o que não permitiria a viabilização do processo. Para solucionar o impasse, os indicadores foram classificados como indispensáveis, necessários e desejáveis, sendo selecionados aqueles considerados indispensáveis e que tivessem fonte informatizada, facilitando seu monitoramento. Além disso, houve a elaboração do Termo de Compromisso para os níveis distrital e local (MARTY, 2009).

Em 2003 esses instrumentos foram implantados, dando início ao processo de contratualização entre a SMS e os Distritos Sanitários e entre estes e as Unidades de Saúde (WORLD BANK, 2006). O TERCOM é firmado entre as equipes de saúde, as autoridades sanitárias locais, os gestores distritais e municipais, havendo, ao longo do processo, a participação de representantes dos usuários dos Conselhos Locais de Saúde (AZEVEDO, 2009). Anualmente ocorre a assinatura do Termo de Compromissos, bem como a reavaliação e pactuação das metas do POA (MARTY, 2009).

Este contrato baseia-se nas metas estabelecidas em alguns meios de planejamento, como o Plano Municipal de Saúde, a Programação Anual de Saúde, a Programação Pactuada Integrada, o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família, o Pacto pela Saúde, o Planejamento Local, entre outros. No processo de pactuação são consideradas, ainda, as

variáveis locais, como os recursos humanos e de infraestrutura, características territoriais e séries históricas de indicadores de saúde (AZEVEDO, 2009; MARTY, 2017).

Uma vez definidos, os indicadores e metas pactuados são descritos no POA, o qual é diferente para cada nível institucional, sendo que, quanto mais próximo do nível local maior é a “desagregação da informação”. Dessa forma, os servidores podem pactuar suas metas com base na realidade local (MARTY, 2009, 2017). O POA, em 2009, apresentava 74 indicadores no âmbito das Unidades de Saúde; e 64 no âmbito do Distrito Sanitário. Seu monitoramento ocorre trimestralmente, a fim de acompanhar as ações e seus resultados (AZEVEDO, 2009).

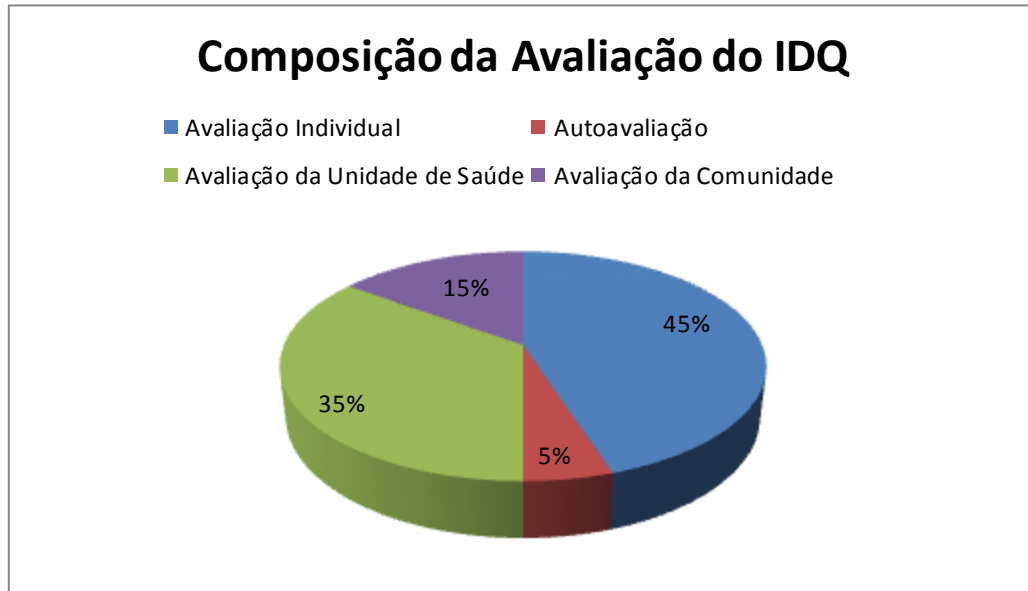
A SMS de Curitiba adotou a política de remuneração variável como forma de motivação dos profissionais de saúde para ampliar a qualidade dos serviços. Desde a implantação da ESF, todas as Unidades que aderiram à Estratégia podem receber um bônus financiado pelo governo federal. Esse bônus tem funcionado mais para atrair profissionais para as Unidades ESF, do que para estimular seu desempenho. O primeiro sistema de incentivo introduzido de forma independente pela SMS foi o Incentivo ao Desenvolvimento Gerencial (IDG), em 1994, com a finalidade de incentivar os profissionais a trabalharem em áreas perigosas e menos acessíveis. Desta forma, as Unidades foram classificadas em três categorias, de acordo com os níveis de dificuldades enfrentados. Este sistema era controverso e gerou disputas entre as Unidades, de forma que foi abandonado (WORLD BANK, 2006).

Em 1995 foi lançado outro esquema de incentivo, o Programa de Incentivo à Qualidade (PIQ). Este Programa estabeleceu um bônus para todas as Unidades da SMS, com exceção das Unidades PSF, com base no desempenho, conforme uma pequena lista de indicadores. Aqueles que conseguiam atingi-los ganhavam uma bonificação. Este esquema também gerou conflitos, como a rivalidade e competitividade entre as equipes. Além disso, a uniformidade no recebimento da gratificação, mesmo por aqueles que não tinham um bom desempenho, gerou grande insatisfação. Por esses motivos, o PIQ foi encerrado em 1997 (WORLD BANK, 2006; FAORO, 2016; POLI NETO et al., 2016).

Posteriormente, em conjunto com o TERCOM, um novo sistema de incentivo financeiro foi lançado, o Incentivo ao Desenvolvimento da Qualidade (IDQ), o qual permaneceu em vigor até o início de 2015. Dos 74 indicadores que compõem o POA, 13 faziam parte do IDQ, sendo que as gratificações recebidas pelos funcionários que apresentavam bom desempenho variavam de 20 a 50% sobre o seu salário-base (DUCCI, 2007). O IDQ era avaliado trimestralmente por uma equipe de gestão de recursos humanos da SMS de Curitiba, por meio de quatro planilhas: avaliação individual do profissional da saúde, autoavaliação, avaliação da unidade de saúde e avaliação da comunidade (WORLD BANK,

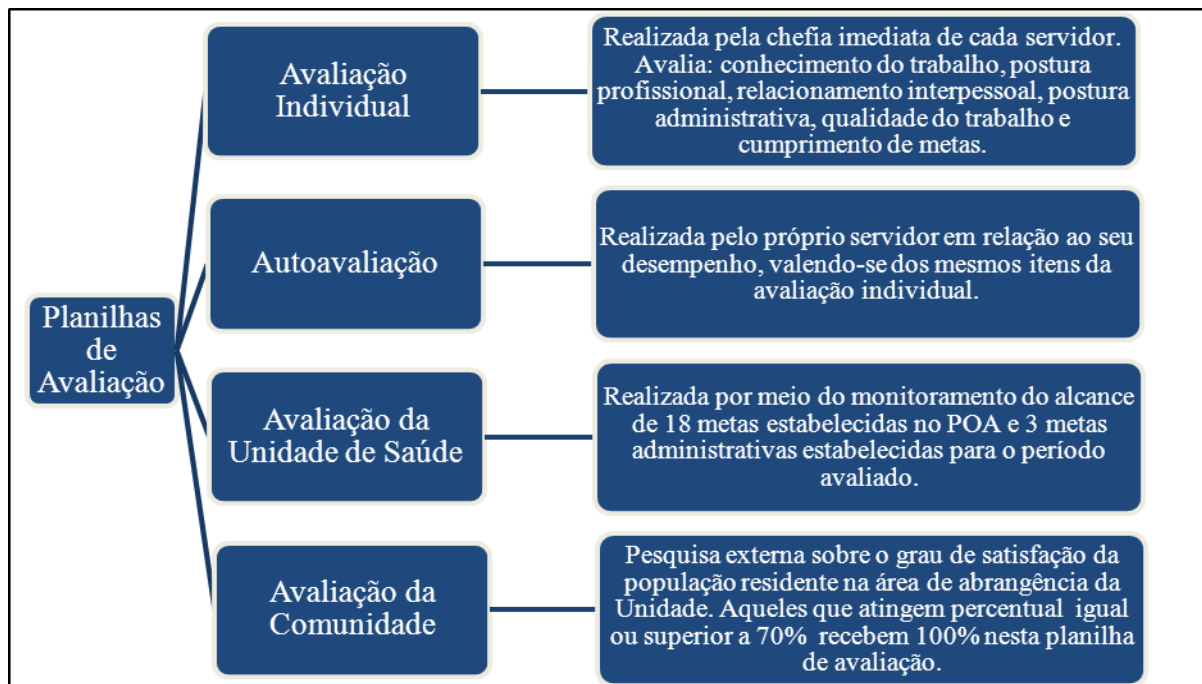
2006; DITTERICH; MOYSÉS, 2012). Na FIGURA 3 é possível observar os pesos de cada avaliação e na FIGURA 4, a descrição de cada planilha.

FIGURA 3: SISTEMA DE AVALIAÇÃO DO IDQ



FONTE: Adaptado de Curitiba (2005)

FIGURA 4: DESCRIÇÃO DAS PLANILHAS DE AVALIAÇÃO



FONTE: Adaptado de Azevedo, Faoro, Xavier (2013).

Ao final das avaliações era gerado um relatório com as notas. O resultado era então validado por uma comissão de monitoramento. Em seguida, era realizada uma devolutiva aos servidores, tendo direito à remuneração variável, os servidores com pontuação igual ou superior a 80 pontos na avaliação individual e na composição do resultado final. Há ainda fatores administrativos excludentes, que incluem faltas, penalidades e atrasos (AZEVEDO; FAORO; XAVIER, 2013).

O IDQ vigorou até o início de 2015, ano em que foi assinado o Decreto nº 298, o qual instituiu Gratificações Especiais de Dificil Provimento, de IDQ Residual e revogou o IDQ na SMS de Curitiba. O IDQ residual corresponde ao valor fixo e nominal da diferença percebida na comparação de valores recebidos individualmente pelo servidor, nos meses de Novembro e Dezembro de 2014. Esta gratificação será mantida até a instituição de um novo Programa de Remuneração Variável da SMS (CURITIBA, 2015a). Na mesma data foi publicado o Decreto nº 299, que criou uma gratificação especial em substituição ao IDQ para as funções de gestão (CURITIBA, 2015b). Em 2015 foram deflagradas greves pelos profissionais de saúde da SMS de Curitiba devido ao não pagamento de acordos salariais e do IDQ residual (SCORTECCI, 2015).

Como forma de reestruturação do IDQ foi proposto o Qualifica SUS, o qual foi apresentado e discutido em 2014. Na Minuta do Decreto, propôs-se que a nova gratificação corresponderia a 10% do vencimento básico de cada servidor. A avaliação seria trimestral e o pagamento mensal. A avaliação seria composta de quatro itens: características individuais do servidor, com peso 2 na composição do resultado final; ambiência organizacional, com peso 1; a avaliação dos serviços ofertados, com peso 4; e a satisfação do usuário, com peso 3 (CURITIBA, 2014). Até o presente momento não houve a implantação do Qualifica SUS.

Estudos analisando a percepção dos gestores locais e profissionais de saúde sobre o TERCOM e o POA, evidenciaram que estes representam importantes instrumentos para a organização do processo de trabalho, a identificação e solução de problemas, o esclarecimento de objetivos, o estabelecimento de prioridades, a avaliação, monitoramento, planejamento e tomada de decisões pelos gestores e equipes (AZEVEDO, 2009; WORLD BANK, 2006; DITTERICH et al., 2015). Entretanto, foram observadas dificuldades no processo de pactuação, uma vez que se constatou a imposição de metas.

O IDQ foi considerado um importante aliado na busca da motivação e comprometimento dos profissionais de saúde com a inovação do processo de trabalho, o alcance de metas e a qualidade dos serviços de saúde. Contudo, evidenciaram-se limitações quanto aos processos de avaliação individual realizada pelas respectivas chefias, e a avaliação

da comunidade atendida pelas equipes de saúde (DITTERICH, 2011). Percebe-se, portanto, que embora estes instrumentos tenham trazido uma série de melhorias, há ainda lacunas importantes para a efetivação plena de seus propósitos. Tal fato explicita a importância da análise de seus efeitos, potencialidades e limitações no atual momento, uma vez que a pesquisa com dados mais recentes data de 2009.

4 METODOLOGIA

A presente pesquisa está ligada a um projeto mais amplo financiado pela Chamada de Projetos 04/2013 - Programa Pesquisa para o Sistema Único de Saúde: Gestão Compartilhada em Saúde - PPSUS Edição 2012 (Fundação Araucária-PR / SESA-PR / MS-Decit/ CNPq) e intitulado “A contratualização e o uso de incentivos profissionais como ferramentas de gestão do processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde”. Este projeto apresenta quatro etapas: 1. Pesquisa documental realizada na SMS de Curitiba-PR; 2. Identificação, coleta e processamento de dados relativos a indicadores de saúde e metas pactuadas/alcançadas; 3. Aplicação do mesmo questionário, com enfoque quantitativo, já validado em pesquisa realizada pelo Banco Mundial em 2005 para avaliar a contratualização e uso de incentivos profissionais na gestão da APS; e 4. Etapa qualitativa, com a realização de entrevistas com alguns profissionais da saúde atuantes na APS que responderam ao questionário da terceira etapa. Esta pesquisa abrange a primeira e a quarta etapa deste Projeto.

Este estudo foi desenvolvido com base no marco teórico que abordou tópicos como a Reforma da Administração Pública, os Contratos de Gestão, a Teoria de Agência e a Contratualização no âmbito da Saúde e da APS. Uma segunda fase proposta foi a pesquisa documental, a partir de arquivos públicos encontrados em meio digital que denotaram a forma como ocorreu o processo de formulação e implementação dos contratos de gestão na saúde em Curitiba-PR. Por último, realizou-se um estudo de caso, por meio de pesquisa de campo com abordagem qualitativa, em que foram realizadas entrevistas com roteiros semiestruturados com gestores locais e profissionais de saúde (médicos, cirurgiões-dentistas e enfermeiros) atuantes na APS em Curitiba-PR. Desta forma, foram empregadas fontes primárias e secundárias.

A pesquisa qualitativa visa obter dados descritivos sobre pessoas e processos interativos, por meio do contato direto entre o pesquisador e a situação analisada. Tem o propósito de entender os fenômenos com base na perspectiva dos sujeitos, analisando o mundo empírico em seu ambiente natural (GODOY, 1995). Apresenta, portanto, como matéria-prima, a experiência, a vivência, o senso comum e a ação, sendo necessário compreender, interpretar e dialetizar (MINAYO, 2012). Esta abordagem se afirma no campo da subjetividade e do simbolismo. Verifica-se, dessa forma, uma aproximação entre sujeito e objeto, buscando compreender os motivos dos atores, os quais fazem com que as ações, as estruturas e as relações sejam significativas (MINAYO; SANCHES, 1993).

Godoy (1995) destaca que o enfoque qualitativo tem sido o mais indicado quando se trabalha com problemas pouco estudados, constituindo uma pesquisa de caráter exploratório; quando o estudo possui cunho descritivo, buscando-se a compreensão do fenômeno em sua totalidade; e quando o objetivo é a compreensão da rede de relações sociais e culturais existente. Já Minayo e Sanches (1993) consideram este método adequado para o aprofundamento na complexidade de fenômenos específicos de grupos delimitados em extensão, os quais podem ser abrangidos de forma intensa.

A abordagem qualitativa pode ser empregada de forma preliminar à quantitativa, como por exemplo, para descobrir as palavras mais frequentes que poderão compor um questionário de pesquisa subsequente; pode ser utilizada, para validar os resultados obtidos em uma pesquisa quantitativa ou ofertar uma perspectiva diferente sobre um determinado fenômeno; ou ainda, de forma independente, para desvelar processos sociais que não estariam acessíveis à pesquisa quantitativa (POPE; MAYS, 2006).

Nota-se, portanto, que os estudos quantitativos podem gerar questões para ser aprofundadas qualitativamente e que a recíproca também é verdadeira. Em cada caso particular, o uso de uma ou de outra abordagem será mais indicado, sendo que ambas podem ser usadas de modo complementar (MINAYO; SANCHES, 1993). É essa perspectiva de complementaridade que ensejou o desenvolvimento desta pesquisa, a qual visou aprofundar o conhecimento obtido em sua etapa quantitativa (3ª fase). Essa abordagem é de grande valia para o reconhecimento dos avanços, dificuldades e desafios que têm ocorrido na prática em relação à contratualização e ao uso de incentivos financeiros.

A pesquisa qualitativa dispõe de uma grande variedade de técnicas de coleta de dados, sendo que as entrevistas são amplamente empregadas (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005b). Esta técnica possibilita a compreensão de significados, valores, opiniões e da realidade social em profundidade, por meio do diálogo amplo e aberto (FRASER; GONDIM, 2004).

Na abordagem qualitativa, busca-se não apenas conhecer as opiniões das pessoas sobre um dado tema, mas também compreender as suas motivações, os significados e os valores que sustentam tais opiniões. Tal finalidade é mais facilmente atingida quando o pesquisador assume um papel menos diretivo, e favorece o diálogo mais aberto (FRASER; GONDIM, 2004). A formulação do roteiro de perguntas é um processo de grande importância para o sucesso da pesquisa. Lefèvre e Lefèvre (2005b) consideram como pergunta ideal, aquela que incita o entrevistado a elaborar um discurso; que responde com exatidão àquilo que o pesquisador está investigando; que permite que o entrevistado responda o que realmente pensa e não o que o entrevistador quer ouvir; e que seja compreensível.

Na presente pesquisa, a elaboração do roteiro semiestruturado (APÊNDICE A) se deu com base em informações prévias, obtidas por meio de revisão de literatura e por meio dos dados da pesquisa quantitativa (3ª etapa). As entrevistas foram gravadas e realizadas somente pela pesquisadora que não apresentava vínculo com a SMS, a qual entrou em contato telefônico com as Unidades Municipais de Saúde (UMS) com antecedência de uma semana para agenda-las.

Quanto à escolha dos sujeitos para participação da pesquisa, Lefèvre e Lefèvre (2012), apresentam três situações distintas: na primeira, há um universo restrito, em que é possível conhecer todos os elementos que o compõem. Neste caso, o pesquisador pode escolher todos os indivíduos que serão entrevistados; na segunda, o pesquisador conhece todos ou quase todos, mas como é um campo extenso, ele pode proceder a uma escolha intencional; na terceira, há um universo muito extenso e o pesquisador desconhece ou conhece superficialmente os sujeitos a serem pesquisados. Nessas circunstâncias, deve-se escolher uma amostra representativa da população a ser estudada.

Nesta pesquisa, os profissionais de ensino superior da saúde foram selecionados de forma intencional entre aqueles que responderam à terceira etapa da pesquisa (fase quantitativa), priorizando aqueles que se mostravam dispostos a participar do estudo e que não estavam em período de férias ou atestado. Na etapa quantitativa, foram entregues questionários estruturados para os servidores municipais da saúde em 34 Unidades de Saúde do município de Curitiba, distribuídas em cinco Distritos Sanitários (Matriz, Boa Vista, Portão, Cajuru e Boqueirão). Ao responder aos questionários, eles assinaram também um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO A), no qual se disponibilizaram a participar tanto da etapa quantitativa, quanto da etapa qualitativa, posteriormente.

Foi considerado como critério único de inclusão para participação da pesquisa, ter ingressado na SMS como profissionais de saúde há no mínimo 1 ano, uma vez que para interpretar e responder aos itens pesquisados os participantes deveriam ter se apropriado do processo de contratualização e avaliação por desempenho, com um tempo mínimo de serviço. Os questionários foram cedidos à Autoridade Sanitária Local (ASL) de cada Unidade de Saúde, sendo esta convidada a participar da pesquisa. A ASL foi também responsável por disponibilizar os questionários aos profissionais de saúde de nível superior atuantes nas respectivas unidades, para o seu preenchimento de forma voluntária, além da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Posteriormente os TCLE e os questionários foram recolhidos em data previamente agendada por um dos pesquisadores

envolvidos. Ao todo 146 servidores responderam ao questionário, sendo 23 ASL e 123 profissionais de saúde da atenção primária, incluindo médicos (32), enfermeiros (45) e cirurgiões-dentistas (46).

Em 2015, por meio do acesso ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), foi verificado se os profissionais que responderam aos questionários ainda estavam atuando nas Unidades de Saúde, sendo construída uma tabela com os nomes dos profissionais, Unidade de Saúde em que atuam e categoria profissional, para então selecionar aqueles que seriam entrevistados na etapa qualitativa desta pesquisa. Alguns profissionais não puderam ser identificados, por falhas no preenchimento das fichas e outros não atuavam mais nas Unidades de Saúde. Assim restaram 17 ASL, 39 enfermeiros, 44 cirurgiões-dentistas e 31 médicos. Os entrevistados foram selecionados entre estes profissionais.

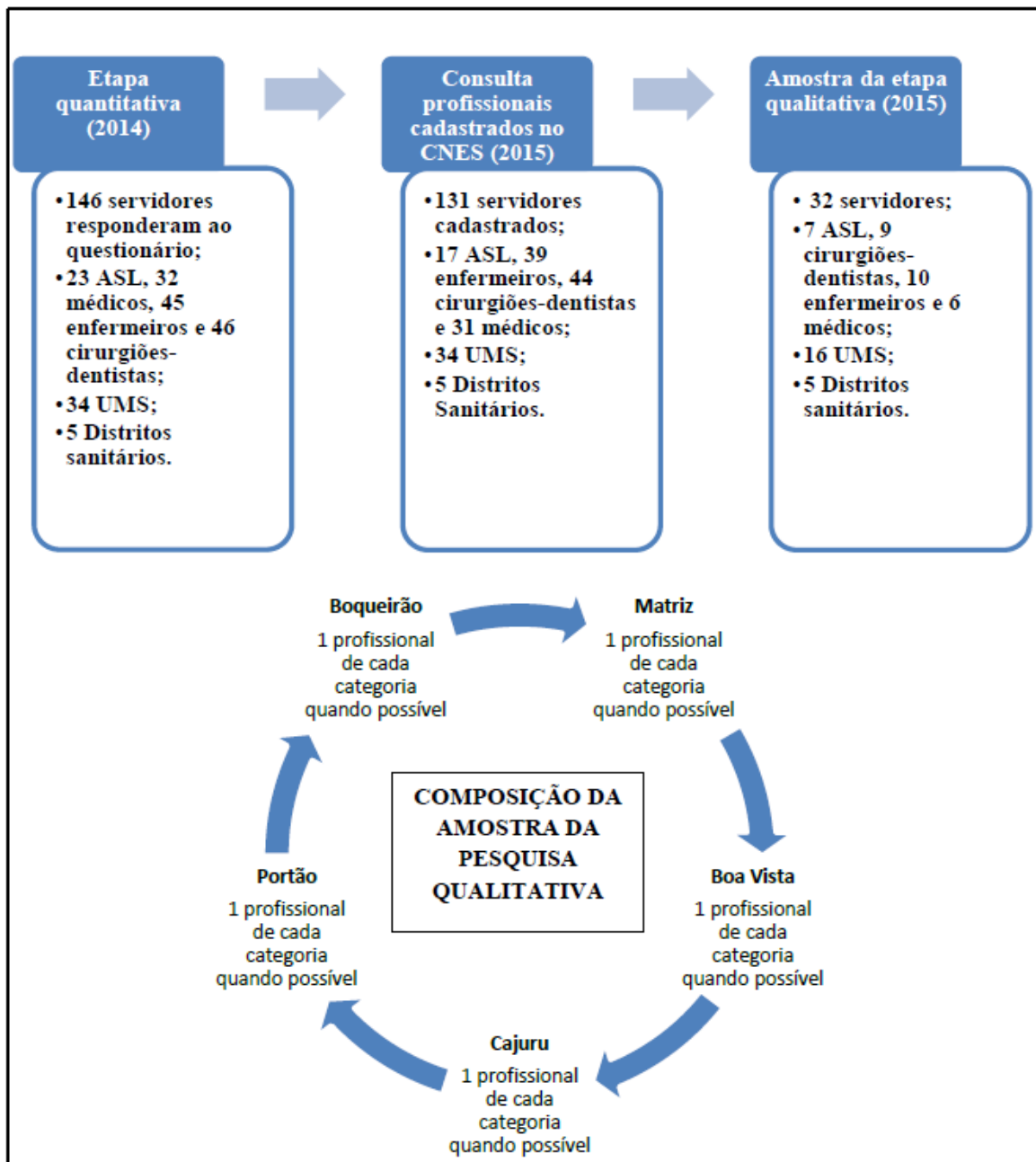
Não foi pré-estabelecido o número de profissionais que integram as UMS de Curitiba-PR que seriam entrevistados na etapa qualitativa, visto que o critério utilizado foi o de se atingir um ponto de saturação. Neste tipo de amostra ocorre a suspensão da inclusão de novos entrevistados a partir do momento em que os dados passam a ser redundantes e repetidos, não acrescentando novas informações ao material já obtido. Isso é feito por meio de um processo contínuo de análise dos dados, desde o início da coleta. Deve-se considerar cada um dos tópicos que se pretende abordar e verificar para cada um deles se ainda estão surgindo dados novos. A constatação da repetição das informações depende da realização de um número de entrevistas após a saturação. Desta forma, ela é definida *a posteriori* (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

Foi necessário determinar alguns critérios para seleção dos entrevistados, a fim de que estes não estivessem concentrados em uma única categoria profissional, em apenas um distrito ou em somente uma UMS. Assim, as entrevistas foram ordenadas, selecionando um entrevistado de cada categoria profissional em cada distrito quando possível, uma vez que nem todos os distritos dispunham das quatro categorias. Ao concluir as entrevistas, voltava-se ao primeiro distrito até atingir o ponto de saturação. Este foi verificado por meio da transcrição das entrevistas e análise das ideias centrais que emergiram, verificando o momento em que nada de novo estava sendo acrescentado. Após este momento ainda foram realizadas algumas entrevistas, a fim de verificar que de fato ele havia sido atingido.

As entrevistas foram realizadas em horários que não interferiram nos atendimentos dos serviços de saúde aos usuários e em locais afastados do fluxo de pacientes e das interferências dos demais profissionais de saúde da UMS, o que garantiu a privacidade de cada participante no relato das questões levantadas pelo entrevistador. Ao todo foram

entrevistados 32 servidores, dentre eles: 7 ASL, 9 cirurgiões-dentistas, 10 enfermeiros e 6 médicos, distribuídos em 16 UMS dos 5 distritos supramencionados. As entrevistas ocorreram entre outubro de 2015 e abril de 2016, tendo duração mínima de 5 minutos e máxima de 24 minutos. As transcrições foram realizadas pelo próprio pesquisador. O processo de definição da amostra encontra-se descrito de forma sintética na FIGURA 5.

FIGURA 5: PROCESSO DE DEFINIÇÃO DA AMOSTRA DA ETAPA QUALITATIVA DA PESQUISA



FONTE: A autora (2016)

Para análise das respostas dos sujeitos da pesquisa e apresentação dos resultados obtidos, foi utilizada a metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), o qual apresenta como fundamentação a Teoria das Representações Sociais. Estas são descritas por Jodelet como:

[...] modalidades de conhecimento prático orientadas para a comunicação e para a compreensão do contexto social, material e ideativo em que vivemos. São, conseqüentemente, formas de conhecimento que se manifestam como elementos cognitivos — imagens, conceitos, categorias, teorias —, mas que não se reduzem jamais aos componentes cognitivos. Sendo socialmente elaboradas e compartilhadas, contribuem para a construção de uma realidade comum, que possibilita a comunicação (JODELET, 1985 apud SPINK, 1995, p. 300).

Os primeiros traços da Teoria das Representações Sociais despontaram na obra de Moscovici intitulada *La psychanalyse: son image et son public*, publicada na França em 1961. As teorias anteriores a essa obra estabeleciam uma distinção entre os fenômenos individual e coletivo. Na sociologia de Durkheim as representações sociais eram consideradas entidades explicativas absolutas, que envolviam uma ampla e heterogênea variedade de formas de conhecimento e eram muito estáticas. Em Moscovici, as representações sociais deveriam ser consideradas uma modalidade específica de conhecimento que teria a finalidade de elaboração do comportamento e de comunicação entre os indivíduos (SPINK, 1995).

Uma representação pode ser considerada um conjunto de fenômenos perceptivos, imagens, crenças, opiniões e atitudes, sendo que o entrelaçamento destes elementos permite que sejam atribuídos significados aos processos sociais e psicológicos. As representações sociais são, portanto, fenômenos referentes ao processo pelo qual o sentido de um objeto é estruturado pelo sujeito no contexto de suas relações, em um processo de compreensão e transformação da realidade (MOSCOVICI, 2003).

Para Minayo (2004), na medida em que se manifestam em condutas, as representações devem ser analisadas por meio do entendimento das estruturas e comportamentos sociais, sendo que sua medição se dá através da linguagem do senso comum. Ela é, assim, fruto das contradições presentes na rotina das classes sociais e sua expressão evidencia o entendimento delas com seus pares, seus contrários e com as instituições.

Segundo Lefèvre e Lefèvre (2014), as representações sociais, enquanto conhecimentos do senso comum estão presentes nas opiniões, manifestações ou postura de um sujeito em sua vida cotidiana. Consistem, portanto, em sínteses que podem ser reconhecidas pelo senso comum, como “coisas suas”, ou seja, conhecimentos familiares. Uma

das formas de apresentar as representações sociais obtidas a partir de pesquisas empíricas é através do Discurso do Sujeito Coletivo, técnica esta que foi utilizada nesta pesquisa.

Desenvolvido por pesquisadores da Universidade de São Paulo (USP), o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) consiste em uma técnica de organização de dados qualitativos que permite, por meio de procedimentos sistemáticos, agregar depoimentos sem reduzi-los a quantidades (IPDSC, 2007). Lefèvre e Lefèvre a descrevem como:

[...] forma qualitativa de representar o pensamento de uma coletividade, o que se faz agregando, num só discurso-síntese, conteúdos discursivos de sentido semelhante emitidos por pessoas distintas, como respostas a perguntas abertas de questionário. Este discurso reunido é uma forma discursiva empírica de produzir, a partir dos depoimentos individuais semelhantes, o pensamento coletivo. (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005, p.19).

De acordo com Lefèvre e Lefèvre (2003), o DSC presume que os indivíduos inseridos em uma sociedade compartilham ideias, crenças, valores e representações, bem como os seus sentidos, os conteúdos desses sentidos e os argumentos correspondentes. Baseado nestas premissas formulou-se um processo de organização dos depoimentos verbais oriundos de pesquisas sociais, o qual, por meio das figuras metodológicas, permite a construção dos DSCs.

A técnica do DSC subdivide-se em diversos momentos, efetuados por meio de operações realizadas sobre o material coletado. Para que se produzam os DSCs, são necessárias quatro operações: as Expressões-Chaves (E-CH), segmentos do material verbal dos depoimentos individuais que melhor descrevem seu conteúdo; as Ideias Centrais (ICs), nomes ou expressões sintéticas que descrevem os sentidos presentes nos depoimentos de cada resposta e também nos conjuntos de respostas de diferentes indivíduos que apresentam sentidos semelhantes; as Ancoragens (Acs), também descritas como fórmulas sintéticas, porém que descrevem as ideologias e valores presentes no material verbal, sob a forma de afirmações genéricas; e o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), o qual é composto pela união das E-CH presentes nos depoimentos, que tem Ics de sentido semelhante ou complementar, para formar frases encadeadas (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005a, 2005b, 2012).

Após a coleta das entrevistas, sua gravação e transcrição, deve se proceder à tabulação dos dados. Inicialmente deve-se analisar isoladamente cada questão, copiando integralmente a resposta de cada indivíduo, em seguida, as expressões-chave das ideias centrais ou das ancoragens devem ser identificadas e sublinhadas. O terceiro passo consiste em identificar as ideias centrais e ancoragens de cada resposta. Na sequência, agrupam-se as

ideias centrais e as ancoragens de sentidos semelhantes ou complementares, denominando cada agrupamento por uma letra, a fim de facilitar a identificação. O último passo é a construção do DSC, unindo as expressões-chave do mesmo grupamento e sequenciando-as, de forma coesa e coerente (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005b).

Os resultados desta técnica são apresentados em um painel de discursos de sujeitos coletivos, enunciados na primeira pessoa do singular, sugerindo que uma pessoa coletiva fala como um sujeito individual de discurso. Proporciona-se, portanto, maior espontaneidade às representações sociais, na medida em que ela não aparece em quadros e categorias, mas como um discurso que reflete o pensamento dos indivíduos (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005b). O passo a passo desta técnica pode ser melhor compreendido no exemplo no QUADRO 2.

O DSC representa uma inovação nas pesquisas empíricas de opinião fundamentadas em depoimentos provenientes de questões abertas, uma vez que seus resultados são apresentados sob a forma de discursos e não de categorias. Dentre as vantagens provenientes podem ser citadas: o fato de ser semanticamente mais rica; a possibilidade de descrever em escala coletiva os argumentos associados à opinião; e a apresentação de resultados finais mais densos (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005a).

O uso da categorização pura apenas diferencia opiniões com sentidos distintos, porém não apresenta o sentido da opinião coletiva. Para que esta seja obtida deve ser somada indutivamente e ser preservada, no produto final, sua natureza discursiva, o que é possível se esse produto final for composto não apenas pela categoria, mas também pelo conteúdo das respostas individuais agrupadas nela (LEFÈVRE; LEFÈVRE; 2005a).

No DSC, a coletividade expressa as representações sociais e viabiliza as próprias representações como fatos coletivos atinentes a coletividades qualitativas e quantitativas (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2006). Assim, este indivíduo/coletivo é um sujeito que carrega não apenas os conteúdos da representação social que pessoalmente adota, mas também os conteúdos dos outros, das representações com significado análogo presentes na sociedade. Desta forma, um indivíduo que não empregou os conteúdos do DSC poderia empregá-lo, identificando-se com ele enquanto ator social (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2014).

Para Lefèvre e Lefrève (2006, p. 518), “um sujeito coletivo [...] é muito mais do que um “nós”, que expressa apenas um tipo muito particular de sujeito coletivo que fala; e, também, *menos*, já que um único indivíduo também pode ser um sujeito coletivo”. O DSC possibilita a apresentação das representações, tornando úteis os seus resultados e possibilitando que atuem de forma eficaz como recursos de intervenção social (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2014).

QUADRO 2 - EXEMPLO DO PROCESSO DE FORMULAÇÃO DO DSC

Pergunta 1: Como você avalia a necessidade de cumprimento das metas? Quais são os benefícios e as dificuldades encontradas?	
Expressões-chave	Ideias Centrais
<p>E1: Eu acho que o ponto positivo é que isso dá um norte pro trabalho, né? Se você não tem nenhum parâmetro, fica mais complicado de trabalhar, de você saber aonde você quer chegar. Então eu acredito que os números sejam importantes. <i>O que não pode haver é um engessamento do trabalho em função dos números, né? Se o número começar a ficar mais importante do que a qualidade do atendimento, do trabalho em si, daí sim isso pode se tornar algo negativo. Mas desde que haja flexibilidade, como a gente já falou anteriormente, se esses números podem ser negociados e eles não são o foco principal, né? Eles são um ponto de orientação, eu acho bem positivo.</i></p>	<p>IC A: As metas são norteadoras dos serviços. <i>IC B:</i> A quantidade não deve ser priorizada, mas sim a qualidade.</p>
<p>E2: Eu acho que é importante você ter essas metas porque você precisa ter um norteador pra trabalhar no Sistema Único de Saúde. <i>Só que infelizmente essas metas nem sempre a gente consegue conversar as metas com a qualidade no atendimento. Então se eu tento atingir a meta, mas sem qualidade, é só número, né, então às vezes esses indicadores eles não batem certo assim...</i></p>	<p>IC A: As metas são norteadoras dos serviços. <i>IC B:</i> A quantidade não deve ser priorizada, mas sim a qualidade.</p>
Ideia Central A: As metas são norteadoras dos serviços	
Expressões-chave	DSC
<p>E1: Eu acho que o ponto positivo é que isso dá um norte pro trabalho, né? Se você não tem nenhum parâmetro, fica mais complicado de trabalhar, de você saber aonde você quer chegar. Então eu acredito que os números sejam importantes. E1: Mas desde que haja flexibilidade, como a gente já falou anteriormente, se esses números podem ser negociados e eles não são o foco principal, né? Eles são um ponto de orientação, eu acho bem positivo. E2: Eu acho que é importante você ter essas metas porque você precisa ter um norteador pra trabalhar no Sistema Único de Saúde.</p>	<p><i>Eu acho que é importante você ter essas metas porque você precisa ter um norteador para trabalhar no Sistema Único de Saúde. Se você não tem nenhum parâmetro, fica mais complicado de trabalhar, de você saber aonde você quer chegar. Então eu acredito que os números sejam importantes. Mas desde que haja flexibilidade, se esses números podem ser negociados e eles não são o foco principal, né? Eles são um ponto de orientação, eu acho bem positivo.</i></p>
Ideia Central B: A quantidade não deve ser priorizada, mas sim a qualidade.	
Expressões-chave	DSC
<p>E1: Não pode haver é um engessamento do trabalho em função dos números, né? Se o número começar a ficar mais importante do que a qualidade do atendimento, do trabalho em si, daí sim isso pode se tornar algo negativo. E2: Só que infelizmente essas metas nem sempre a gente consegue conversar as metas com a qualidade no atendimento. Então se eu tento atingir a meta, mas sem qualidade, é só número, né, então às vezes esses indicadores eles não batem certo assim...</p>	<p><i>Infelizmente essas metas nem sempre a gente consegue conversar as metas com a qualidade no atendimento. E não pode haver um engessamento do trabalho em função dos números, né? Se o número começar a ficar mais importante do que a qualidade do atendimento, do trabalho em si, daí sim isso pode se tornar algo negativo. Então às vezes esses indicadores eles não batem certo assim...</i></p>

FONTE: A autora (2016)

Nesta pesquisa, as perguntas contidas no roteiro semiestruturado foram agrupadas em três categorias, uma vez que abordavam temas complementares entre si, sendo elas: o cumprimento de metas; o Incentivo ao Desenvolvimento da Qualidade; e os fatores que ampliam o comprometimento com a qualidade e resolutividade dos serviços. Em seguida, foram identificadas as ideias centrais presentes nas falas e elaborados os DSCs.

O protocolo de pesquisa apresentado como pré-requisito à execução deste trabalho foi submetido à análise pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Paraná (UFPR), tendo sido aprovado em 07 de agosto de 2013 (CAAE 18110713.0.0000.0102) (ANEXO B), por estar em consonância com a resolução n°. 466/2012, a qual estabelece as diretrizes e normas que regem as pesquisas que incluem seres humanos. O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba-PR declarou concordar com o parecer ético emitido pela UFPR (ANEXO C).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados desta pesquisa serão apresentados por meio de quadros síntese, contendo a categoria analisada e as respectivas ideias centrais emergentes; e na sequência, serão apresentados os DSCs, referentes a cada ideia central. Constam entre parênteses, abaixo de cada discurso, as categorias profissionais (ASL – autoridade sanitária local, CD – cirurgião dentista, E – enfermeiro, M – médico) e a quantidade de indivíduos que concorreram para a sua elaboração. As categorias emergentes foram: o cumprimento de metas (QUADRO 3); o Incentivo ao Desenvolvimento da Qualidade (QUADRO 4); e os fatores que ampliam o comprometimento com a qualidade e resolutividade dos serviços (QUADRO 5).

QUADRO 3 – IDEIAS CENTRAIS DA CATEGORIA CUMPRIMENTO DE METAS

CATEGORIA: CUMPRIMENTO DE METAS	
Ideia Central A	As metas são úteis para avaliar os serviços prestados
Ideia Central B	As metas são norteadoras dos serviços
Ideia Central C	Não deveria haver priorização da quantidade em detrimento da qualidade no cumprimento de metas
Ideia Central D	As metas são úteis para identificar as necessidades da população
Ideia Central E	As metas devem ser realistas e a forma de cobrança razoável.
Ideia Central F	Dificuldade em atingir as metas devido à falta de recursos
Ideia Central G	É necessário priorizar e ampliar a qualidade das ações e serviços prestados
Ideia Central H	Necessidade de participação e aceitação das metas pela equipe
Ideia Central I	As metas devem ser superadas
Ideia Central J	A pactuação de metas é feita de acordo com os recursos humanos
Ideia Central K	O processo de pactuação de metas depende do perfil do gestor
Ideia Central L	Há metas negociáveis e outras não negociáveis
Ideia Central M	A pactuação é feita com base na realidade local e nos dados de anos anteriores
Ideia Central N	Há colaboração entre os profissionais das equipes para atingir as metas
Ideia Central O	As metas são impostas pela Secretaria Municipal de Saúde
Ideia Central P	As metas devem ser repactuadas
Ideia Central Q	Falta de informações para pactuação de metas
Ideia Central R	Há diálogo entre gestores e profissionais de saúde para atingir as metas
Ideia Central S	A concordância com as metas aumenta o comprometimento

FONTE: A autora (2016).

Ideia Central A: As metas são úteis para avaliar os serviços prestados.

Eu acho interessante pra gente ver a quantidade de pacientes que a gente está conseguindo abranger, né? Tanto em Programas, que agora a Secretaria não gosta mais que fale Programas, mas os Programas, os procedimentos, né, tudo isso em cima da nossa área de abrangência. Assim, a gente começa a ter uma noção do nosso trabalho. Se a gente tá realmente fazendo a coisa certa, eu acho que as metas são boas pra gente fazer um trabalho que atinja os nossos objetivos, né? Então eu acho bastante positivo, porque ele é um indicador de gestão. Ele ajuda bastante a gestão, no sentido em que é um espelho do que tá acontecendo na Unidade. Eu acho que a questão da meta, do indicador, ele ajuda assim como um parâmetro, não pra gente correr atrás e né... Aquela coisa de competição. Mas algo realmente pra gente ver como que tá o andamento da Unidade. É importante, pra gente saber qual é a realidade da nossa saúde, né? O que acontece com essa população com a qual eu trabalho? Eu estou dando conta dessa população? Eu acho que tem uma visão muito do que é a nossa população, do que ela precisa de saúde, do que a gente poderia tá fornecendo pra ela, quais são os riscos e buscar alternativas. Quando você olha lá, você consegue ver o trabalho da equipe, consegue ver o quanto você tá produzindo. Então hoje é a ferramenta de gestão mais importante eu acho que a gente tem. E você consegue olhar o todo, odonto, enfermagem, médico, né? O POA também é uma ferramenta muito importante na gestão assim, eu acho que é ele que nos dá subsídio assim pra sentar com o profissional, conversar e mostrar pra ele o porquê que ele tá sendo cobrado a fazer aquele X de consultas no mês, né? Ou então o porquê que ele não pode ficar ocioso, porque que eu não posso passar muito o tempo de intervalo entre uma consulta e outra, por exemplo. Às vezes a gente trabalha muito, muito mesmo né, e às vezes a gente não vê que tá trabalhando bastante, então por isso que é importante tirar esses relatórios e esse Plano Operativo Anual pra ver no final do ano pra mostrar que olha realmente eu trabalhei bastante, eu atingi bastante, né? Porque se não a gente só fica trabalhando, trabalhando e trabalhando e pensa que não fez nada, né? Às vezes algum paciente ou a comunidade reclama que a gente deixa de fazer algum tipo de serviço, mas através do POA a gente vê que realmente tá fazendo bastante coisa, né? O POA é importante, porque ele tem uma questão de financiamento, de repasse de verbas, e é a questão dos grupos de risco que a gente tem que atender, entra as gestantes, o número de exames, então eu tenho todo o Plano Operativo lá, ele é pactuado no mês de fevereiro, junto com o Conselho.

(ASL1, ASL2, ASL3, ASL6, ASL7, CD7, E1)

A percepção da pactuação das metas, como uma forma de avaliação das ações desenvolvidas na Unidade de Saúde, está em consonância com o entendimento de Leite, Souza e Nascimento (2010), segundo os quais, o processo de contratualização envolve quatro etapas: a definição de metas, a elaboração do plano de gerenciamento; a formalização e execução do contrato; e o processo de acompanhamento e avaliação. Para os autores, esta última fase é de grande valia, uma vez que avaliar e acompanhar os resultados obtidos é o enfoque do contrato de gestão. Esta etapa possibilita analisar as práticas desenvolvidas; identificar possíveis desvios existentes entre o que foi pactuado e o que foi atingido, para corrigi-los; e promover mudanças de atitudes e comportamentos a fim de melhorar os resultados.

Araújo (2010) também ressalta a importância da avaliação *ex-post*, realizada por meio da comparação entre as metas estabelecidas com aquelas alcançadas, na medida em que possibilita a identificação de acertos e erros da tomada de decisão, bem como o planejamento do futuro. No caso específico de Curitiba, o TERCOM tem como anexo o POA, contendo os indicadores e metas pactuados, sendo que seu monitoramento ocorre trimestralmente, a fim de acompanhar as ações e seus resultados (MARTY, 2009). Azevedo (2009), ao analisar a percepção de gestores e profissionais de saúde acerca do TERCOM e do POA, também identificou que estes são ferramentas úteis para avaliação e monitoramento das ações em saúde e tomada de decisões pelos gestores e equipes das Unidades de Saúde.

Ideia Central B: As metas são norteadoras dos serviços.

Eu acho que é importante você ter essas metas porque você precisa ter um norteador pra trabalhar no Sistema Único de Saúde. Se você não tem nenhum parâmetro, fica mais complicado de trabalhar, de você saber aonde você quer chegar. Assim, a gente tem um propósito, né, tem uma linha pra gente percorrer, você sabe quanto que você tem que atingir e você vai mês a mês focando nisso. Então eu acredito que os números sejam importantes. Quando a gente sabe aonde a gente quer chegar, a gente chega. Porque se não, às vezes, você tende a se acomodar com a demanda assim do dia a dia, né, e acaba deixando algumas coisas que são importantes, né? Se a gente não tiver um planejamento, a demanda engole a gente o dia inteiro. E se você ficar só com demanda, demanda e demanda, vai virar UPA. Eu acho que a função da gente ainda não é UPA. Então com as metas, de um jeito ou de outro,

...você acaba acrescentando alguma coisa a mais, acaba sendo cobrado pra buscar um algo mais. E aí você se atenta mais na cobertura, né!? Que são coisas que avaliam a qualidade do nosso serviço. Então tem situações em que às vezes se a gente não tivesse metas ficariam batidas né!? As metas direcionam você... Ah... Que aquele trabalho ali é importante, que você tem que atingir uma determinada meta, então você vai atrás, né, vai procurar, vai fazer uma busca ativa, né, no caso ali né pra fazer aquele atendimento atingir a meta lá, o objetivo necessário. O ruim de não ter o cumprimento de metas é você fazer aquilo sem buscar muito, por exemplo, se você tem 100 crianças, a meta é vacinar 100 crianças. Essa é a meta. Se você não tem uma meta pra cumprir, pra você tanto faz se você vai vacinar 100 crianças ou 10 crianças, né!? Então é importante ter um objetivo, é importante ter uma meta a ser cumprida, é importante pra que todos os profissionais corram atrás do seu... É o planejamento da Unidade, né!? É o planejamento da Secretaria. A gente tem que ter uma noção e uma ideia do que a gente tem que trabalhar. Então acho que tudo na vida da gente a gente tem que ter meta, né? A gente tem que ter meta, como qualquer empresa, tem que ter... Porque... Eu não sei, eu acho que o ser humano trabalha com isso, né? Às vezes tem que ser metas mais flexíveis, mas só que a partir do momento que você traça as metas, elas têm que ser cumpridas. Eu não vejo problema em atingir meta, sabe? Desde que seja coerente, é claro. Mas a gente tem que trabalhar sim, se não vai de nada a lugar nenhum. Isso ajuda a gente a se organizar e ter meta, eu acho importante sim. O POA também tem algumas metas que a gente precisa alcançar. Que eles tem uma visão diferente da nossa, uma visão de distrito, de município, então eu acho que tem que ter, né!? E eu acho importante porque a gente ter assim realmente um rumo do que a gente vai fazer, do que a gente vai se programar durante aquele ano. Também, eu vejo da mesma forma o POA, ele abrange alguns pontos específicos, né? atendimentos em determinadas faixas etárias, tal, que precisam ser atingidas e que estimulam a gente aquele plus, assim, aquele algo a mais, eu acho que é importante. Também é passado pra nós né algumas metas que a gente não atinge durante o quadrimestre, aí a gente cobra do pessoal, pra ver o que está acontecendo, faz, dá um direcionamento pra gente, né? A gente saber onde que a gente tá falhando, melhorar o processo de trabalho.

(ASL3, ASL4, ASL6, ASL7, CD2, CD5, CD6, E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E9, M3, M4, M5)

O DSC “As metas são norteadoras dos serviços” é o mais frequente entre os entrevistados. Traz expressões em que os profissionais compartilham o entendimento de que a existência das metas direciona os serviços, estimulando os profissionais a atingi-las. Dessa forma, depreende-se que o objetivo de atingir maior eficácia na prestação dos serviços, está

sendo alcançado, ou ao menos buscado. Para André (1999), a eficácia pode ser entendida como o comprometimento político e institucional com um planejamento competente e com o cumprimento de sua execução.

Corroborando os resultados desta pesquisa, Ditterich et al. (2015) e Azevedo (2009) encontraram em seus respectivos estudos que o TERCOM é um instrumento bastante útil para o estabelecimento de prioridades. Para Marty (2009), o contrato de gestão consiste em um importante avanço gerencial para a Secretaria Municipal de Saúde, na medida em que tem propiciado mudanças no posicionamento dos profissionais de saúde, os quais se tornam mais ativos e direcionados para o alcance dos indicadores e metas pactuados.

Importante destacar que para que os contratos de gestão atinjam essa finalidade, deve haver parceria na busca pelos resultados, de forma que todos os atores envolvidos conheçam as necessidades em saúde da população, os recursos existentes e a capacidade instalada, havendo uma pactuação bilateral (COSTA E SILVA; ESCOVAL; HORTALE, 2014). Dessa forma, torna-se possível pactuar metas compatíveis com as necessidades da população e com os recursos disponíveis, orientando a prestação de serviços de forma consciente e realista.

Ideia Central C: Não deveria haver priorização da quantidade em detrimento da qualidade no cumprimento de metas.

Não pode haver um engessamento do trabalho em função dos números, né? Se o número começar a ficar mais importante do que a qualidade do atendimento, do trabalho em si, daí sim isso pode se tornar algo negativo. Então eu tenho que fazer aquele atendimento, eu tenho que fazer aquele procedimento, eu tenho que atingir aquela meta de qualquer jeito. Então eu vou correr atrás de número, número, número e a qualidade vai ficando de lado, né? Não importa se o atendimento é de qualidade, se ele tá sendo bem feito, tá sendo resolutivo pro paciente, eu tenho que atingir aquela meta, eu tenho que correr atrás de número, né? Eu acho que já teve esses dois lados assim, né, na minha vivência profissional. Já vi esses dois lados, né, aí eu acho que vai muito da chefia conduzir, ou do distrito, do governo regente que tiver ali no momento, aí vai depender. Às vezes a situação é muito por números, não importa qualidade nenhuma. Mas aí você tem que atingir, tem que atingir e pronto. Essas metas quantitativas elas são extremamente irrelevantes. Eu acredito que a meta qualitativa ela é melhor. Quantitativamente, procedimentos simples e complexos estão contando como iguais. Não há como ter qualidade nesse aspecto. Então isso leva o profissional a procurar quantidade e não qualidade. Então se eu tento atingir a meta, mas sem qualidade, é só

número, né, então às vezes esses indicadores eles não batem certo assim... Acho péssima a avaliação nessa situação. O Plano Operativo eu acho que também tem que ser mudado em muitos aspectos. Eu acho que o Plano Operativo Anual são metas numéricas. Isso não vai mudar, é pra pagamento, é pra financiamento, então isso não tem muito como você qualitativamente melhorar, mas o município sim deveria. Mas é interesse, é dinheiro, então o que é que acontece, quando você tem uma avaliação quantitativa você consegue suprir as metas e tudo. E a gente sabe, o gestor ele precisa do dinheiro, pra ter o dinheiro ele precisa da quantidade e ele vai trabalhar a quantidade. Mas eu acho que se você quer melhorar qualidade de atendimento no município, você também tem que dar pesos diferentes pra procedimentos diferentes. Procedimentos de maior complexidade, maior peso. Pra de menor, menor peso. Mas aí precisa vir em forma de cascata lá do governo federal que o peso seja diferente. Viável? Super viável. O Plano Operativo Anual é super viável se for medido qualitativamente, pesos diferentes, para procedimentos de complexidade diferentes. Outra coisa que eu vejo, por exemplo, a situação do preventivo, às vezes eu vejo mulher fazendo muito mais preventivos do que haveria necessidade, só pra gente cumprir aquela meta. Então às vezes eu acho que é um gasto um pouco desnecessário, financeiro, né, sendo que só pra cumprir aquela meta ali, que a gente precisa fazer um número x de preventivos por mês. Isso eu acho que é um ponto bem negativo, porque eu acho que não é por aí. Têm, ainda, situações em que a gente se apega muito às metas e deixa outras situações de rotina e de demanda, que às vezes a gente poderia dar uma atenção maior, de lado, porque a gente tem que cumprir metas, né!? Então tem tanto o lado positivo de você ter um ponto específico pra observar, mas às vezes aquele ponto não é o que a nossa demanda precisa mais. Mas desde que haja flexibilidade, se esses números podem ser negociados e eles não são o foco principal, né? Eles são um ponto de orientação, eu acho bem positivo.

(ASL7, CD4, CD5, E2, M5, E6)

A priorização da quantidade em detrimento da qualidade foi uma das críticas realizadas em relação à existência de metas a serem atingidas. Neste DSC, os profissionais compartilham o entendimento de que muitas vezes a busca pelo número de procedimentos pactuados tem levado a não valorização da qualidade dos serviços prestados. Descrevem como aspectos negativos também a realização de procedimentos desnecessários apenas para atingir a meta, ou ainda o fato de a avaliação levar em consideração apenas a quantidade e não a complexidade do trabalho realizado, de forma que seria conveniente realizar procedimentos simples que requerem menor tempo e proporcionam maior quantidade numérica. Como

alternativa, sugere-se no discurso, a adoção de pesos diferentes na avaliação para procedimentos com níveis de complexidade distintos.

O POA, em 2009, apresentava 74 indicadores no âmbito das Unidades de Saúde; e 64 no âmbito do Distrito Sanitário (MARTY, 2009). De fato, os indicadores propostos são em sua maioria quantitativos, sendo necessárias, portanto, responsabilidade e consciência dos profissionais de saúde para que busquem atingir as metas com ênfase na qualidade, já que, esta é uma das finalidades deste instrumento de gestão. Araújo (2010) ressalta que o modelo contratual deve incluir as metas, os meios, o controle e o incentivo; e que para atingir os resultados esperados deve haver a pactuação entre os atores envolvidos acerca do desempenho esperado, da qualidade, dos custos, duração, forma de avaliação e de renovação. Frente aos resultados obtidos nesse estudo, reforça-se a necessidade de pactuação dos níveis de qualidade esperados e a pactuação realista da quantidade a ser atingida.

O Incentivo ao Desenvolvimento da Qualidade (IDQ) implantado de forma concomitante ao TERCOM deveria suprir a questão da qualidade, uma vez que esta é enfoque de seus componentes de avaliação. Entretanto, nota-se que ainda há críticas em relação a isso, evidenciando que os instrumentos ainda precisam ser aprimorados.

Ideia Central D: As metas são úteis para identificar as necessidades da população.

Todo trabalho ele precisa ter metas, isso é imprescindível. E ter uma quantificação, levando-se em conta a capacidade instalada, a capacidade material e também humana, e também a demanda da população, é uma coisa bastante importante. E daí vai da experiência e a razoabilidade dos nossos gerentes em determinar o que se espera do atendimento na localidade. E têm algumas áreas específicas em que a gente precisa trabalhar mais de acordo com as necessidades da população e da Secretaria. Então eu acho que é bom estabelecer essas metas pra conseguir cobrir as necessidades dos grupos mais específicos e que necessitam mais de atendimento. Isso significa prestar realmente uma saúde adequada à população, eu avalio, né? Então a gente precisa ter planejamentos diferenciados pra gente ter impacto diferenciado e as equipes precisam ter essa liberdade né!? Precisa ter essa visão de que as comunidades são diferenciadas e o serviço ele tem que ser diferenciado, com um planejamento diferenciado pra que a gente consiga sim atingir uma meta e ter impacto não só de produtividade, mas de qualidade de atenção, né!? É complicado. Às vezes o gestor ele olha só pra um lado da situação, né? O gestor tá lá, na sala dele, então a gente tem um contato corporal aqui com a população. Então às vezes o gestor acha que é uma coisa, que a

gente vê que a realidade não é desse jeito. Então às vezes a gente entra em atrito mesmo, a gente não, traz e mostra, olha não é assim, que funciona diferente. Você vê que aqui a gente tem a mesma unidade com quatro áreas com realidades diferentes. Então às vezes você tem que também pegar o gestor e trazer o gestor meio que na marra pra sua realidade. E daí a gente tenta, vai se entendendo. Mas a gente se acerta. Em cima desses dados, é número, mas é importante você tá sabendo aonde tua população tá adoecendo, como ela tá adoecendo, que faixa etária que tá acontecendo aquela doença, né? E o que que dentro de eu descobrir que essa doença tá acontecendo mais numa determinada área, o que que eu posso fazer, o que que a Secretaria de Saúde pode tá fazendo, pra tá melhorando as condições de saúde dessa população, né? Eu acho que é isso que é importante ter esses dados pra poder atuar em cima disso e tá mudando essa realidade que a gente tem.

(ASL2, CD3, CD8, CD9, M4)

A contratualização tem o propósito de responder às necessidades e expectativas da população, oferecendo serviços de qualidade e de forma eficiente (LEITE; SOUZA; NASCIMENTO, 2010). A fim de atender a esse objetivo, o TERCOM se fundamenta nas metas estabelecidas em alguns meios de planejamento, como o Plano Municipal de Saúde, a Programação Anual de Saúde, a Programação Pactuada Integrada, o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família, o Pacto pela Saúde, o Planejamento Local, entre outros. São consideradas, ainda, as variáveis locais, como os recursos humanos e de infraestrutura, características territoriais e séries históricas de indicadores de saúde (AZEVEDO, 2009).

Azevedo (2009), em seu estudo, encontrou resultados similares, constatando que a pactuação de metas em Curitiba tem ocorrido de forma conjunta, entre a Secretaria, os distritos, as Unidades de Saúde e os profissionais de saúde, com enfoque nas necessidades em saúde da população de cada território. Ducci (2007) também ressalta que a pactuação de metas ocorre de acordo com a realidade local, com as necessidades de cada região. Dessa forma, ao constatar as necessidades em saúde da população, a equipe de saúde estabelece suas estratégias e assina o TERCOM, junto com os conselhos e o secretário de saúde.

Ideia Central E: As metas devem ser realistas e a forma de cobrança deve ser razoável.

Quando a cobrança é desarrazoada, né, com penalidades, daí ela pode se tornar negativa. É claro que quando você bonifica o bom trabalho de maneira positiva, eu acho que daí é o

sentido mais correto pra que possa se atingir as metas. Mas quando você penaliza de maneira generalizada, especialmente, não a equipe não conseguiu cumprir determinada meta, então todo mundo vai perder o IDQ, ou qualquer meta que seja... Eu acho isso meio que perigoso assim. Claro que toda equipe tem que trabalhar junto, mas às vezes penalizar um inocente por causa disso pode ser negativo. Muitas vezes fazem pressões em cima da gente e leva a estresse, né? Entendeu? Se a meta é cobrada como uma coisa só pra produtividade, aí eu preciso ter 20 consultas cada dia ou 30 atendimentos ou 2 pessoas, se ela for cobrada nesta forma ela é só um ponto de estresse pra equipe. Se bem que a gente sabe filtrar até onde a gente se permite ser pressionado. Quando você não atinge, né, você se frustra, porque você tem toda uma agenda e de repente você não vence aquela agenda, né? Você cria, faz todo um cronograma e de repente você não vence aquele cronograma, então isso que é o ponto negativo eu acho. E às vezes as metas são bem... Quase inatingíveis. Não... Porque às vezes, assim, na verdade, as metas independem da gente, sabe? Às vezes o sistema não te ajuda a cumprir determinada meta porque ele não te... Ele fornece os dados de uma forma que não se atinge aquilo, sabe!? E que daí a gente fica refém do sistema. A meta ela é ridícula às vezes e a gente não vai conseguir alcançar, por exemplo, vincular todas as gestantes até 120 dias, como que eu vou na casa das pessoas prever que alguém está gestante há menos de 120 dias. Nem a mulher sabe às vezes. Acaba ficando gestante aí de sei lá 5 ou 6 meses daí vai descobrir. E daí isso vai abaixando as nossas metas, mas é uma coisa que eu não tenho como trabalhar, não tenho como me envolver, não tem como mexer, daí faz como? Mas desde que as metas sejam negociadas, desde que elas não sejam, por exemplo, impostas, olha só você tem que fazer isso, assim, às vezes metas inalcançáveis, metas inatingíveis, né, desde que isso seja feito uma negociação, assim, dentro daquilo que a gente pode fazer, eu acho que é bom. Eu penso que se for dentro da realidade da nossa comunidade, dentro da capacidade instalada, e com a vertente de melhoria de qualidade de serviço eu acho que ele é uma excelente ferramenta de gestão e mesmo de direcionamento de planejamento. Eu acho bom, é um ponto positivo. Então eu acho que essa meta é um norte pra gente, mas também não pode ser, aí um ponto negativo, o trabalho não tem que ser só feito baseado em meta, né, a gente atende pessoas, mas não esquecendo que a gente tem um norte. E esse norte são as metas, por isso que é muito importante empoderar os profissionais do que eles estão fazendo, não pode ser uma situação meramente gerencial, é a minha opinião.

(ASL5, ASL6, CD2, CD3, CD9, E4, M2, M3)

Conforme já mencionado, a pactuação de metas do TERCOM ocorre com base em meios de planejamento, e em variáveis locais (AZEVEDO, 2009). Além disso, preconiza-se que esta pactuação ocorra com a participação de todas as partes envolvidas, o que possibilitaria o estabelecimento de metas e indicadores compatíveis com os recursos existentes e passíveis de serem atingidas. Entretanto, este discurso revela que ainda há pactuação de metas inatingíveis, seja por dificuldades técnicas ou por falta de recursos.

Outro aspecto mencionado se refere à imposição de metas, à forma de cobrança e à possibilidade de negociação. Ditterich et al. (2015) constatou em seu estudo que há uma negociação parcial das metas, já que há imposição de algumas metas e renegociação de outras. Em contrapartida, Azevedo (2009), observou que o distrito sanitário possibilita a repactuação de metas nas situações em que a Unidade de Saúde passa por mudanças em suas condições de trabalho. Conforme destacam Costa e Silva, Escoval e Hortale (2014) é preferível a pactuação bilateral, que inclua nos processos decisórios os indivíduos que antes eram objetos da ação gerencial. Dessa forma, tanto contratantes como contratados assumem responsabilidades.

Ideia Central F: Dificuldade em atingir as metas devido à falta de recursos.

Às vezes a gente organiza a Unidade pra tentar atingir aquela meta com equipe, com equipamentos e acaba que no decorrer do ano a gente diminui o número de funcionários, fica sem equipamentos e aí a gente acaba não atingindo aquilo que a gente achou que ia atingir e acaba ficando frustrado no final. Falta estrutura pra gente, né? Só que a gente não tem material, não tem estrutura pra isso, não tem, como eu posso explicar, como fazer... O que acontece aqui na nossa realidade da nossa Unidade, é que uma Equipe de Estratégia da Família ela tem que cobrir 4000 pacientes, usuários. Na minha equipe, só na minha equipe tem 40 mil, então fica difícil você pactuar metas numa população deste tamanho. Então aqui nessa... Eu já trabalhei em outras Unidades, aqui nessa Unidade a gente tem, é meio que diferente das demais Unidades, existe uma pactuação, existe um controle maior porque é uma população menor e aí a gente consegue dar conta de toda essa população. Aqui a gente mais que enxuga assim o gelo, é... E atende a demanda. O que vier, né? O que vier a gente tá atendendo, porque ir atrás ainda não deu tempo, de a gente ir atrás e fazer o trabalho de planejamento, de prevenção, né? A gente faz algumas atividades, né, como oficinas de gestantes, oficina de diabético, a gente não consegue pegar toda a população, pelo menos na minha área assim. Então o POA é importante, mas a gente não consegue trabalhar

direitinho, assim... Ah... Vamos fazer o POA direito esse ano, porque a gente fica apagando incêndio. E nós estamos vivendo um momento muito difícil pela questão econômica do município, né? Tivemos duas administrações anteriores aí que tiraram muito... Deram muito desequilíbrio nas contas do município e essa administração atual tá tentando equilibrar novamente. Isso nos traz transtornos, né, porque às vezes as coisas não vêm com tanta rapidez como a gente gostaria. Existem equipamentos que quebram e demoram muito pra voltar, outros equipamentos que a gente solicita e não é comprado, porque não tem caixa, né, no município. Então são coisas que alguns governantes não muito ligados na população fazem a administração pensando neles próprios né, como foram os dois anteriores, então acaba dando esse problema no atual que tenta se virar com o que tem aí, né? Então isso traz transtorno pra gente que tá aqui trabalhando e traz transtorno também pra população né? É o que a gente tá vivendo no momento. Mas a gente tem que ser otimista, achar que vai melhorar sempre, né? Vamos superar isso. Acho que vai melhorar bastante.

(ASL4, E8, E9, M6)

Este DSC traz expressões em que os profissionais compartilham o entendimento acerca das dificuldades existentes para atingir as metas, quando há falta de recursos principalmente humanos e de infraestrutura, embora seja preconizado que a pactuação de metas ocorra com base nesses parâmetros. Outra questão identificada refere-se à dificuldade de repactuação quando há redução inesperada dos recursos disponíveis.

Segundo Marty e Faoro (2013) a pactuação de metas considera os recursos existentes, a capacidade instalada, a série histórica e a população da área de abrangência. O monitoramento dos indicadores ocorre de forma trimestral e é assegurado o processo de negociação e renegociação quando justificado. Corroborando parcialmente com tais informações, em uma pesquisa realizada com gestores e profissionais de saúde, Ditterich et al (2015) constataram que nos casos em que a equipe não consegue atingir as metas estipuladas, a maioria dos participantes concordou de forma plena ou parcial que há esta possibilidade de renegociação. Porém houve indivíduos que afirmaram que não é possível renegociar.

Ideia Central G: É necessário priorizar e ampliar a qualidade das ações e serviços prestados.

Na verdade a gente preza mais a qualidade do que a quantidade de atendimentos, né? Então a gente têm metas a serem cumpridas, tem uma cobertura vacinal a ser feita, tem

um número de visitas domiciliares a ser feitas, mas a gente procura atender o paciente como um todo. A gente tem alguns problemas, porque, por exemplo, a gente tem o nosso UPA fechado por um tempo pra reforma, então a demanda da Unidade aumentou muito, né, com a UPA fechada. Mas assim essas metas a serem cumpridas a gente procura cumprir por causa do nosso IDQ, né? Que é um incentivo de auxílio que cada profissional recebe pelas metas atingidas. Mas a gente procura prezar mais pela qualidade do atendimento, né? Os indicadores são pra atingir não só metas, mas são indicadores que fazem com que a gente dê um atendimento de qualidade e humanizado pra população. Se eles são trabalhados na equipe de uma forma desafiadora e entendendo que essa meta contribui pra qualidade de atenção, cobertura e qualidade e melhoria da qualidade de vida da população que a gente atende, ela é muito boa. E faz a equipe caminhar pra um serviço mais qualificado, né!? Antigamente era mais, como que eu vou te dizer, era mais forte, a gente tinha tanto quantitativo de meta, faz uns dois anos que eles deram meio que uma aliviada assim, né, então agora a gestora na verdade ela pode até não digo manipular, mas reduzir ou aumentar essas metas. Sabe? Que antigamente era bem mais complicado. Tinha os hipertensos, o dia do diabético, que hoje não se tem mais programa, né? Então o enfoque ficou mais mesmo... Preventivo antigamente a gente tinha e hoje em dia não se tem uma meta bem estabelecida, né? O que que a gente faz? A gente faz Programas, a gente coleta durante a semana, a gente abre nos sábados, pra tentar fazer o maior possível, né? Mas não existe assim uma meta super bem definida, tipo cinco por mês ou vinte por mês, tá? Eu... Pelo menos no meu caso assim, pra mim a meta não faz diferença, porque eu atendo todo mundo, né? Não tem... Ah... Eu vou atender porque é meta, eu atendo porque é minha função, né? É meu trabalho, né? Então mas a gente não tá pensando em metas, a gente tá pensando em ser profissional.

(ASL5, CD1, CD3, E3, E10)

Este DSC, ao contrário do DSC C reflete a priorização da qualidade em detrimento da quantidade. Neste caso, os entrevistados revelam que buscam atingir as metas, até em virtude do Sistema de Incentivo Financeiro existente, mas sempre realizando os procedimentos com qualidade. Revelam ainda que, anteriormente, a cobrança para atingir as metas quantitativas era maior. Essa redução da cobrança existente atualmente provavelmente se deve ao fim do IDQ no início de 2015, quando foi assinado o Decreto nº 298 que instituiu Gratificações Especiais de Difícil Provedimento, de IDQ Residual e revogou o IDQ na SMS de Curitiba (CURITIBA, 2015a). Na ausência do incentivo financeiro, que foi incorporado parcialmente ao salário, a preocupação em atingir as metas foi reduzida.

Ditterich (2011), analisando a percepção de profissionais de saúde e gestores sobre o IDQ, encontrou que este é um grande aliado na busca pela motivação e comprometimento dos profissionais de saúde com o alcance de metas e a qualidade dos serviços de saúde. Esta percepção está em consonância com o que é preconizado na Teoria de Agência, segundo a qual o agente nem sempre buscará agir em benefício dos interesses do principal, de forma que é necessário estabelecer um contrato e um sistema de incentivo (JENSEN; MECKLING, 1976). Os incentivos financeiros estimulam o cumprimento das metas pactuadas, o preenchimento correto do sistema de informação, o monitoramento das ações e o desenvolvimento de estratégias para atingir os objetivos (COSTA E SILVA; ESCOVAL; HORTALE, 2014).

Ideia Central H: Necessidade de participação e aceitação das metas pela equipe

Aí tem algumas metas que nem sempre a equipe concorda, né? Daí é mais difícil de conseguir atingir. Alguns pontos né que vêm, alguns protocolos, algumas coisas assim, que às vezes você vê que o paciente está assistido, mas aquilo tem que ser bem quadrado, né? Daí então, isso às vezes é mais difícil de conseguir atingir e convencer a equipe de que aquilo é importante mesmo pra poder tá fazendo... Aí esse é o ponto que fica mais difícil, né? E nem sempre... A equipe às vezes... Nem todos os profissionais são tão envolvidos com o serviço. A grande maioria sim, mas tem alguns que também não estão muito preocupados, né? E aí então não faz o registro na hora que devia fazer e isso dificulta. A gente tem meta que é, algumas coisas que são pra Unidade de Saúde inteira, algumas coisas que são por equipe, algumas são, por exemplo, assim, enfermeiro, dentista, médico, eles têm metas pessoais pra poder tá atingindo, né? Quanto que é a minha produtividade e aí alguns você vê que atingem, alguns não. Aquele que não atinge daí também não tá preocupado com a meta geral da Unidade. Então por um lado é um ponto negativo, né? Pra poder a equipe, aquele que se esforça, às vezes perde alguma coisa, por aqueles que não estão muito interessados.

(ASL3)

Segundo Ducci (2007), na SMS de Curitiba, as metas são consideradas em âmbito coletivo, por unidade de saúde, de forma que é priorizado o trabalho em equipe, com a preocupação e responsabilidade mútua entre todos em busca dos resultados pactuados. Embora se afirme que a pactuação ocorre em nível local, com a participação de todos, nota-se

no discurso que por vezes há uma dificuldade de aceitação das metas, em particular daquelas que vêm prontas, ou seja, que são impostas.

Para Marty e Faoro (2013), os contratos de gestão estimularam a ampliação do comprometimento de gestores e profissionais, proporcionando melhorias no que se refere à obediência aos protocolos clínicos, ao desempenho dos profissionais, ao processo de trabalho e à gestão. Houve intensificação do trabalho em equipe, em busca de excelência e alcance de resultados, ampliando o interesse dos profissionais pelo planejamento e monitoramento de metas e indicadores.

Ainda que os contratos de gestão tenham proporcionado melhorias no processo de trabalho em equipe e na busca coletiva por melhores resultados, este DSC evidenciou que ainda há dificuldades em alcançar o comprometimento de todos os profissionais envolvidos. Mesmo com o emprego do Incentivo Financeiro, as dificuldades persistem, evidenciando a existência de lacunas nesse processo.

Ideia Central I: As metas devem ser superadas

Mas às vezes não é o suficiente, porque tem metas que são muito baixas e a gente acaba ficando só naquele mínimo, né? Eu acho que toda meta a gente sempre tem que ultrapassar, né, não ficar só naquele dado, né?

(E3)

Este discurso reforça a importância da pactuação realizada com base na realidade local e nas necessidades da população, a fim de que as metas estabelecidas sejam coerentes. E ainda pode refletir a existência de dois problemas: o primeiro seria a realização de diversos procedimentos, às vezes desnecessários apenas para atingir a meta; e o segundo, a despreocupação em realizar assistência à saúde com qualidade após atingir a meta estabelecida. Destaca-se, portanto, a importância de não se buscar apenas atingir o objetivo pactuado, mas de continuar atuando de forma efetiva após atingi-lo.

Neste sentido, Afonso (2010) ressalta que um contrato satisfatório na área da saúde requer que os profissionais envolvidos assumam uma postura de responsabilização que traga repercussões positivas no âmbito da saúde, identificando as necessidades da população e fazendo escolhas fundamentadas.

Ideia Central J: A pactuação de metas é feita de acordo com os recursos humanos

Geralmente a gente faz o Plano Operativo Anual, o POA é fechado já com as metas que vem do Ministério da Saúde, né? No Distrito a gente pactua o número de profissionais e quais são as metas e depois a gente tenta fazer isso com a equipe. Hoje o quadro atual que eu tenho, eu estou com um número reduzido. Então quando a gente faz a pactuação, a gente tem que fazer pelo cálculo do número de profissionais que você têm, né, pra tentar atingir a meta, geralmente fica entre 90%, 95% as metas da Unidade. A gente faz o Plano Operativo Anual vem da Secretaria de Saúde, é repassado para o Distrito, o Distrito chama cada coordenador de Unidade pra gente ver como que tá o número de profissionais. Aí dentro disso é que a gente vai pactuar, então, por exemplo, se tiver consulta do enfermeiro, é o número de enfermeiros que eu tenho na Unidade vezes o número de consultas. Aí isso a gente faz diante das agendas que a gente tem. Aí a gente tem que descontar no caso a pactuação é feito o número de profissionais, né, pelo número de consultas que cada profissional vai atender. E daí a gente vai trabalhando com a equipe. Mas a gente pactua com o Distrito e o Conselho Local de Saúde, aí a gente faz o TERCOM que é o Termo das metas, né, é o Termo de Compromissos que a gente vai fazer com a população, o Conselho Local assina também, e daí dentro disso que a gente divide durante o ano todo a pactuação. É fechado Conselho Local, Distrito e Unidade de Saúde.

(ASL7)

A descrição realizada no discurso acerca da forma como ocorre o processo de pactuação de metas, dos membros envolvidos, e da ênfase aos recursos humanos existentes na Unidade de Saúde está em acordo com os dados encontrados na literatura. Segundo Azevedo (2009), o TERCOM é firmado entre as equipes de saúde, as autoridades sanitárias locais, os gestores distritais e municipais e representantes dos usuários dos Conselhos Locais de Saúde. Este contrato leva em consideração as metas estabelecidas em alguns meios de planejamento e, também, as variáveis locais.

A pactuação conjunta das metas, com o compartilhamento do poder, está de acordo com o conceito de cogestão de Campos (2015). Para o autor, a construção coletiva das metas de uma instituição, atua como forma de estímulo e estabelecimento de limites, reduzindo o poder dos dirigentes e ampliando o dos profissionais e usuários. Assim, o trabalho passa a ser mais satisfatório.

Ideia Central K: O processo de pactuação de metas depende do perfil do gestor

Tem gestor que entende da forma como qualificação de serviço e tem gestor que entende como uma ferramenta de cobrança, né!? Então “Ah... Você tem que produzir isso”, independente do que isso significa ou se você concorda, ou se a tua comunidade de fato precisa disso, né!? Então se o gestor entende como só cobrança de serviço eu acho que é um relacionamento muito conflituoso, né!? É um ponto de estresse para a equipe. Agora se o gestor participa junto com a equipe do planejamento e entende, por exemplo, a nossa Unidade tem 4 equipes de saúde da família, com perfis epidemiológicos muito diferentes, apesar de ser uma Unidade só. Mas daí tem que ter essa negociação com o gestor.

(CD3)

Este discurso retoma alguns aspectos já analisados anteriormente, reforçando a importância do diálogo entre gestores e profissionais de saúde, da pactuação conjunta levando em consideração a realidade local e os recursos disponíveis. Evidencia, porém, que nem sempre isso acontece, pois depende dos profissionais envolvidos na gestão.

Em concordância com tal entendimento, Costa e Silva, Escoval e Hortale (2014) defendem que a pactuação de metas e indicadores deve ocorrer com a participação de todos os atores, ou seja, contratante e contratado devem conhecer a realidade local e ter como propósito a ampliação da qualidade e resolutividade dos serviços prestados. Ambos devem, portanto, assumir responsabilidades.

Ideia Central L: Há metas negociáveis e outras não negociáveis

Então, no início do ano agora de 2015, que parece que foi esses dias, a gente recebeu uma pessoa da Secretaria, que trabalha, né? Justamente com essa parte do Plano Operativo Anual ao determinar as metas. Geralmente é feita essa reunião, né? No início do ano onde são colocadas as metas, e a gente apresenta a nossa realidade e acerta com a chefia como é que vai ficar a questão quantitativa, né... E tudo mais. Então, o que é que a gente percebe assim... Que existem indicadores que são negociáveis, em termos de produtividade. Algumas metas são negociáveis de acordo com os recursos humanos disponível na Unidade, de acordo com a demanda da comunidade. Outras metas não são negociáveis, que são aquelas, assim, preconizadas pelo Ministério da Saúde, por exemplo, cobertura vacinal. O POA é bem engessado, o POA a gente não consegue mudar nada, até porque são metas talvez do próprio

Ministério, né, que passa pra Secretaria. Esse vem e vem fixo e daí ela vai passando. Isso não vai mudar, porque isso é federal, é pra pagamento, é pra financiamento. Então existem metas que são pré-determinadas e daí assim a forma como as equipes vão trabalhar pra chegar a essas metas isso é individualizado. Então o que eu vejo da pactuação, assim, essa pessoa veio nos ajudar a pensar a realidade de cada unidade, foi feito de todas as unidades juntas, juntamente adequando pra essa realidade dentro dos parâmetros possíveis, né? Então algumas coisas não são negociadas, então a gente vem meio que assim no cumpra-se. No sentido, assim, então, eu recebo um e-mail com os indicadores, o que não tá legal. Eu repasso pras enfermeiras, pras enfermeiras irem trabalhando né pontualmente com as equipes. Então a gente não chega assim a fazer grandes reuniões. Vamos falar sobre, né? A gente vai trabalhando isso assim bem no dia a dia, avaliando, né? Então, mas esse repasse com a equipe a gente vai fazendo no dia a dia, conforme as coisas vão acontecendo, né? Porque muda muito o fluxo, né? E quando a gente tem um problema de ausência de profissional, quando a equipe fica defasada, fica com menos profissionais, às vezes a gente tem que renegociar esses números, né? Isso é possível.

(ASL1, ASL3, CD5, E3, E4, M3)

No ano de 2012, o TERCOM estava implantado em 109 Unidades de Saúde e continha 81 indicadores, incluindo aqueles de programas estratégicos da SMS como os do Pacto pela Saúde e da Vigilância em Saúde (MARTY; FAORO, 2013). As metas são pactuadas nas discussões entre a SMS, os Distritos Sanitários e as Unidades de Saúde, sendo que alguns indicadores são acordados com o Ministério da Saúde, não sendo pactuados em nível local. A definição das metas é realizada considerando as diferenças entre as áreas e a capacidade instalada (WORLD BANK, 2006). Para Ditterich (2011), é importante que a SMS torne mais transparente aos profissionais o processo de pactuação de indicadores e metas, revelando que muitos indicadores e metas são pactuados em nível federal e estadual antes de chegarem ao nível local e, por este motivo, não são passíveis de renegociação.

No presente estudo também se constatou que algumas metas são passíveis de negociação enquanto outras não. Em concordância, dados de uma pesquisa realizada pelo Banco Mundial (2006) indicam que há uma mistura de negociação e imposição na definição das metas, entretanto os Distritos possibilitam a renegociação quando há dificuldades em seu alcance. Desta forma, haveria um equilíbrio entre os modelos *top-down* e *bottom-up*, o que seria positivo para a gestão.

No enfoque *top-down*, considera-se a decisão, como central, ao passo que a execução estaria na periferia. Aqueles que decidem atuam no cenário político, enquanto aqueles que executam estão ligados ao aparato administrativo. Haveria, assim, uma pirâmide, em que no seu ápice estariam os decisores, que seriam obedecidos progressivamente até chegar à base, onde estariam os executores, predominando o princípio da eficiência. Em contrapartida, na abordagem *bottom-up*, o ponto de partida é o contexto que incita a intervenção da autoridade pública. Em seguida, se definem as soluções organizativas, por meio das quais essa situação pode ser modificada pela política pública. Assim, há um ponto de contato mais imediato entre o problema e a política, de modo que as pessoas mais próximas à situação a resolvem (MENY; THOENIG, 1992).

Nota-se, portanto, que de fato algumas metas estão sendo formuladas com base na realidade local e com a participação dos profissionais que atuam diretamente com a população, em conformidade com o modelo *bottom-up*. Enquanto outras vêm de forma descendente, impostas pelo Ministério da Saúde, conforme o modelo *top-down*.

Ideia Central M: A pactuação é feita com base na realidade local e nos dados de anos anteriores

A gente faz a pactuação todo início de janeiro com o Distrito Sanitário, quando a gente pega o resultado do ano anterior e calcula a nossa capacidade instalada de acordo com o que a gente já alcançou, né, e o que a gente deseja alcançar e a meta preconizada pela Secretaria e a gente faz a pactuação. Daí tem o relatório, que são vários itens que a gente avalia, então, os itens como consultas médicas, consultas odontológicas, procedimentos realizados, todas as notificações que foram realizadas. Então tudo isso é revisto o ano anterior e pactuado em janeiro para o ano seguinte. Ele é discutido em reunião de equipe, né!? Daí dessa reunião de equipe a gente avalia o que foi feito no ano anterior, define as metas e acorda com o distrito as metas. Após a gente acorda com o Conselho Local de Saúde. Então esse processo é passado pela autoridade sanitária, né!? O distrito passa pela autoridade sanitária que é a nossa gestora, ela vem e pactua com as equipes, né!? A gente faz o planejamento pra atingir essas metas. A pactuação da Unidade é feita em cima da população que nós temos e em cima da oferta. Então, em cima da quantidade de profissionais que estão disponíveis aqui na Unidade, né, que estão no atendimento. É sempre em cima da área de abrangência e dessa população que existe nessa área de abrangência. Então as metas elas são baseadas sempre em porcentagens da nossa população. O processo é de programar as atividades em cima das

metas que a gente tem. A gente elabora estratégias que se adaptem a nossa realidade de acordo com o cumprimento ou não de metas. Tem metas que são mais tranquilas pra cumprir, que só com o nosso atendimento de demanda e de rotina a gente já cumpre. Mas tem metas que a gente tem que traçar estratégias específicas pra aquela meta pra conseguir cumprir. Sobre o POA eu acho que é necessário ter essas metas, porque de acordo com as mudanças epidemiológicas, das condições dos pacientes, das doenças que precisam de mais atenção num momento específico, eu acho que a gente tem que mudar essas metas, mudar os procedimentos e focar mais nas necessidades atuais. Você avaliar a área, né, o território onde tá inserido o equipamento de saúde, todos os equipamentos em volta, as questões econômicas da população, as questões ambientais, as doenças mais frequentes, e daí você fazer um plano em cima disso. Isso também tá muito relacionado. A gente acompanha por relatórios que são mensais ou trimestrais, né, e a gente encaminha esses relatórios pra Secretaria Municipal de Saúde, né? E de lá eles tiram as estatísticas que são apresentadas à população. Quadrimestralmente, assim, na metade do quadrimestre eu faço uma parcial dos dados e repasso pra eles, pra eles terem uma noção do que tá sendo feito, se tá atingindo, como que eles estão, qual meta que eles precisam aprimorar mais, então não é assim uma meta que é surpresa pra eles, eles sabem, porque eu faço esse monitoramento com eles.

(ASL2, ASL4, ASL5, ASL6, CD6, CD8, CD9, E1, E3, E5, E6, E7, E9, M6)

Este discurso retoma a pactuação de metas fundamentada na realidade local, nas necessidades da população, nos recursos existentes e na série histórica de indicadores, estando em consonância com o que afirma Azevedo (2009, p. 37), segundo a qual “as metas são pactuadas conforme a realidade local de infraestrutura, recursos humanos e com base em séries históricas de indicadores de saúde”.

Entretanto, ainda assim, observaram-se dificuldades no cumprimento das metas, conforme mencionado em discursos anteriores. O que reforça a importância da pactuação ser realizada de forma compatível com a realidade existente e com a capacidade instalada.

Ideia Central N: Há colaboração para atingir as metas

A gente toma conhecimento das pactuações através da autoridade sanitária local, né? Então a gente sabe que é feita uma negociação sobre alguns pontos que a gente precisa atingir e em cima disso uma programação pra tentar abranger ao máximo possível durante o ano. A minha equipe é uma equipe muito tranquila assim, o que a gente tem mais dificuldade é o

tamanho da área mesmo. Então isso interfere diretamente nessas pactuações, porque eu sei que aquilo que eu pactuei no ano passado em relação, por exemplo, a consultas médicas, eu sei que esse ano eu não vou conseguir atingir. Por mais que o meu funcionário, né, o meu servidor ele abra espaço pra gente fazer os agendamentos, colocar um extra se precisar, eu sei que a gente não vai conseguir atingir a meta. Mas eles entendem bem isso, eles correm atrás junto com a gente das metas e criam estratégias pra atingir as metas, eles são tranquilos. A gente trabalha bastante aqui na Unidade. Então eles aceitam essa situação e eu acho assim que existe bastante colaboração do pessoal em tá buscando isso. São os profissionais que estão lá na linha de frente, que estão produzindo os dados, eu tô analisando e conversando com eles. Tô ajudando eles naquilo que é mais, né? Os casos mais difíceis, ajudando a levantar estratégia, ou então eles me trazem e eu tenho que dar um jeito de organizar aquilo que eles acham que é importante fazer pra poder atingir a meta. De uma maneira geral é bem tranquilo assim. Eles sugerem, se organizam, e têm algumas metas que a gente não consegue chegar mesmo até por questão de espaço, né? A gente tinha um quadro lá atrás com todas as metas e o quanto a gente atingia cada mês. Então a gente fazia um acompanhamento mensal pra não ficar assim pro final. Era colocado essas metas nas reuniões que a gente tem quinzenais, o quanto a gente estava atingindo de cobertura, as deficiências, a gente colocava as dificuldades, discutia as estratégias pra atingir, né!? Porque daí o gestor traz estratégias de outras Unidades que às vezes estão com a mesma dificuldade, então na reunião de colegiado deles, então a gente discutia isso nas reuniões de equipe, né!? Pra tentar implantar ações novas e isso era bem legal porque toda a Unidade participava, todos os profissionais da Unidade participavam porque era uma meta coletiva, né!? Apesar de o procedimento às vezes ser só de odonto, às vezes só do médico, só da enfermagem, a meta acabava sendo coletiva porque todo mundo se integrava e se envolvia no cumprimento das metas do IDQ. A gente reúne a equipe, daí conversa com a equipe. Aí a gente faz campanha, orienta a população, abre dia de preventivo, hipertenso, diabético, a gente faz os programas, né? Cada equipe tem a sua particularidade, né, conforme a área de abrangência. Então a gente traça as metas e faz um aprazamento pra poder cumpri-las. Às vezes consegue cumpri-las dentro do prazo solicitado, às vezes não, né? Então a gente ultrapassa esse período. Mas é discutido em equipe, né, a equipe multiprofissional, o enfermeiro, o médico, a equipe odontológica, o auxiliar de enfermagem e o agente comunitário. A Unidade tem as suas metas como um todo que a gente tem que cumprir, mas cada equipe tem as metas independentemente uma da outra. Então é assim que a gente faz. A gente tem livre acesso pra discutir isso, né, a pessoa, a autoridade que entrou agora é uma

peessoa extremamente aberta, disposta a colaborar. Então a gente não tem esse problema com relação a... Ah vamos fazer isso, não pode isso, não pode aquilo. Mas assim, a gente tem essas reuniões de equipe, a Unidade fecha todas as sextas-feiras das 13 às 15 horas, em uma semana é discutido os repasses da Unidade e as informações, e na outra semana é reunião de equipe que a gente senta com a equipe e discute os casos da área, as metas, o que deve ser feito, o que não deve ser feito.

(ASL2, ASL3, ASL6, CD2, E6, E10, M4)

Este discurso evidencia o estabelecimento da corresponsabilidade entre gestores e profissionais em prol do alcance das metas. Segundo Marty (2009), o contrato de gestão estimula a parceria e a responsabilidade mútua entre profissionais, gestores e usuários, além de ampliar o comprometimento destes.

Santos Filho e Figueiredo (2009) também defendem que os contratos enquanto meios de negociação entre as partes envolvidas, de diálogo e de estabelecimento de compromissos relacionados a fins comuns, favorecem interações, assegurando a interlocução entre gestores e profissionais, e criando novos meios de comunicação no âmbito do sistema de saúde.

Ideia Central O: As metas são impostas pela Secretaria Municipal de Saúde

Então... Não tem muita negociação. A meta ela já vem da Secretaria, né, ela é pactuada com o Ministério da Saúde que pactua metas com o município, que pactua metas com a Secretaria de Saúde. A Secretaria passa pro Distrito, o Distrito tem um coordenador lá que agora, antigamente eles chamavam que era coordenador de informação, agora não sei mais como que é o nome dessa função. Ele junto com as autoridades sanitárias, eles avaliam as metas que foram atingidas no ano anterior e, com isso, a chefia junto com esse profissional ele vai adaptar quais são as metas o que a gente vai poder atingir, mas não necessariamente com os funcionários, isso não acontece. Então, na verdade as metas já vêm prontas, né, para a Unidade de Saúde. A gente nem chega a ficar sabendo, a gente só fica sabendo quando a gente participa dos Conselhos, que é o Conselho Local de saúde, o Conselho Distrital de Saúde, e que a Secretaria daí passa olha é tantos de verba, veio tantas verbas pra tal... Vamos investir em tal situação... Quando a gente não atinge alguma meta, a gente tenta falar pra nossa autoridade sanitária qual é a nossa visão porque a gente não conseguiu atingir essa meta, né? E daí ela que vai negociar com as pessoas lá em cima, mas a questão de abertura, de conversa, é sempre muito bem acessível, né? Mas embora eu ache que não

depende muito também da gerência local, eu acho que essas metas já vem mais de cima, porque existe a meta do município e existe a meta da Unidade de Saúde, né, e o município precisa ter essas metas pra acabar recebendo uma verba do Ministério que é o que ele pactuou e que ele vai atingir, né? E é lógico que o município vai tentar colocar uma meta maior pra mostrar que conseguiu fazer um serviço mais legal, mais abrangente, né? Mas muitas vezes a gente não consegue atingir essas metas. Eu penso que às vezes o pessoal mais de nível superior, as pessoas em cargos gerenciais um pouco mais acima, às vezes eles não tem um pouco a noção da realidade dos pacientes que a gente atende. Então às vezes isso dificulta um pouco, mas a gente tenta explicar, né, como que é a nossa realidade no atendimento do dia a dia. As metas elas hoje em dia elas estão assim... Não tenho visto um retorno, uma negociação plena, tá? A gente sabia que a gente tinha algumas metas e a primeira foi baseada numa série histórica e daí a gente sabia que conseguiria aquilo e foram instituídas as metas meio baseadas na série histórica, né!? E daí a partir das metas instituídas a gente ia acompanhando as avaliações, né trimestralmente pra ver se a gente estava atingindo ou não e o que que a gente podia ter de estratégia pra chegar na meta, né!? Mas tinha depois quando você estava trabalhando o que estava bom o que não estava bom, o que fazer pra chegar no objetivo, né!? Isso sim. Hoje as metas elas praticamente se replicaram e continuam já metas antiquadas. Há bastante tempo que eu não vejo uma pactuação anual dessas metas ou dentro de condições de equipes e espaço físico e tudo, realmente essas metas não estão sendo mexidas como deveriam, talvez sendo readequadas a cada ano ou em reuniões. Como somos ponta de lança, nós não participamos diretamente da quantificação. A gente não sabe muita coisa do POA assim. A gente sabe que a gente tem que cumprir as metas e pronto. Eu acho que assim quando a gente fosse discutir questão de metas, essas coisas, eu acho que tinha que participar quem tá aqui na ativa, entendeu? Quem tá ali, quem vai cumprir realmente as metas, né? Porque daí a chefia da Unidade... Vai cobrar, em termos ela vai ter que cumprir, né, porque ela vai ter que cobrar de você. Mas quem tá aqui no dia a dia lutando pra cumprir somos nós e a gente não participa dessa discussão, né? Então eu acho que não é muito viável assim. É o que eu falei, né, vem e cumpra-se e pronto acabou. Todo o início do ano eles falam quais são os procedimentos que estão inclusos no POA e que a gente tem que cumprir. Então... Não tem um documento específico pra saber se você está cumprindo as metas ou não. Mas normalmente tem uma reunião com a chefia se a gente não conseguir atingir as metas. Então não é uma avaliação de todo mês, mas quando a gente não consegue, aí que a chefia comunica cada setor pra falar qual área não tá sendo atingida. Mas não existe assim uma negociação do que deve ser

feito e não tem que ser feito, já tá pactuado e a gente só tem que cumprir, né? Em suma, se for ver bem lá no fundo mesmo, vai prevalecer o que eles determinam, a coisa já vem meio calculada, meio pronta, né, então, por fim vai ter que ser aquilo né? Porque eles já fazem toda uma estatística de possibilidade e tal e vai ser aquilo. Eu acho que o POA a gente não tem tanto contato, eu acho, sabe? Isso eu acho que as chefias elas meio que fazem meio que individual, assim. Elas fazem lá os relatórios e buscam lá os números delas e depois, às vezes quando têm a oportunidade repassam pra gente, mas também não é uma coisa assim, uma rotina, né? Isso eu falo de todas as gestões que eu já vi assim, isso é uma coisa meio individual mesmo, elas fazem e não abrem muito pra gente não.

(ASL3, CD3, CD4, CD7, CD8, CD9, E1, E2, E4, E5, E9, M2)

Contrapondo-se a discursos anteriores que afirmam que há ao menos uma negociação parcial das metas, como na ideia central L e M, neste discurso nota-se que não há participação dos profissionais de saúde no processo de pactuação das metas, mas apenas um repasse. Emergem dele algumas críticas ao desconhecimento daqueles que estabelecem as metas em relação à realidade local e à perpetuação de metas sem que estas sejam recalculadas e readequadas anualmente.

O resultado deste estudo diverge do que é apresentado na literatura por autores como Azevedo (2009) e Marty (2009), que afirmam que o TERCOM é firmado entre as equipes de saúde, as autoridades sanitárias locais, os gestores distritais e municipais, havendo, ao longo do processo, a participação de representantes dos usuários dos Conselhos Locais de Saúde. Ditterich et al (2015) em pesquisa realizada com profissionais de saúde e ASL, constatou que a maioria dos respondentes de cada classe profissional consideraram haver uma negociação parcial das metas, já que o gestor do Distrito Sanitário impõe algumas metas e renegocia outras, informação esta também obtida no presente estudo.

Para Ducati e Vilela (2001, p.12), “[...] as metas necessariamente, devem ser propostas e aceitas por todos os envolvidos no processo, devendo ser possível de atingir, porém de forma que tragam constantes melhorias para a organização”. Em concordância, Lima (1996) defende que o contrato de gestão envolve o estabelecimento periódico de compromissos pactuados entre o nível local e o nível central com o propósito de ampliar a participação e a corresponsabilização, concedendo maior autonomia ao nível local.

Nos casos em que o estabelecimento do contrato de gestão não envolve um preparo prévio, com a sensibilização de gestores e servidores, com capacidade gerencial, planejamento, participação e negociação, este será apenas mais uma formalidade, não

assegurando os melhores resultados esperados (SANTOS, 2000). Diante do exposto, evidencia-se a importância da participação de todos os envolvidos no processo de pactuação de metas, para que se reconheçam nelas as necessidades da população e para que haja uma responsabilização conjunta sobre o seu cumprimento.

Ideia Central P: As metas devem ser repactuadas

Eu acho que é algo assim que não pode ser estanque. Eu acho que de um ano pro outro ele precisa ser aprimorado. Porque se não, não tem sentido. Se não, começa a virar rotina, como o IDQ um dia virou, né? E o POA não pode se tornar mais um indicador. Que aí a gente incorpora e cumpriu, cumpriu, não cumpriu, não cumpriu. Não. Não cumpriu é porque o papel da Atenção, né, a Unidade não tá fazendo o seu papel de Atenção Primária. Porque se a gente não cuidar de cobertura vacinal, as crianças vão ficar doentes, vai ter mais... né? É toda uma cadeia de cuidados que a gente precisa tá tendo. A renegociação depende de cada gestor, então eu já trabalhei em Unidade de Saúde que o gestor voltava para o seu distrito com a chefia do distrito e apontava as nossas dificuldades, e mostrava, olha não temos funcionários, não temos ginecologista, não tem como cumprir a meta de pré-natal, e de certa forma conseguia baixar a meta, depende muito do gestor. Então nessa gestão que eu estou aqui, ela entende e justifica que a gente não tem condições, mas diz que de alguma forma a gente tem que alcançar.

(ASL1, E4)

Este discurso reforça algumas opiniões expressas nos demais, ressaltando a importância da renegociação quando as metas não são atingidas e de sua pactuação anual, levando em consideração as mudanças existentes. Esta importância também é citada na literatura. Segundo dados de uma pesquisa realizada pelo Banco Mundial (2006) os Distritos possibilitam a renegociação das metas quando há dificuldades em seu alcance. A assinatura do Termo de Compromissos, bem como a reavaliação e pactuação das metas do POA ocorrem anualmente (MARTY, 2009).

Ideia Central Q: Falta de informações para pactuação de metas

O que falta pra gente um pouco eu acho, se for pra fazer uma crítica, né? A gente não tem um conhecimento ainda muito profundo da realidade local. Então a gente sente uma certa falta

de alguns números que seriam importantes e que a gente como serviço de saúde por si só tem dificuldade de levantar. Talvez precisasse melhorar o sistema de informação, mesmo de dados populacionais, né? Por exemplo, pra mim é difícil saber exatamente qual é o número de crianças de determinada faixa etária, qual o número de mulheres... A gente sabe das pessoas que frequentam a Unidade, isso o Sistema fornece pra gente, mas a gente poderia ter uma visão mais profunda desses números, que eu acho que trariam um Planejamento Operativo Anual de melhor qualidade. Então eu acredito que o POA seja importante, mas se cabe uma crítica, a gente poderia planejar melhor se tivesse mais dados. Falta ainda umas referências que a gente não sabe ainda como buscar.

(CD5)

Segundo Azevedo (2009), o processo de pactuação de metas leva em consideração as variáveis locais. Desta forma, a disponibilização de informações claras, condizentes com a realidade e de fácil acesso é essencial para a pactuação, conforme ressaltado no discurso. Além disso, a existência de sistemas de informação é de grande valia para o monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas e dos resultados alcançados.

Os Sistemas de Informação em Saúde consistem em meios de produção, análise e disseminação de dados, com a finalidade de fundamentar a elaboração e avaliação de políticas e programas (RIO GRANDE DO SUL, 2007). O uso dos sistemas de informação ainda requer aperfeiçoamento, uma vez que nem sempre seus dados refletem a realidade. Faz-se necessário, portanto, maior treinamento dos profissionais para registro das ações realizadas, bem como para consulta dos dados produzidos.

Ideia Central R: Há diálogo entre gestores e profissionais de saúde

O diálogo é muito fácil, é muito tranquilo, porque a chefia tá sempre aqui junto com a gente né, qualquer coisa que a gente solicite, a gente precise, a gente solicita, né? Então não é distante. É tranquilo, ela sempre faz a apresentação, né, dos nossos itens lá, que a gente precisa correr atrás, ela faz a nossa reunião lá de equipe que é quinzenal, e ela é bem aberta, ela coloca o que pode ser feito pra atingir aquelas metas, né? Quando a gente tem dificuldade, a gente senta com a equipe, com cada equipe e elabora uma estratégia pra ver o que vai fazer pra melhorar aquele indicador. A gente não tem problema aqui com ela em relação a isso. E quando vem muito verticalizado, a gente tenta fazer negociação, mas nada de assim, nada que não vá conseguir atingir, sabe? Ela é bem acessível, é muito tranquilo o

diálogo, não tem nada sobreposto, de cima pra baixo. Trimestralmente é feita avaliação e é passado para os profissionais... Olha... Essa meta a gente tá bem, essa meta nós não estamos, precisamos correr atrás, e a estratégia que a gente vai ter. Então periodicamente é feita essa negociação.

(ASL5, CD6, E7, M6)

Neste discurso retomam-se alguns aspectos relacionados à corresponsabilidade existente entre os envolvidos, de forma que todos buscam atingir as metas e desenvolvem estratégias em conjunto quando há dificuldades para alcançar alguns indicadores; e à possibilidade de negociação e diálogo. Segundo Ditterich, Moysés e Moysés (2012), para que a gestão de resultados seja implantada de forma plena, é necessário que haja corresponsabilidade entre profissionais de saúde e gestores, a qual é obtida por meio da pactuação conjunta entre todos os envolvidos e de sua avaliação periódica.

Ideia central S: A concordância com as metas aumenta o comprometimento

Eu acho que o que contribui deles é quando eles concordam com as metas estabelecidas, porque daí é muito mais fácil você saber porque está fazendo aquilo, né!? E daí eles se comprometem com tudo isso pra que as coisas aconteçam, né!? E os funcionários da... Eu vou falar da Unidade de Saúde que eu trabalho, são extremamente comprometidos mesmo com a população de um modo geral assim, fazem muito além daquilo que teria como competência.

(ASL4)

Para que os profissionais concordem com as metas estabelecidas nos serviços, conforme mencionado no discurso, é preciso que eles conheçam as necessidades da população e participem do processo de pactuação de metas de forma ativa. Caso contrário, podem considerar seu cumprimento desnecessário e não se comprometerem para atingi-las.

É preciso, portanto, que a pactuação de metas ocorra com o envolvimento de equipes de saúde, das autoridades sanitárias locais, dos gestores distritais e municipais e de representantes dos usuários dos Conselhos Locais de Saúde. Conforme observado em discursos anteriores, as metas, por vezes são apenas informadas aos profissionais, sem que eles participem de sua negociação.

QUADRO 4 - IDEIAS CENTRAIS DA CATEGORIA SISTEMA DE INCENTIVO AO DESENVOLVIMENTO DA QUALIDADE

CATEGORIA: SISTEMA DE INCENTIVO AO DESENVOLVIMENTO DA QUALIDADE (IDQ)	
Ideia Central A	A qualidade deve ser priorizada
Ideia Central B	A autoavaliação era um aspecto negativo
Ideia Central C	O IDQ era um instrumento de pressão
Ideia Central D	O IDQ não fazia diferença no comportamento dos profissionais
Ideia Central E	Problemas com o fim do IDQ
Ideia Central F	Inicialmente o IDQ fez efeito, depois não teve mais resultados
Ideia Central G	A proposta existente em teoria é boa, mas na prática o IDQ não estava funcionando
Ideia Central H	O incentivo oferecido de forma contínua é ruim
Ideia Central I	A gratificação era utilizada para não precisar aumentar os salários
Ideia Central J	A avaliação deveria ser diferente
Ideia Central K	O IDQ era uma fonte de motivação
Ideia Central L	Os incentivos estruturais são melhores que os individuais
Ideia Central M	O IDQ representava um percentual muito grande do salário dos profissionais
Ideia Central N	O IDQ era uma ferramenta de avaliação individual
Ideia Central O	Deveria haver aumento do salário ou uma contribuição previdenciária sobre a gratificação
Ideia Central P	O incentivo motiva as pessoas a atuarem nas unidades mais distantes

FONTE: A autora (2016).

Ideia Central A: A qualidade deve ser priorizada

O IDQ ele tinha vários segmentos, tinham alguns segmentos que, um dos itens era o item das metas atingidas pela Unidade de Saúde, outro item era uma avaliação de desempenho do profissional separado e outra era a autoavaliação do funcionário. Então em todas essas avaliações é que formava uma nota final pra dar o ponto para o tal do IDQ, né, pra saber se a gente ganharia ou não um percentual de prêmio digamos assim, de que a gente cumpriu as nossas metas. Eu não gosto dessa parte de avaliar o funcionário somente por números. Se você for ver por número, é muito fácil você entrar no E-Saúde e conseguir registrar vários procedimentos em um paciente. Então pra mim número também não é válido. Mas teriam que ter ferramentas. Cada Unidade de Saúde tem a sua particularidade. E às vezes a nossa produção em números acaba diminuindo e o IDQ é visto somente, somente não, mas a chefia vê mais os números, né, então a parte qualitativa do IDQ eu acho que fica um pouco a

desejar. Ficar só ligado na quantificação é extremamente perigoso, porque daí tem muitos profissionais que acabam deixando a qualidade de lado pra se atingir a quantidade. Então quando isso acontecia, era perigoso. Então, assim, quando for demarcar a questão da quantidade, sempre ver a questão da qualidade que está sendo feito junto. Daí tem que se pensar, ver uma maneira de se bonificar pelo tipo de serviço que é feito, pela qualidade, não só a quantidade... Então... Eu sei que é difícil de quantificar, eu participei de pesquisas de avaliação de satisfação, qualidade de atendimento, que é difícil mesmo assim... São cinco pilares, né? Então você tem que trabalhar neles pra conseguir ter a qualidade do serviço público, mas daí eu acho que teria que fugir um pouquinho só do quantitativo e ver o qualitativo também. Teria que tentar buscar esse sentido agora. Então eu acho que o IDQ ele é útil, mas também é uma coisa que deve vir de uma produtividade não numérica, e aí, o IDQ é melhor não ter, do que ter ele pra quantidade. Quantitativamente eu acho o IDQ inútil. Totalmente inútil. Eu acho que se você tem IDQ, tem que ser qualitativo. Então desde as metas, através do Plano Operativo Anual até o IDQ ele tem que ser avaliado qualitativamente.

(ASL7, CD4, CD7, CD9)

Assim como observado nos discursos referentes ao TERCOM, a necessidade de priorização da qualidade também foi relatada em relação ao IDQ. Enfatizam-se os riscos da avaliação quantitativa, que pode levar ao registro de vários procedimentos para um único paciente sem levar em consideração a qualidade com que foram realizados.

Em concordância, Oxman e Fretheim (2009) ressaltam que o pagamento por desempenho pode gerar efeitos negativos, incluindo distorções, de modo que ações e serviços importantes sejam deixados de lado, selecionando casos de pacientes que permitam que as metas sejam atingidas mais rapidamente.

Barreto (2015), ao analisar os efeitos do pagamento por desempenho descritos em revisões sistemáticas, constatou que não há evidências suficientes de que este melhore a qualidade e os resultados das ações e serviços em saúde que necessitem de intervenções e modificações mais complexas. Além disso, encontrou a descrição de alguns riscos, como a negligência dos profissionais com funções não recompensadas, disponibilização de informações não condizentes com a realidade e dependência dos incentivos.

Contrapondo-se a tais riscos, uma pesquisa conduzida por Ditterich (2011) envolvendo profissionais de saúde e autoridades sanitárias locais revelou que o IDQ foi considerado de grande valia para promoção de maior motivação e comprometimento dos

profissionais de saúde com o trabalho, o alcance de metas e a qualidade dos serviços de saúde. O referido autor ressalta a importância de que a avaliação por desempenho leve em consideração as necessidades da população, dando ênfase à qualidade dos serviços prestados.

Em concordância, Magalhães (1998 apud DITTERICH; MOYSÉS, 2012) destaca que a avaliação de desempenho não deve se limitar aos critérios de bonificação dos profissionais, mas sim estimular o comprometimento das equipes com os objetivos da instituição e articular a gratificação ao alcance das metas que assegurem maior eficiência aos serviços de saúde e a maior qualidade dos atendimentos.

Ideia Central B: A autoavaliação era um aspecto negativo

O ponto negativo era as avaliações como eram feitas e eu acho que a autoavaliação. Eu acho que ela era muito subjetiva, ela não... assim... Pra todas as categorias era a mesma coisa de algumas coisas e assim o funcionário ficava numa determinada escala e ele era cobrado de tudo e isso não era correto, né!? Então eu acho que isso teria que melhorar. Além disso, desde que eu entrei na prefeitura nos orientavam assim, antes de eu entrar na gestão: preencha 10 em tudo. Então você, todo mundo se dá 10 em tudo. Eu nunca me dei 10 quando eu, porque eu também como gestora sou avaliada, né, tinha o IDQ gerencial, nunca me dei 10, porque é um posicionamento muito pessoal, acho que ninguém é 10 em tudo, né? Mas a maioria maciça dos servidores preenchem 10. E aí por mais que você dê uma nota, né, baixa, quando somava e fazia a média, ele acabava ficando com uma média boa. Então tinha pra mim essa falha. As pessoas não queriam se prejudicar, então colocava lá... Sabe? A gente se auto avaliava, colocava lá se você tinha alcançado, a nota que você acha que merecia, né? Então, assim, teve algumas vezes que a gente colocava, se você for bem sincero na avaliação, a gente colocava uma nota... Porque plenamente, ninguém alcança aquelas metas, né? Então você colocava lá, vamos supor, você era sincero, colocava lá, ao invés de 10, colocava 7, né? E sendo sincero. E aí você via os colegas que às vezes faziam muito menos que você e tudo mundo colocava 10, era uma autoavaliação. Então era uma coisa bem empírica, né? Não tinha muito valor. E a chefia, por outro lado, eu vejo que era um instrumento da chefia talvez ali naquele momento cobrar do funcionário. Porque daí ela confrontava a nota que ela acha que o funcionário merecia, com a que ele se deu. Mas o corre corre do dia a dia das chefias que já tinham tanta coisa pra fazer, às vezes, não queriam se incomodar com isso. E ele não era em consonância com o POA, eu acho que deveria ser uma coisa mais, numa única linha,

sabe? Tinha algumas coisas bem interessantes no IDQ que eram legais, mas ainda assim, eu acho que a autoavaliação prejudicava muito.

(ASL4, ASL5, CD2)

O IDQ era avaliado trimestralmente por meio de quatro planilhas: avaliação individual do profissional da saúde, autoavaliação, avaliação da unidade de saúde e avaliação da comunidade (WORLD BANK, 2006). Na autoavaliação, os servidores realizavam uma autocrítica sobre o seu desempenho no trabalho, seu comportamento e sua produtividade em relação aos resultados almejados. Os fatores considerados envolviam o conhecimento do trabalho, da área de abrangência, dos programas; a postura profissional; o relacionamento interpessoal com a equipe e a comunidade; aspectos administrativos, como assiduidade e pontualidade; e a qualidade do trabalho (CURITIBA, 2005).

Neste discurso nota-se que o objetivo de realizar uma autocrítica, avaliando seus pontos positivos e suas falhas não tem sido atingido, já que todos ou a maioria se avaliam com a nota dez, independente da forma como tenham realizado seu trabalho, com o único propósito de receber o benefício financeiro. Neste caso, ressalta-se o entendimento de Barreto (2015), segundo o qual o pagamento por desempenho pode gerar fraudes nas informações.

Para Miller (1992 apud WORLD BANK, 2006) os incentivos financeiros não são suficientes, pois os agentes podem encontrar maneiras de enganar seus principais. Desta forma, são necessários meios "políticos" para melhorar o compromisso e a cooperação. Faz-se necessário, portanto, o desenvolvimento de ações que ampliem a confiança entre agente e principal e a consciência dos profissionais acerca da importância de uma avaliação verdadeira e condizente com a realidade.

A autoavaliação seria um momento de reflexão acerca de seu próprio desempenho, porém, conforme evidenciado no discurso, não foi utilizada com esse fim, mas apenas como uma forma de ampliar a pontuação do IDQ. Como alternativa, poderia ser viável comparar as notas dadas pelo profissional com as outras três avaliações e, nos casos em que houvesse grandes discrepâncias, promover o diálogo com os servidores a fim de verificar o que de fato estava ocorrendo.

Ideia Central C: O IDQ era um instrumento de pressão

Já foi usado de início como instrumento de pressão, né? Quando quem não cumprisse perdia o incentivo, quem cumprisse manteria o incentivo. Foi modificado isso hoje e hoje isso não é

mais um instrumento de pressão. Tanto que descambou todos os índices que antes existiam. O IDQ ele era bom sabe por quê? Pra chefia, pra enfermeira ele era bom, porque no IDQ eu tinha algum modo de punir os funcionários. Então lá tinha o quesito: não chega no horário, não cumpre as tarefas, não é assíduo, então ali a gente tinha como tirar nota deles e eles podiam perder o IDQ e era uma perda financeira, porque no serviço público a gente não tem, não adianta ficar dando advertência pro cidadão, não adianta ficar fazendo nada. Ali era um ponto positivo, que agora eu não tenho mais, né? Então assim as metas do IDQ eram boas porque eram metas assim do planejamento do serviço mesmo, era uma tabela diferente de metas, sabe? Precisava voltar pra gente poder ter esse momento com o funcionário, dizendo que ele não cumpriu... Que ele... Então assim era bom por conta disso, então agora a gente fica aguardando, né, esperar, entrar, o que que vai ser o Qualifica SUS. Não sei se vai entrar? Então o incentivo financeiro eu acho bom por essa parte que eu te falei... Que a gente... É um modo de a gente prender o funcionário a trabalhar correto e ser assíduo e ser bem cordial com a população e tudo. Eu acho que é válido nesse sentido assim que a gente consegue manipular alguma coisa no sentido do funcionário ser mais correto. Mas às vezes só funciona com uma punição. Então mas eu acho que não é construtivo na maioria dos casos você punir alguém por causa de um planejamento, por causa de um pacto que você fez, porque na saúde nada é exato.

(E4, E8, M2)

Este discurso apresenta a possibilidade de perda do incentivo como uma forma de punição para aqueles servidores que não atingissem as metas estipuladas, sendo algo positivo para estimular os profissionais a realizarem suas funções. Porém ressalta-se que não deve ser apenas um instrumento de punição, mas de diálogo e incentivo. Outra preocupação que emerge deste discurso refere-se ao fim do IDQ e a conseqüente queda dos indicadores atingidos.

De acordo com a Teoria de Agência, como nem sempre o agente atuará em prol dos interesses do principal, é necessário haver um contrato, um sistema de incentivo e de monitoramento das suas ações (JENSEN; MECKLING, 1976). O sistema de incentivo seria importante, portanto, para reduzir a assimetria entre os interesses do principal e do agente, estimulando o contratado a buscar atingir os objetivos propostos. Tal fato está em concordância com o conteúdo expresso no discurso C, uma vez que com o fim do IDQ, houve redução da motivação para alcance das metas.

A promoção do diálogo gerada pelo sistema de incentivo está em consonância com resultados de uma pesquisa realizada pelo Banco Mundial (2006), segundo a qual o processo avaliativo do IDQ pode ser mais motivador que a própria recompensa ou punição, uma vez que contribui para estimular o diálogo entre servidores e gestores. Quando um problema é constatado com um membro da equipe, a equipe busca solucioná-lo em conjunto. Em concordância, a OCDE (2005) também defende que o sucesso do sistema de incentivo depende mais da qualidade do processo avaliativo do que do próprio pagamento.

Ideia Central D: O IDQ não fazia diferença no comportamento dos profissionais

Não sei se agregava muito mais esforço da equipe, entendeu? Então até acho que não fez tanta diferença na produção o IDQ antes e depois. Às vezes as pessoas até falam... Ah... Que antes até falavam ah que se você não atingisse, você não receberia o IDQ. Não sei se teve um impacto tão diferenciado depois que acabou o IDQ, acho até que não. Que quem era comprometido continuou comprometido e quem não era comprometido continua não sendo comprometido. Era um estímulo que a gente tinha pra cumprir com aquelas metas que são diferentes do POA. E que são outros tipos de metas também que trabalham grupos prioritários e dependem do trabalho da equipe inteira da Unidade, então eu acho que é um estímulo bom, mas mesmo assim eu acho que comparando com o que a gente tá fazendo atualmente, que já quase não existe o IDQ, eu acho que não faz, na verdade não faz uma diferença muito grande. O atendimento que a gente tá fazendo agora que já não tem aquele estímulo, porque o IDQ já tá, já quase tá desaparecendo. Então a gente continua fazendo o mesmo, mesmo sem ter o IDQ antigo.

(ASL3, CD8)

Neste discurso, em contraposição ao anterior, afirma-se que o fim do IDQ não alterou o comprometimento e a forma de atendimento dos profissionais. Segundo dados da OCDE (2005), produzidos a partir da análise de diversas experiências internacionais com os sistemas de incentivo profissionais, o impacto destes sobre o comportamento e a motivação das pessoas não deve ser superestimado, uma vez que esta ferramenta tem papel secundário. Perspectivas de promoção e a organização do trabalho seriam formas mais eficazes para motivar os profissionais.

Talvez por este motivo alguns profissionais tenham relatado que não houve mudanças, por considerarem a motivação algo intrínseco, ou ainda, pela existência de outros

fatores que repercutam na satisfação e comprometimento dos servidores que não tenham sido alterados.

Em contraposição, uma pesquisa realizada pelo Banco Mundial (2006) revelou que 90% dos entrevistados considerava que o IDQ exerceu influência sobre o comportamento dos profissionais quando foi introduzido, sendo que 61% considerava que ele ainda fazia efeito. Houve, portanto, um possível declínio na eficácia desta ferramenta ao longo do tempo, o que pode explicar a opinião expressa nesse discurso. Além disso, o IDQ pode ter gerado benefícios duradouros, como mudanças permanentes no comportamento dos profissionais, o que explica a manutenção do comprometimento mesmo após o seu fim.

Ideia Central E: Problemas com o fim do IDQ

Então a gente acabou tendo bastante problema com esse negócio do IDQ, assim de ser extinto, porque a gente não tem daí nenhum incentivo. Ia ter o tal do difícil provimento, até agora a gente não viu a cor do dinheiro. Que a gente acha isso bem errado, porque tem Unidades que são bem menos perigosas que a gente e ganham esse difícil provimento. E a gente que tem todo o risco da região, da situação, de tudo aqui, a gente não ganhou. Então eu acho que o IDQ deveria ser conforme o índice de periculosidade, de problemas enfrentados no nível social mais baixo, eu acho que deveria ser assim, né? Então a gente fez até uma reunião, fizemos um protesto aí tudo, e aí falaram pra gente que a gente ia ganhar 5%, mas até agora a gente não viu a cor do dinheiro. Então os funcionários estão desanimados por causa disso. É muita cobrança e pouco incentivo. Você não tem incentivo da prefeitura, né? A gente fez até greve por conta disso, aí eles disseram que iriam repassar o valor do IDQ para o Qualifica SUS, né? E até hoje a gente não viu o Qualifica SUS. Eu sei que a gente só viu a retirada no contracheque da gente, mas o retorno a gente não viu até agora. Todos os postos aqui em volta tinham um IDQ de 30% e só o nosso era um IDQ de 20%. Então a gente também tá lutando no sindicato em relação a isso, porque tem um outro posto aqui na mesma área, no mesmo bairro, porque a classificação de risco tá sendo diferente? A gente não entende. Então também tem vários anos que a gente vem lutando pra gente se equiparar aos postos aqui do lado. E também a gente não conseguiu até agora. Então a gente já tem um agravante de ser menos que os outros postos, não sei por que isso. Ainda foram e deram uma mordida no tal do Qualifica SUS que até hoje a gente não viu, então... Se você faz greve, você sofre a pressão, alguns funcionários eles foram penalizados com cinco dias de desconto no contracheque, né? Por conta disso. Então dá pena né? Seria

mais interessante se realmente chegasse esse incentivo, que ultimamente tá difícil, né? Pra você ter uma ideia, teve até uma situação também da greve, que eles queriam também, a gente recebe um repasse do governo federal no sentido PSF, até isso eles queriam descontar da gente. Foi um dos motivos de greve, então assim, hoje no Brasil tá bem complicado essa situação, porque não tem aquela... Isso não é legal, não é aquela distribuição justa. É bom? É. Mas acho assim também teria que ser melhorado. A gente tem o cálculo de PIB pelo PIB e renda per capita, o PAB avançado, que veio pra Unidade Básica, mas só que esse cálculo desse dinheiro ainda não é o ideal, ele não sofre correção, não é corrigido pela inflação, né? Então... Aqui que propõe o Plano, não é a realidade da gente. Então isso deveria ser corrigido, recalculado anualmente, pra daí cumprir todas as necessidades do trabalho da gente aqui. É esse déficit anual, se faz um Programa Anual, imagina... Então isso aí tá sem ser revisto há quantos anos? A realidade da gente não é essa, a população aumentou, muita gente desempregada, a gente está com um fluxo maior de pacientes, então tem muita coisa que tem que ser revista.

(E9, E10, M4)

O fim do IDQ pode estar associado a alguns aspectos, como: o fato de não estar mais gerando os efeitos esperados, tendo se tornado apenas mais uma gratificação no salário; ou ainda devido à descontinuidade política que, por vezes, implica no fim de programas e ações, devido ao fato de outro grupo político, com outras concepções e ideologias, ter assumido o poder. Os contratos de gestão e o sistema de incentivo foram adotados em Curitiba em um momento em que era priorizada a gestão por resultados e mecanismos de contratualização, e assim permaneceu até 2012. A partir de 2013 passou-se a dar maior ênfase à cogestão.

O primeiro problema elencado no discurso refere-se ao não pagamento dos incentivos propostos. Em 2015 foi assinado o Decreto nº 298, o qual instituiu Gratificações Especiais de Difícil Provedimento, de IDQ Residual e revogou o IDQ na SMS de Curitiba (CURITIBA, 2015a); e o Decreto nº 299, que criou uma gratificação especial em substituição ao IDQ para as funções de gestão (CURITIBA, 2015b). No mesmo ano foram deflagradas greves pelos profissionais de saúde da SMS de Curitiba em função do não pagamento de acordos salariais, de horas extras e do IDQ residual (SCORTECCI, 2015). Em substituição ao IDQ foi proposto o Qualifica SUS em 2014, porém este não foi implantado até o presente momento.

Outra queixa presente no discurso refere-se à diferença nos percentuais recebidos pelo IDQ. Seu valor consistia em um percentual variável entre 20 e 50% do vencimento

básico de cada servidor. O percentual é definido para cada unidade de lotação, conforme os fatores descritos na Portaria nº003/99 da SMS de Curitiba, quais sejam: “de difícil lotação; de intensa rotatividade de profissionais [...]; de difícil acesso [...]; de serviços diferenciados e de programas especiais que se caracterizam por uma maior complexidade nos serviços de atendimento diuturno à demanda” (MARQUES et al., 2017). Questiona-se no discurso o motivo pelo qual Unidades presentes em uma mesma área estariam recebendo percentuais distintos.

Criticou-se também o fato de os valores transferidos para as Unidades não serem recalculados, apesar de haver o aumento da população e do fluxo de pacientes. Entretanto, a Portaria nº 1.409, de 10 de julho de 2013, estabeleceu o valor mínimo da parte fixa do Piso de Atenção Básica (PAB) para cálculo do montante de recursos transferidos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Municípios e do Distrito Federal. O cálculo leva em consideração o número de habitantes (BRASIL, 2013).

Ideia Central F: Inicialmente o IDQ fez efeito, depois não teve mais resultados

O IDQ a princípio quando ele foi instituído ele teve um objetivo de valorar financeiramente as equipes e os profissionais que se dispunham a trabalhar em serviços com maior demanda, mais distante, que tivessem mais dificuldade de lotação de pessoal, né!? E que desenvolvessem um trabalho de qualidade, atingindo as pactuações, né!? Que eram tiradas metas do POA pra questão da Unidade de Saúde. Inicialmente fez efeito, porque daí as pessoas queriam, né? Ah... Nós precisamos atingir a meta se não a gente não recebe... Então e no início eram metas que a gente não atingia realmente, né? Então você tinha que correr atrás pra você conseguir atingir. E aí depois foi, né? As equipes foram adequando e foram dando conta e não ficou mais tão difícil atingir aquelas metas que tinham lá. Então o pensamento dele foi eu acho que interessante pra época e melhorou muito a questão da captação de pessoal pras Unidades de Saúde em que a gente tinha dificuldade de lotação de pessoal. Só que dinheiro ele é bom quando ele é instituído, passou uns meses ele faz parte da rotina, certo? Não é isso que te anima pra trabalhar né!? Claro você trabalha pra ganhar também, mas não é só isso, né então essa parte do dinheiro do IDQ ele faz com que as pessoas tenham empolgação no início, né!? E depois era muito mais como não perder, né!? E assim, eu penso que a avaliação individual de cada profissional, vivenciei isso como chefia de Unidade de Saúde e como profissional de Unidade de Saúde e tenho a mesma opinião com relação a essa avaliação, era uma avaliação que na verdade você tinha muita dificuldade por

exemplo que um indivíduo perdesse o IDQ, porque ela era difícil de ser feita e tirado a nota dele o suficiente para ele perder um IDQ, né!? Ele perdia IDQ se ele faltasse não sei quantas vezes. Eu penso assim que o IDQ ele era bom porque você sistematicamente passava por uma avaliação, mesmo que fosse uma avaliação, uma avaliação, então você tinha a oportunidade de sentar com a tua chefia, discutir, de conversar, ela tinha uma possibilidade de conversar com você e te apontar coisas que seriam interessantes a gente fazer diferente e tal. E a gente também tinha momentos só com a chefia, eu acho que isso era um ponto bem positivo. Ela tinha uma autoavaliação que se a gente fizesse criteriosamente a gente poderia olhar pra dentro de si e ver puxa... Aqui eu podia melhorar... Aqui eu estou bem... Aqui né nossa se eu fizesse assim eu melhorava. Então era uma autoavaliação, mas eu penso que no decorrer do espaço, ficou muito banalizado isso, sabe? E como as chefias são pessoas e os funcionários também, né!? A forma de fazer era muito individual de cada pessoa, né!? E como valia dinheiro dificilmente a pessoa olhava pra si e dizia nisso aqui eu mereço cinco, né!? Ou a chefia falava puxa coitadinha... Ela precisa tanto desses 30% ou desses 50% e então isso também pesava na avaliação, mesmo a da chefia... Puxa né!? Ela tá deixando a desejar, mas coitada ela precisa tanto desse 30%, né!? E isso... Ou então não né!? Mas eu não entendo que tenha tido algum chefe dentro da Secretaria de Saúde que tenha tido essa visão... “Não... eu vou tirar o 30% porque eu vou tirar”. Eu acho que não teve essa intercorrência. Mas penso que no decorrer do tempo foi acho que usado pouco essa ferramenta como uma ferramenta que poderia melhorar mesmo a qualidade do serviço. Porque era Índice de desenvolvimento da qualidade, né!? E depois ficou só IDQ e ninguém sabia o que é que era o IDQ, né!? E virou meio que rotina assim. O IDQ passou a não ser um incentivo. Já que financeiramente fazia diferença na vida das pessoas sim, mas como eles incorporaram no salário, no final acabou não dando tanta diferença. A equipe por um lado, se você viesse hoje novamente com uma outra forma de incentivo, eu acho que dava uma chacoalhada na equipe de novo assim, né? Metas que eles tivessem que buscar, além do que se tem hoje. Que precisasse mexer um pouco mesmo, até esse novo modelo que eles estão querendo colocar, eles colocam, já tinha outro peso a avaliação da comunidade, o peso dentre pares que não tinha agora também tem. Então... era... a avaliação da chefia tinha um peso muito grande, agora não tem mais, né? Então assim... Se volta mais pra... É... Não é uma meta da chefia, não é a chefia só que tem que tá se esforçando e cobrando, não, a própria equipe também avalia os seus pares e né? Acho que vai ser mais legal que antes. Então ele desenvolveu, pode ter desenvolvido qualidade muito no início, depois ficou uma coisa muito sistematizada.

(ASL3, CD3)

O IDQ buscava atingir dois propósitos: resolver a dificuldade de lotação e permanência dos profissionais em locais de difícil acesso ou com maior grau de complexidade dos serviços prestados; e melhorar a qualidade dos serviços, atingindo as metas pactuadas (MARQUES et al., 2017). No discurso F nota-se que estes propósitos foram atingidos inicialmente, porém, com o tempo, cumprir as metas existentes e receber o IDQ tornou-se uma rotina, de modo que muitos sequer sabiam o que significava a sigla. Além disso, o discurso revela que as avaliações não necessariamente eram realizadas de forma coerente e que, posteriormente esse valor foi incorporado ao salário.

Uma pesquisa realizada por Ditterich (2011) constatou que o IDQ repercutiu na redução de faltas, de atrasos, de indisciplina e afastamentos dos profissionais, além de exercer efeito no aumento de motivação dos trabalhadores. Percebeu-se ainda que para 60% dos entrevistados o IDQ ainda surtia efeitos positivos, ao menos de forma parcial. Houve redução do número de indivíduos que considerava que o IDQ estava gerando os efeitos desejados, fato este que está em concordância com os dados deste estudo.

A redução dos efeitos pode estar associada ao fato de o IDQ ter se tornado uma rotina, já que pouquíssimos funcionários o perdiam. Segundo dados do Banco Mundial (2006), mais de 90% deles recebiam a gratificação. Aqueles que o perdiam era devido aos fatores de exclusão, como faltas, penalidades administrativas, atrasos e afastamentos, sendo que em pouquíssimos casos isso ocorria devido às notas das avaliações. Posteriormente, o IDQ deu lugar ao IDQ residual, não surtindo mais efeitos, conforme mencionado no discurso.

Sugere-se como alternativa, a formulação e implantação de outro sistema de incentivo, com metas mais desafiadoras e novas maneiras de avaliação. Comenta-se no discurso acerca da proposta do Qualifica SUS e de suas formas de avaliação, a qual seria composta de quatro itens: características individuais do servidor, avaliando vínculo, competências e atitudes; ambiência organizacional, analisando o grau de comprometimento do profissional com a instituição; a avaliação dos serviços ofertados; e a satisfação do usuário (CURITIBA, 2014). Esta proposta ainda não foi implementada.

É importante que, independente do sistema de incentivo implantado, a avaliação por desempenho seja empregada de forma transparente, para que de fato repercuta na qualidade dos serviços prestados, na motivação dos profissionais e em benefícios para os usuários do sistema de saúde.

Ideia Central G: A proposta existente em teoria é boa, mas na prática o IDQ não estava funcionando

Então... A ideia originalmente era maravilhosa, né? De você poder sentar a cada três meses e conversar e avaliar o processo de trabalho e tal... Então eu acho que assim, o IDQ, enquanto ferramenta de gestão, a proposta dele era muito boa, né? Porque daí tinha a questão individual, a questão da equipe, a questão da Unidade, do Distrito, a avaliação da comunidade, né? Algo bem complexo e bem amplo e bem... E assim, eu acho que tem o seu valor se houvesse uma cobrança verdadeira, assim. Então oh, se você atingiu, você ganha. Se você não atingiu, você não ganha. A ideia era positiva, né, claro, de incentivar você a... né... Melhorar a sua qualidade de atendimento e ganhar uma bonificação em cima disso. O IDQ ele era uma ferramenta de gestão, a proposta é que ele fosse uma ferramenta de gestão bem importante, né? Com indicadores, mas caiu em desuso, e virou uma coisa assim “proforme”, porque... Imagina... Ah nunca ninguém perdeu o IDQ, né? Imagine... Se o gestor colocasse lá uma nota 95 pra pessoa né em assiduidade. A pessoa falta, falta e falta, mas se você não desse dez... Nossa... A gente sabe até hoje de chefias que respondem processo por conta disso. Então assim, por quê? Porque caiu numa né numa questão assim de rotina. Não, o IDQ é algo já tá incorporado e pronto, né? Mas que caiu em desuso e simplesmente, ninguém nem lia. Era dez, dez, dez, dez, dez, assina, carimba e pronto. Pra que? Ele estava vicioso. Então você pegava a planilha do IDQ, tinha autoavaliação, avaliação da coordenadora e avaliação da comunidade, tá? Essa nota que era dividida pra ir pro IDQ. Até hoje poucos servidores perderam o IDQ e geralmente era por questão de pontualidade e assiduidade. Com o corre corre do dia a dia das chefias que já tinham tanta coisa pra fazer, às vezes, não queriam se incomodar com isso. Então ela repetia simplesmente a nota que o funcionário colocava [na autoavaliação], ela colocava e depois no final assinava e todo mundo ganhava. Eu acho aquilo não tinha muita função nenhuma assim, é uma coisa que não agregou muita coisa assim pra gente. Eu passei por muitas Unidades, às vezes o que você atingia não era real. Entendeu? O que colocavam no papel não era o que tava sendo feito, então eu acho que o IDQ ele te dava assim uma falsa meta, um falso resultado, sabe? Quando você era avaliado no IDQ, era muito pessoal, não é, era... A chefia te avaliava, era assim, era muito, eu acho que não era pessoal, interpessoal, porque as pessoas o que que acontecia? Se você era bem visto pela chefia, você sempre atingia tudo, você era bem visto. Mas quando você tinha alguma contradição lá, não tinha pontos semelhantes a tua chefia, ela vinha em cima do IDQ pra te avaliar, então era meio usado também eu achava como pontos de... Assim de... Como é

que eu posso te falar, pontos assim de meio perseguição. Porque cada chefia conduzia de uma maneira. Tinha chefias que eram rigorosas até demais, avaliavam realmente cada profissional, individualmente, né? Aí questionavam coisas até exageradamente, que eu acho que nem cabia ali, e davam a nota individual. Por outro lado você sabia de chefias que analisavam o grupo, né, então não importava a categoria profissional, de cada um, era o grupo, né? E pra não ficar lá feio pra Unidade, o grupo tinha sempre que tá andando bem, né? Então ele tinha esse ponto negativo eu acho assim que nem sempre era realidade aquilo que tava sendo avaliado, né? Então tinha aí sempre notas muito boas, né, claro todo mundo gostava da bonificação, lógico, era um a mais no seu salário, mas nem sempre condizia com a realidade. Nós sabemos de histórias, claro, não posso provar, mas sabemos de histórias que muitos locais criavam os procedimentos. Criavam. Sabemos de visitas que nunca foram feitas, entendeu? Isso aí tem-se testemunhas, entendeu? Eu nunca tive problemas, e outra, o IDQ também ele te avaliava pros crescimentos que a gente tem de salário, então se você tinha alguma média meio baixa lá naquela avaliação, você já não conseguia ter aumento salarial. Então veja, às vezes você era um bom funcionário, mas você não tinha pontos positivos com a tua chefia. Quando você ia pro teu crescimento, você não era bem avaliado aqui, não conseguia lá. Eu achava aquilo a humilhação do funcionário público aqui dentro do município, porque nem todo chefe tá preparado pra avaliar o teu serviço, sabe? Assim, tem, a gente sabe que tem chefias que não entendem do serviço de enfermagem, como tem chefias que não entendem nada de odontologia. Então como é que ele ficava avaliando o que não conseguia ter discernimento e não consegue. Ah qualquer coisa a gente meio escutava... Ah isso aí vai refletir no IDQ, a gente escutava... Eu achava muito ruim o IDQ sabe? Então ele nunca foi trabalhado como deveria ser. Pra mim o IDQ foi uma ferramenta que não fez falta. Eu acho que tem que ter outras ferramentas entre o coordenador e a equipe, mas não vejo o IDQ como uma planilha boa pra se avaliar.

(ASL1, ASL6, ASL7, CD2, CD4, CD5, CD6, E1, E2, E3, E7, M1, M2, M5)

Neste discurso enfatiza-se que a proposta inicial do IDQ era positiva, pois propiciaria o diálogo entre gestores e profissionais, porém a avaliação virou rotina e surgiram problemas relacionados às notas atribuídas, principalmente na autoavaliação e na avaliação individual. Duas situações opostas foram relatadas: a da atribuição de nota dez para todos os profissionais na avaliação individual, para evitar problemas com os profissionais, inclusive processos; e a da atribuição de notas ruins pelos gestores com a finalidade de prejudicar funcionários.

A implantação de incentivos financeiros pode, de fato, ser vantajosa, pois estimula os profissionais a conhecerem as metas pactuadas; a registrarem corretamente os procedimentos realizados nos sistemas de informação; e proporciona o monitoramento das ações e serviços prestados, bem como o desenvolvimento conjunto de estratégias para o alcance das metas (COSTA E SILVA; ESCOVAL; HORTALE, 2014).

O IDQ foi implantado com o objetivo de “[...] estimular e motivar os servidores na busca da melhoria contínua dos serviços prestados na área da saúde, no desempenho de suas atividades individuais e em equipe, viabilizando o atendimento de qualidade à população” (CURITIBA, 2005). Seu processo avaliativo subdivide-se em quatro etapas, sendo uma delas a avaliação individual, com peso de 45% no cálculo final. Esta avaliação é realizada pela chefia imediata e tem o propósito de dar um retorno aos trabalhadores acerca de seu desempenho, apresentando o que está sendo positivo e o que pode ser melhorado para melhorar a qualidade do processo de trabalho (CURITIBA, 2005). Entretanto, os dados obtidos neste estudo revelaram que a avaliação individual não estava atendendo ao seu propósito, de modo que o IDQ tornou-se rotina e todos o recebiam.

Conforme já mencionado anteriormente, dados do World Bank (2006) revelaram que mais de 90% dos servidores recebem o incentivo, sendo que a maioria daqueles que não recebem o incentivo tem como causa os fatores de exclusão e não as notas obtidas. O número de funcionários que não recebem a bonificação devido a seu desempenho é bastante reduzido. Nos dois primeiros trimestres de 2004 foram cerca de 20 a 30 pessoas, nos três trimestres seguintes, nenhuma pessoa; e mais de 100 nos últimos três trimestres de 2005. Assim, apenas em casos extremos o IDQ seria perdido, não surtindo efeito no estímulo ao melhor desempenho.

Ditterich (2011) constatou que o processo de avaliação individual é considerado transparente pelas ASL, porém os profissionais de saúde consideram necessários maiores esclarecimentos sobre o processo avaliativo e o resultado obtido. Além disso, ao analisar a imparcialidade existente, verificou-se que a opinião dos gestores locais também difere da opinião dos profissionais, sendo mais positiva para os primeiros, o que pode indicar a existência de privilégios e avaliações diferenciadas, de acordo com as relações interpessoais e a categoria profissional do avaliado. Esta suspeita também é sugerida neste discurso.

Identificou-se no discurso, inclusive, a criação de procedimentos não realizados e o seu registro nos sistemas de informação, para obtenção de maiores notas na avaliação da Unidade de Saúde, a qual avalia se as metas pactuadas foram atingidas. Evidencia-se, portanto, a necessidade de maior transparência e imparcialidade nas avaliações realizadas, a

fim de que o propósito de incentivar a ampliação da qualidade dos serviços prestados seja de fato atingido.

Ideia Central H: O incentivo oferecido de forma contínua é ruim

As grandes empresas, quase todas usam, né? A questão do incentivo, uma forma de você manter o funcionário ali... É... Enquanto equipe batalhando pra conseguir ter aquele incentivo financeiro, mas na prefeitura em si eu acho que ele estava uma coisa meio que incorporada no salário já, era muito difícil você perder o IDQ. Então... Mas se for ver a questão de uma administração moderna, o incentivo, quase todas as empresas fazem parte até pra poder manter mesmo o funcionário com uma motivação maior né pro trabalho. Mas eu acho que de forma contínua não tem resultado, porque na verdade ele é um incentivo, então se você continua fazendo as mesmas coisas sempre, não progride, ou não faz a mais, não tem porque você ganhar. Você já tem o teu salário base, né, então o IDQ seria um incentivo pra que... Ah... Então a Unidade aqui faz tal Programa diferenciado, merece o IDQ, né? Ah porque a gente atingiu 100% de vacinação, recebe o IDQ. Mas se você não atinge, se você não tem nenhum diferencial, por que receber? O próprio nome já diz, né, ele é um incentivo, então se nada de diferente é feito, pra que receber? Só que daí é isso que acontece. O que que acontece? Muitos trabalham, se esforçam, fazem acontecer e outros não. E os dois ganham, né? Algumas pessoas deixam a desejar no serviço, né!? Porque tá ali, não vai perder, então vai ficar ali.

(ASL3, E3, E6)

Novamente reforça-se a importância de o sistema de incentivo empregado não ser algo automático, incorporado ao salário, mas de fato avaliado de forma transparente e imparcial, para que apenas aqueles que realmente merecem o recebam. As relações de trabalho devem, portanto, ser pautadas na confiança, deve haver diálogo e negociação, priorizando o respeito e a transparência (OCDE, 2005).

Caso contrário, as avaliações não serão justas e tanto os profissionais que se esforçam para cumprir suas funções, como aqueles não comprometidos receberão o mesmo “incentivo”. Assim, esta ferramenta de gestão perderá sua função de estímulo, podendo inclusive desmotivar os profissionais comprometidos.

Ideia Central I: A gratificação era utilizada para não precisar aumentar os salários

Bom, o IDQ ele estava atrelado a essas metas, né? Então se você alcançasse, né, você tinha aquela gratificação a mais. Assim, às vezes era um pouco teórico, sabe? Porque... Às vezes tem a aparência, por exemplo, de você, como a Prefeitura, talvez não quisesse, dar, aumentar o teu salário, ela colocava uma gratificação, que é o IDQ, atrelado a uma produção, porque a gratificação pode ser tirada a qualquer momento, né? Que o salário base era baixo, e daí eles deixavam melhorzinho com o IDQ, né? Se você tem um aumento de salário, isso eles não podem tirar, então era uma forma de a Prefeitura talvez contornar, né, dar um aumento de salário, mas não se comprometer e poder tirar a qualquer momento. E se tiver, é lógico que um incremento de salário se fosse... É melhor ser um incremento no salário do que ser uma gratificação, porque a gratificação tem aquela história de que pode ser tirada a qualquer momento, né? Além disso, a pessoa quando se aposenta perde, né, então é um incentivo bom, mas não entra pra nossa aposentadoria, então é ilusório por algum tempo só, né? Tanto que agora eles colocaram né um tanto do IDQ, acho que sei lá, 30, 40% no salário, mas daí não tem nenhuma avaliação mais, acabou.

(CD1, CD2, E4)

Neste discurso defende-se a ideia de que o IDQ seria apenas uma forma de aumentar o salário, sem que este aumento seja definitivo, uma vez que poderia ser cancelado a qualquer momento, como de fato ocorreu. Para a OCDE (2005), os governos, por vezes, consideram o pagamento de incentivos como uma forma de conter custos salariais, diminuindo a progressão automática pelos níveis salariais, ou ainda, como meio de aumentar o teto salarial global.

Segundo Santana (1999), o sistema de incentivo constitui-se em uma ferramenta gerencial composta pelos estímulos, financeiros ou não, que tem o propósito de otimizar o processo produtivo nas instituições de saúde. Apresenta como princípios fundamentais o fato de não ser substitutivo ao salário, sendo estabelecido a partir de uma remuneração básica; e de não dever ser empregado como bonificação permanente ou automática.

Ditterich (2011), em entrevista com gestores e profissionais de saúde, constatou que os primeiros consideram que o IDQ aumentou substancialmente o valor do salário, ao passo que os profissionais sabem que este é um incentivo financeiro temporário, que não gera benefício permanente. Neste sentido, Santana (1999) ressalta que o enfoque dos sistemas de incentivo não deve ser a busca por equiparação salarial entre diversos vínculos empregatícios, tampouco compensar salários defasados devido à inflação e ao arrocho salarial, mas sim a

melhoria da qualidade dos serviços prestados, com ênfase nas necessidades da população atendida.

Ideia Central J: A avaliação deveria ser diferente

É uma questão de equipe, porque o IDQ era uma questão de equipe, né, então a equipe ganhava ou a equipe não ganhava, não era individual, né? Às vezes tem aquela questão de um fazer e o outro não fazer, né? E aí no cômputo geral, a equipe não ganha... Então eu acho que nesse ponto existiam conflitos entre a própria equipe, quando na verdade, pra equipe funcionar como um todo, não tem que ter conflito. É uma bonificação pela produtividade do profissional, isso tem que ser individualizado. Não pode ser pra todo mundo. Se não de novo... Aquele que faz mais ganha a mesma coisa que aquele que faz menos. Qual que é o incentivo? Claro, além da questão pessoal, vocacional e tal, mas financeiramente, ele vai dizer: Não... Chegar no final do mês a gente vai ganhar a mesma coisa, né?

(ASL1, CD2)

O IDQ pode ser considerado um incentivo extrínseco aos servidores, porém as equipes buscam que seus membros tenham bons resultados, pois 50% da avaliação individual se fundamenta no desempenho da equipe, sendo 35% decorrente da avaliação da Unidade de Saúde, em que são analisadas as metas atingidas e 15% da avaliação da comunidade (WORLD BANK, 2006). Tal fato explica o motivo pelo qual alguns profissionais se queixaram da avaliação por equipe, uma vez que quando um indivíduo não coopera, pode prejudicar a avaliação dos demais.

Em contrapartida, segundo dados da OCDE (2005), incentivos direcionados às equipes parecem ter resultados mais positivos que aqueles em âmbito individual. Uma boa avaliação no IDQ é uma preocupação das equipes, as quais buscam resolver os problemas individuais que surgem com seus membros para assegurar bons resultados (WORLD BANK, 2006). A avaliação da equipe estimula, portanto, o trabalho conjunto para atingir as metas, a cooperação, a integração e o diálogo.

Ideia Central K: O IDQ era uma fonte de motivação

Bom o benefício eu acho que é mais assim é um incentivo, na verdade, então assim, lógico, sempre tem uma busca de atingir a meta porque eu vou ter um benefício financeiro pra isso.

No incentivo de produtividade porque assim eu ganho o mesmo que o meu colega que não faz quase nada, né, ou faz pouco, faz menos do que eu. É... Quando você trabalha por produtividade, o incentivo financeiro, você procura fazer, não que você pense só nisso, mas você pensa assim... Eu tenho tantas metas pra atingir, pra isso eu vou receber um incentivo financeiro. O ponto positivo é porque o Índice do Desenvolvimento da Qualidade que era o IDQ... Nós tínhamos a meta do Plano Operativo Anual. Então a gente focava naquilo e tentava atingir a meta, ficava mais fácil de atingir a meta e tinha um porque de atingir aquela meta. Isso faz com que você tenha o reconhecimento profissional também, né? Cada um tem o seu limite, cada um tem uma capacidade de atendimento. Cada profissional tem um perfil de atendimento, um perfil profissional, mas assim, isso facilitaria pra que nós pensássemos e a gente se visse como um todo, a equipe como um todo, da mesma maneira, objetivando o mesmo objetivo comum, né? Incentiva o funcionário a sempre ter uma melhor qualidade do trabalho, né, porque como o próprio nome diz, somos servidores, então a gente serve a população, então essa é a nossa missão: Sempre ser um servidor. Nunca esquecer disso, nós trabalhamos pra população e não pra nós mesmos, ficar sempre assim, então e claro, ser contemplado, ser premiado quando você faz tudo direitinho, quando você tem um bom trabalho mesmo, que tenha um reconhecimento da população, que a população reconhece, né? Mas é... Que a instituição também reconheça, então isso também é importante. E às vezes o reconhecimento não é só financeiro, né, então um incentivo lá de 1 por cento a mais no salário e coisa assim, mas sim o reconhecimento de dizer, de dar um certificado, de dar uma placa comemorativa, uma coisa assim. Isso é importante, eu acho que é importante pra todo mundo. Reconhecimento é uma coisa que todas as pessoas gostam e esperam, né, quando executam um bom trabalho. Então assim eu acho que como motivador de equipe funcionava bem, né!? Era um incentivo pra gente cumprir as metas, né, pra gente correr atrás. Então, isso incentivava a gente, né, então hoje com a extinção, a gente tá meio, assim, ai... Se cumprir tudo bem, se não cumprir também tudo bem... Hoje a gente não tem nenhum incentivo, né, e você sabe, o bom brasileiro só trabalha sob toma lá da cá, né? Toma lá da cá. Querendo ou não, as pessoas corriam mais atrás. Eu achava que ele era um incentivador, sabe, eu acho que é importante no meu ponto de vista ter alguma coisa que trabalhe com a produtividade, eu acho que isso incentiva mais. Eu acho que pro funcionalismo público eu acho que é interessante, porque aí diminuiria muito absenteísmo, né? Muita gente que cada um teria que cumprir com o seu papel. E aí o risco de perder esse incentivo faria com que motivasse eles a fazer a coisa certa. Eu acho que é bom, mas desde que seja bem aplicado. Eu acho que a hora que o IDQ não tem mais uma avaliação do funcionário, eu acho que o

funcionário deixa um pouco a desejar, nesse sentido. Se der nós fazemos, se não der... E antes eu sentia que todos corriam com um certo desconforto em tá pensando como que eu vou ficar sem o IDQ no fim do mês? Era uma coisa que assim estimulava a equipe a trabalhar cada vez mais pra cumprir as metas, principalmente pra fazer ações diferenciadas pra essas metas. E é uma coisa que está sendo deixada de lado, infelizmente. O IDQ nada mais é do que chegar no final e conferir a prova pra ver se é bom, né? E agora a gente tem esse incentivo, mas em parte, né, então é pra cair o IDQ, mas por enquanto ainda não, ainda está acho que 10% né que foi colocado no valor da base, então ele foi desmembrado, né!? Só que assim eu particularmente eu gostava de ter o IDQ.

(ASL2, ASL4, CD4, CD5, CD6, E1, E5, E6, E7, E9, E10, M3, M6)

Neste discurso o IDQ é considerado motivador para o cumprimento das funções no ambiente de trabalho, intensificando a busca pelo alcance de metas e pelo reconhecimento dos gestores, dos demais profissionais e da SMS. Como ponto negativo, evidencia-se uma dependência dos incentivos para que as metas sejam buscadas, sendo que na sua ausência o comprometimento ficaria reduzido.

Tal entendimento está em consonância com a teoria de agência, segundo a qual o principal delega funções ao agente, concedendo-lhe autonomia para tomada de decisão. O agente nem sempre irá buscar atingir os objetivos do principal, por esse motivo seria necessário instituir um sistema de incentivo que direcione o agente aos propósitos do principal (JENSEN; MECKLING, 1976).

Neste discurso, os agentes (profissionais de saúde) deixam claro que para buscar atingir as metas propostas pelo principal (SMS de Curitiba) e sair de sua zona de conforto, o incentivo financeiro é fundamental, caso contrário, o esforço para atingir os resultados esperados é reduzido.

Opondo-se a tal entendimento, dados da OCDE (2005) revelam que o impacto do sistema de incentivo sobre a motivação das pessoas apresenta papel secundário, uma vez que possibilidades de promoção e a organização do trabalho seriam mais eficazes. Dados obtidos pela pesquisa do Banco Mundial (2006) também indicam que a estabilidade no emprego, elementos que contribuem para seu crescimento profissional, como disponibilização de cursos e a proximidade do domicílio exercem mais efeito sobre sua motivação do que os salários recebidos e a flexibilidade de seus horários.

Ideia Central L: Os incentivos estruturais são melhores que os individuais

O incentivo financeiro ele... Porque quando... O que eu vejo aqui que vem de incentivo financeiro que a gente viu é o PMAQ, né? O PMAQ pra nós aqui dessa Unidade, ele tem sido satisfatório, porque a gente atinge as metas, eles mudam, eles fizeram a reforma, eles arrumaram, eles trazem as coisas pra gente, mas eu já percebi que em outras Unidades, mesmo que atinjam as metas, não tá refletindo pra dentro da estrutura da Unidade. Então, aqui, nessa Unidade ele é efetivo. Mas minha irmã trabalha em outra Unidade, eu falo, mas vocês não usam o recurso do PMAQ? Ela fala a fizeram lá... E não tá sendo bem utilizado. Então... Depende aonde você tá, que ele vai ter um ponto positivo e ponto negativo, sabe? Aqui é bom. E em questão, eu acho que a gente aqui dentro da prefeitura, os incentivos eles vem muito pra questão estrutural, né? E em questão salarial, não sei te falar se seria certo fazer esses incentivos pra questão salarial, porque salário não pode ser vinculado a incentivo, salário tem que ser vinculado a propostas claras, propostas concretas, né? Porque o incentivo o governo federal pode deixar de mandar e daí? Você vai vincular salário municipal do município em relação a isso, então eu acho que não é muito viável. O incentivo é legal para estrutura física, pra manter as estruturas das Unidades. Mas em salários, eu acho que a gente tem que ter propostas mais concretas, sabe?

(E7)

Emergem deste discurso as diferenças entre incentivos estruturais e individuais. Os primeiros referem-se à concessão de recursos para a Unidade de Saúde realizar melhorias nas condições de trabalho das equipes; ao passo que os segundos relacionam-se ao pagamento dos profissionais composto por uma parte fixa e outra variável (COSTA E SILVA; ESCOVAL; HORTALE, 2014). Segundo o entendimento expresso no discurso, os incentivos estruturais seriam melhores, uma vez que propiciam melhorias no ambiente de trabalho; já os individuais são arriscados, pois estes valores não são incorporados ao salário, conforme expresso também no discurso I.

Há referência no discurso ao PMAQ, o qual tem como principal objetivo ‘[...] induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente [...]’ (BRASIL, 2012b). A aplicação dos recursos financeiros oriundos do PMAQ obedece as normativas expressas no artigo 6º da Portaria 204/GM de 29/01/2007 e pela Portaria nº 2.488/2011, na Política Nacional de Atenção Básica, uma vez que é custeado com recursos do PAB-Variável.

(MATO GROSSO, 2012). Segundo Ney, Pierantoni e Lapão (2015, p.52), o PMAQ tem o propósito de “[...] impulsionar melhorias nas instalações físicas das unidades, no planejamento e na organização dos serviços, na avaliação e no monitoramento dos indicadores de saúde, em gestão, formação e qualificação profissional [...]”. Proporciona, portanto, melhorias nas estruturas das Unidades de Saúde, conforme mencionado no discurso.

Ideia Central M: O IDQ representava um percentual muito grande do salário dos profissionais

Mas o que eu penso do IDQ que não funcionava bem é que ele representava uma fatia muito grande do teu vencimento. Então algumas Unidades recebiam 20, outras recebiam 30% em cima do seu vencimento, isso era muito grande. Então quando a pessoa perdia, era uma catástrofe, né? Isso gerava um... Então ficava algo muito assustador assim. E ao mesmo tempo se alguém... Eu acho que... Penso eu que um índice bom pra desenvolver qualidade é aquele que não representa uma fatia tão grande do teu orçamento, a ponto de se você perder, ser uma catástrofe familiar, né? E que seja algo que promova mesmo que a pessoa se esforce pra atingir, pra que ela ganhe aquele a mais, né? Mas ele tinha essas fragilidades, era um percentual muito grande e era bem difícil o pessoal perder. Então virou algo assim... Muito... O pessoal não se preocupava mais tanto, né?

(CD5)

Este discurso pode ser associado à ideia central presente no discurso I, a qual considera que as gratificações eram empregadas para não precisar aumentar os salários. As bonificações correspondiam a percentuais elevados e raramente eram perdidas. Desta forma, é possível pressupor que a finalidade seria de satisfazer as necessidades financeiras dos profissionais, sem, no entanto, agregar estes valores ao salário e às futuras aposentadorias.

Ao comparar os valores do incentivo financeiro do IDQ (20 a 50% sobre o salário base) com outras experiências em âmbito nacional, constata-se que, de fato, estes são muito maiores que os demais. No caso dos contratos firmados entre uma SMS e OSS implementados no Rio de Janeiro, o incentivo financeiro concedido aos profissionais de saúde corresponde a até 10% do salário base de cada membro da equipe (COSTA E SILVA, 2014). Na FESF-SUS da Bahia os incentivos referentes ao monitoramento da produção e da qualidade atingem até 20% do salário base (FESF-SUS, 2010). Nos contratos entre Fundação pública de direito privado e as Unidades de Saúde da Estratégia Saúde da Família, em Porto

Alegre-RS, o incentivo por desempenho da Estratégia Saúde da Família, atinge até 10% do salário base (PORTO ALEGRE, 2011).

Segundo dados da OCDE (2005), os pagamentos por desempenho podem ser realizados como acréscimos permanentes aos salários, por mérito; ou como pagamentos únicos que são avaliados periodicamente, precisando ser conquistados em cada processo avaliativo, sendo, portanto, considerados bônus. Estes últimos são empregados com mais frequência, pelo fato de serem mais flexíveis e de não ampliarem os custos fixos com pagamentos. O percentual pago é variável entre os países membros da OCDE, porém geralmente são valores modestos. Os pagamentos por mérito, em geral, atingem um valor máximo de 5% sobre o salário base; ao passo que os bônus comumente correspondem a menos de 10% do salário base para os funcionários públicos; e a cerca de 20% para os gestores. Nota-se, portanto, que os valores pagos pelo IDQ são maiores que aqueles propostos pela OCDE.

Ideia Central N: O IDQ era uma ferramenta de avaliação individual

O ponto positivo pro gestor é que ele era uma ferramenta de avaliação individual né e não da equipe, como é o POA, né, a Unidade inteira, né, porque daí todas as equipes de saúde da família se juntam em prol de uma única meta que é pra atingir a qualidade máxima do atendimento. O IDQ era uma avaliação individual, porém isso deixava as pessoas assim, como eu vou te falar, sabendo que seriam avaliadas, então tinha aquele certo receio por parte de algumas pessoas, não tô falando de todas, existem profissionais que têm a necessidade de a gente sempre tá avaliando, conversando, outros que sabem o seu papel e a maioria aqui é assim. Eu tenho essa sorte.

(ASL5)

Ao contrário do discurso J, em que se afirma que a avaliação era realizada por equipe, neste considera-se que a avaliação era individual. Conforme já mencionado anteriormente, 50% da avaliação é realizada com base no desempenho da equipe, sendo 35% decorrente da avaliação da Unidade de Saúde, em que são analisadas as metas atingidas e 15% da avaliação da comunidade (WORLD BANK, 2006). Os outros 50% correspondem à avaliação individual realizada pela chefia e à autoavaliação, feita pelo próprio servidor. Ressalta-se neste discurso o receio gerado em alguns profissionais devido à avaliação

individual, o qual também emergiu em outros discursos em que se argumenta que por vezes esta é realizada de forma subjetiva pelo gestor, de acordo com suas afinidades.

Ideia Central O: Deveria haver aumento do salário ou uma contribuição previdenciária sobre a gratificação

Eu penso que ele entra no contracheque e a pessoa acha que é uma coisa legal e que vai ser para sempre, que nem hora extra, por exemplo, “Ah você não vai mais ter hora extra...”, “Como assim, mas a minha prestação conta com a hora extra”. Não né gente isso não é parte do salário. Eu penso que a Secretaria, um dos pontos falhos da prefeitura é essa remuneração variável ali né!? Porque você aposenta e você não leva nada disso, eu acho errado isso, eu acho que a gente teria que contribuir na Previdência lá na questão da aposentadoria a todos os proventos. Por exemplo, a gratificação a Saúde da Família, é uma gratificação enquanto eu trabalho com Saúde da Família, certo? Se eu não trabalhar mais com saúde da família eu não tenho mais essa gratificação, mas se eu contribuir durante, por exemplo, eu trabalho com Saúde da família desde 96, então se eu contribuí com a Saúde da Família desde 96 eu teria direito a aposentar com o que eu contribuí, certo? Que é a grande maioria dos anos que eu trabalhei na prefeitura, certo? E hoje eu não tenho essa prerrogativa. Então quando eu me aposentar eu não levarei isso porque eu não contribuí pra isso e acho justo que não leve mesmo, certo? Mas eu penso que isso deveria ser visto de uma forma diferente, não que eu ache que deveria ser vitalício, não acho. Mas se é desta forma, com gratificações, ela precisa ser olhada de uma forma diferente, certo? Porque daí assim quando você aposenta, você aposenta ganhando muito menos do que quando você ta na ativa e não sei se isso é justo, né? Acho justo porque eu não contribuí pra isso, certo. E como eu to contribuindo só em cima do meu salário, da dobra do salário agora, né!? Porque nem isso poderia contribuir antes. Então claro eu vou me aposentar com o que eu to contribuindo, mas se a lógica continuar na prefeitura com gratificações ao invés do aumento do salário base eu acho que tem que ser repensado isso, né!? E como eu disse... A satisfação da gente como trabalhador na saúde ou em qualquer outro lugar ela não pode ser baseada só no que eu ganho, ela tem que ser baseada no que eu faço, na minha realização como profissional, nas pessoas que eu atendo, na condição de trabalho que eu tenho, né!? Na inserção que eu tenho dentro desse trabalho, eu acho que isso me gratifica muito mais do que o salário. O salário é ótimo, eu quero receber sim o salário, preciso dele, né!? Mantenho minha família junto com o meu marido, mas o meu salário faz diferença no meu orçamento, mas não é só isso. A gente

tem que ter muito mais que isso, né!? Então essas gratificações que perpetuam eu não sei se é legal, entendeu? Eu acho que teria que ter sim um incremento no vencimento, teria que ter um salário, uma forma salarial boa que não precisasse de incentivos, né!? Mas se for a condição de gratificação, teria que ter uma contribuição sobre, pra você poder aposentar de uma forma mais dentro do que você está trabalhando.

(CD3, M3)

Neste discurso, assim como em outros anteriores, enfatiza-se a problemática de os sistemas de incentivo financeiro serem usados como alternativa para não aumentar o salário base dos profissionais. Uma pesquisa realizada por Ditterich (2011) constatou que o IDQ resultou em aumento substancial nos valores dos salários, porém é um incentivo temporário, que não gera um aumento permanente no salário-base e que não é incorporado nas aposentadorias. Desta forma, durante o período em que se está trabalhando, o salário é satisfatório, porém quando se aposentam, estes profissionais recebem valores muito menores.

Tal fato também é descrito por Marques et al. (2017, p.7), o qual aponta como um dos desafios para esta experiência da SMS de Curitiba: “[...] a perda da competitividade do valor real do vencimento básico dos servidores [...] ao qual é vinculado a Remuneração Variável”; e o fato de não haver recolhimento previdenciário sobre a remuneração variável, de modo que esta não é considerada no momento das aposentadorias.

Ideia Central P: O incentivo motiva as pessoas a atuarem nas unidades mais distantes

São três incentivos financeiros que a gente tem. Eu não digo que seria incentivo os três, um seria a insalubridade, né, que isso pra mim não é considerado um incentivo, isso é uma compensação, né? Daí a gente tem o incentivo da Saúde da Família, né, que eu acho que os profissionais de Saúde da Família tem um diferencial, então eu acho que merecem sim ter um incentivo e esse é um incentivo constante. Embora no nosso município a gente tem hoje muitas Unidades de Saúde, então talvez não contemplem todas as Unidades de Saúde os funcionários com estas características necessárias para compor uma Equipe de Saúde da Família. Mas isso daí é uma outra questão. A gente deveria ter essas qualidades pra trabalhar no Saúde da Família e ganhar esse incentivo financeiro. Com relação ao IDQ, ao incentivo do IDQ, no começo, quando surgiu o IDQ eles chamavam de... Olha já faz tanto tempo... Que agora eu não me lembro mais como era o nome, mas era como se fosse um auxílio para contemplar as Unidades mais afastadas, então as Unidades que eram mais

afastadas ou que trabalhavam mais com população mais de risco, as Unidades ganhavam esse incentivo. Então se dava esse incentivo pra aumentar a procura desses funcionários que quisessem lotar essas Unidades de Saúde. Eu acho que isso, aí eu acho importante, porque se não as pessoas vão querer ficar somente no centrinho, só no centro do município, e não ir, por exemplo, lá no Caximba onde eu já trabalhei, e lá o incentivo do IDQ, quando tinha o IDQ era 40%. Aqui, no Centro, o nosso incentivo antigamente era de 20%, né? Então eu acho que tem que ter essa diferenciação, e principalmente nessas Unidades mais afastadas por essa população mais de risco digamos assim e pra contemplar a lotação desses funcionários dentro do Serviço. Eu acho que tem que ter esse diferencial. Agora com o crescimento da cidade isso já não é assim tão importante, que praticamente a cidade foi ocupada inteira e as Unidades mais distantes são fora da cidade, são na região metropolitana. Então a questão maior agora é a questão da qualidade do serviço. Então o quê que se premia? Se premia o funcionário que trabalha bem, que cumpre o seu horário, que não tem nenhuma reclamação da população, que ele participa das decisões da equipe. Então são vários itens desse tipo assim. Então esse funcionário daí acaba tendo um adicional por qualidade, né, então por isso que se chama IDQ ainda.

(CD7, M6)

Segundo a Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007, a qual “regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde [...]”, compõem o Piso da Atenção Básica Variável os recursos financeiros disponibilizados para a implantação de estratégias como: Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde, Saúde Bucal, entre outros (BRASIL, 2007).

Em se tratando da ESF, sua implantação tem como objetivo a reorganização da Atenção Básica no Brasil, conforme os princípios do SUS, buscando expandi-la, qualifica-la e consolida-la. Inicialmente ela foi implantada em regiões com indicadores mais críticos e distantes. Posteriormente, buscou-se implantá-la em regiões maiores. Em 2003, o Ministério da Saúde passou a executar o Programa de Expansão e Consolidação da ESF, por meio da transferência de recursos fundo a fundo para expandir a sua cobertura (MENDES; MARQUES, 2014).

O sistema de incentivo que recebeu maior enfoque no discurso foi o IDQ, o qual segundo os entrevistados foi implantado inicialmente com vistas a lotar as Unidades mais afastadas e situadas em áreas de risco e foi eficaz no alcance deste objetivo. Atualmente este

problema não seria mais tão frequente, de forma que o incentivo estaria sendo utilizado para ampliar a qualidade das ações e serviços prestados.

O uso de incentivos financeiros com o propósito de fixar os profissionais de saúde em áreas distantes ou de risco tem sido frequente, segundo Campos, Machado e Girardi (2009). Porém ressaltam que a sua conciliação com estímulos não financeiros, como a oferta de formação permanente e de boas condições de moradia, podem ampliar ainda mais sua eficácia. No caso específico do IDQ, os percentuais pagos são variáveis entre 20 e 50%, de acordo com a dificuldade de lotação da unidade, a rotatividade dos profissionais, a dificuldade de acesso, e a complexidade dos serviços prestados (MARQUES et al, 2017).

Ditterich e Moysés (2012) também ressaltam a dificuldade em reter profissionais de saúde em alguns municípios, de modo que há necessidade de promover a sua fixação por meio de sistemas de incentivo e da oferta de vínculos flexíveis estabelecidos entre os trabalhadores, os gestores e a sociedade.

QUADRO 5 – IDEIAS CENTRAIS DA CATEGORIA FATORES QUE AMPLIAM O COMPROMETIMENTO COM A QUALIDADE E RESOLUTIVIDADE DOS SERVIÇOS

CATEGORIA: FATORES QUE AMPLIAM O COMPROMETIMENTO COM A QUALIDADE E RESOLUTIVIDADE DOS SERVIÇOS	
Ideia Central A	Os programas de aperfeiçoamento e treinamento melhoram o comprometimento
Ideia Central B	O comprometimento vem da formação pessoal
Ideia Central C	A estabilidade é um problema
Ideia Central D	O incentivo financeiro motiva as pessoas
Ideia Central E	A redução do tempo de serviço para aposentadoria contribuiria para aumentar o comprometimento
Ideia Central F	A forma de atuação da chefia influencia no comprometimento do profissional.
Ideia Central G	As condições de trabalho interferem no comprometimento dos profissionais
Ideia Central H	A valorização profissional motiva os profissionais

FONTE: A autora (2016).

Ideia Central A: Os programas de aperfeiçoamento e treinamento melhoram o comprometimento

Você empodera o funcionário através de atualizações. A qualidade ela também tem comprometimento, eu acho que o que falta às vezes é um pouco de a gente ter treinamento, não seria assim... Cursos de mais qualidade, sabe? Mais direcionado pra área da gente, mais

assim, ai deixa eu pensar, qualidade... Então é... Incentivo a pós. Eu acho que esses programas de treinamento com acolhimento é muito bom, eu percebo que quando eles vão pra algum programa ou algum treinamento assim de acolhimento, eles voltam um pouco diferentes, então acho que falta mais esses treinamentos mesmo pra eles participarem, de acolhimento, de atendimento ao cidadão, de ter uma visão mais humanística né? Do trabalho. Mas eu acho que essa gestão eles não investiram muito na gente na questão de educação, assim, continuada. Eu acho que há muita deficiência na capacitação dos profissionais. Incentivo profissional assim pra todas as categorias, é fazer mais cursos, mais reciclagens, né, dar oportunidade pras pessoas estarem se atualizando. Que eu acho que a gente vai ficando muito parado no tempo na prefeitura, né... Você fica parado, fica desatualizado, fazendo aquela coisa ali, aquela rotina de sempre né? E às vezes nem tá acompanhando tanta evolução tecnológica e científica que tem aí fora, se você não procurar, né, por você mesmo, tá estudando, tá lendo, se atualizando, você vai ficando meio parado, né? Vou usar um termo assim chulo, você vai emburrecendo mesmo, né? Então eu acho que se tivesse mais oportunidades... De cursos, de atualizações mesmo, né? Pra todos. Até pra você sair um pouco do âmbito assim de dentro, de tá fechado, da rotina, sair um pouco, rever colegas, rever pessoas, frequentar outros ares, assim... Isso é bacana... Isso incentiva muito o funcionário, né? Porque ele recicla né? Ele... Aí de repente ele tá fazendo uma coisa lá naquela rotina, aí ele vê que aquilo já atualizou, né, você pode tá melhorando o teu método de trabalho, então... Existem poucas opções de cursos pra você tá fazendo fora pra saber o que é Estratégia da Família, como que você desempenha o seu papel, qual que é o real papel do enfermeiro e do auxiliar, do agente comunitário, a responsabilidade de cada profissional com a sua função, a corresponsabilidade do usuário, né, porque assim a responsabilidade deve ser compartilhada, você não deve carregar o paciente no colo, você tem que dar a responsabilidade dele do auto cuidado. Então eu acho que assim, há muito despreparo dos profissionais, muita gente veio pra Estratégia objetivando apenas um incentivo financeiro, e às vezes nem tem capacidade e habilidade pra tá lidando com uma população dessa. Porque uma vez que você se dispõe em trabalhar em uma Unidade com Estratégia Saúde da Família você tá assumindo o risco do comprometimento, do vínculo, você tá criando um vínculo maior, do que propriamente a Unidade Básica. Você vê o paciente como um todo, você olha o paciente do fio de cabelo ao dedão do pé, né? Então eu acho assim que primeiramente a capacitação dos profissionais, né? Mas coisas quando vêm, a gente só vai pra curso pra dizer como vai funcionar, mas não pra melhorar a qualidade do serviço. É só pra você implantar. Como capacitação é uma coisa que tá sendo difícil nos últimos tempos, muitos de nós temos

que buscar meio que sozinhos assim, né? Então pra poder melhorar a qualidade tem que capacitar, não tem jeito. Você tem que incentivar o funcionário a sempre progredir, né? É que nem esse crescimento que a gente tem, né? Tudo bem que eu acho que você tem que, por conta própria, você procurar estudar mais, né, um conhecimento a mais tudo. Mas querendo ou não, tipo assim, muitas pessoas fazem curso, fazem as atualizações por questão desse crescimento. Ah... Porque eu vou precisar pro crescimento, se eu não tiver, eu não vou crescer, eu não vou passar de nível, né? Então, é um incentivo, querendo ou não é bom, porque faz com que o funcionário não fique naquilo ali, sabe? Mas pelo outro não, porque daí só isso, faz com que o funcionário... Então a partir do momento em que isso acabar também, os funcionários vão estacionar, né, e não vai ter mais. E a prefeitura por si própria ela não incentiva a gente a ter os estudos, apesar que a gente tem bolsas de estudos, tudo, a gente ganha bolsa de estudo da prefeitura, né? Tem bastante pós-graduação, com a prefeitura assim, convênio com a PUC, com a Federal, tudo, a gente ganha bolsa. Então a gente tem um pouco de incentivo, mas é mais por causa desse crescimento mesmo. Não é porque o funcionário procura... Ah... Porque... Não. Quem procura, procura por algum objetivo lá na frente, né? Por conta do crescimento, só. Todo mundo fica esperando o dia do crescimento. Isso é complicado.

(CD5, CD9, E1, E2, E7, E9, E10, M5)

A insatisfação e a falta de motivação atingem diversos trabalhadores, independente de sua profissão, interferindo negativamente na produtividade e crescimento da organização e influenciando a vida pessoal do trabalhador (BÚRIGO, 1997). A fim de sanar tais problemas, a Qualidade de Vida no Trabalho busca conciliar os interesses dos profissionais quanto a seu bem-estar com os interesses das organizações, para ampliar a produtividade e a qualidade dos serviços prestados. Ela é atingida quando os colaboradores têm suas necessidades respondidas pelo seu trabalho, envolvendo fatores como: a satisfação, as perspectivas de futuro, o reconhecimento, a remuneração recebida, a recompensa obtida, o relacionamento interpessoal, a relativa autonomia para a tomada de decisões e a participação ativa (CHIAVENATO, 2010).

O sucesso de uma organização envolve diretamente as pessoas que a compõe. Desta forma, é essencial ter uma equipe capacitada, motivada e satisfeita, que tenha disposição para o trabalho e vise o crescimento pessoal e profissional (RIBEIRO; SANTANA, 2015). Walton (1973 apud FERNANDES, 1996) elencou uma série de fatores para a análise da qualidade de vida no trabalho, entre eles: a compensação justa, condições de segurança e saúde, utilização e

desenvolvimento de capacidades, oportunidades de crescimento e segurança, integração social, constitucionalismo, trabalho e espaço de vida, e relevância social da vida no trabalho.

No discurso A, a descrição da capacitação dos profissionais como uma forma de ampliação de seu comprometimento e motivação está em consonância com o eixo oportunidade de crescimento e segurança de Walton, o qual envolve as oportunidades de crescimento do profissional por meio de promoção, a oferta de cursos de capacitação, sistemas de incentivo financeiro e outras formas de reconhecimento profissional (RIBEIRO; SANTANA, 2015).

A educação permanente em saúde ocorre quando aquilo que se aprende é uma resposta a uma dúvida do profissional, de forma que o conhecimento é elaborado em diálogo com aquilo que já se conhecia. Desta forma, há acúmulo e renovação de experiências. A capacitação da equipe e os conteúdos ministrados nos cursos são selecionados a partir dos problemas que surgem no trabalho. Já a educação continuada envolve as atividades de atualização e de obtenção de novos conhecimentos ou recuperação de conhecimentos e habilidades não lembradas (BATISTA; GONÇALVES, 2011).

Uma das críticas realizadas no discurso se refere à reduzida disponibilização de cursos de capacitação para os profissionais. Entretanto, estes deveriam ser disponibilizados, já que em 2004, foi instituída a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, a fim de propiciar a formação dos trabalhadores para atuação no SUS, ampliando a qualidade dos serviços prestados, o diálogo e o comprometimento entre as equipes de saúde, os gestores e o controle social (BATISTA; GONÇALVES, 2011).

Segundo dados da OCDE (2005), o impacto da existência de perspectivas de promoção e a organização do trabalho são formas mais eficazes para motivar os profissionais que a oferta de incentivos financeiros. Nota-se, portanto, que a oferta de cursos de capacitação pode, de fato, ampliar o comprometimento dos profissionais com a qualidade dos serviços. Além disso, propiciam que os profissionais se atualizem, obtendo novos conhecimentos e também resgatando aqueles já esquecidos, conforme mencionado no discurso.

É possível observar no discurso também uma crítica à falta de motivação intrínseca dos profissionais, os quais só procuram se aperfeiçoar com o objetivo de ter sua progressão salarial mais a frente. A possibilidade de promoção seria, portanto, um importante estímulo para a busca de novos conhecimentos e não simplesmente o desejo de aprender para ampliar a qualidade e a resolutividade dos serviços prestados.

Ideia Central B: O comprometimento vem da formação pessoal

A gente fala muito de competências, competência é um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes. Conhecimento a gente pensa que numa graduação a pessoa saia com esses conhecimentos; habilidades, eu costumo falar que a gente treina, né, então a gente treina as pessoas, por mais que a pessoa fale assim ah... Eu não tenho capacidade pra fazer tal atividade, a gente treina. Mas o mais importante do profissional seria a atitude. E a atitude é muito pessoal, né? Então como que a gente vai desenvolver a atitude nesses profissionais? Aí é uma coisa mais complicada, porque é uma coisa mais pessoal, a pessoa tem que se espelhar nos seus colegas, pra observar que essas pessoas estão trabalhando de uma certa maneira e pensar que aquela seria uma atitude legal, uma atitude correta, mas se a pessoa não quer fazer, não adianta, a pessoa não vai fazer. Então, pra mim o principal fator é a atitude da pessoa, tá? A atitude eu acho a mais difícil, né? Tem uma coisa muito pessoal, né, nisso, da pessoa ter a visão do que que ela tá fazendo no serviço público, porque que ela tá aqui, que é uma coisa que eu acho que sensibilizar até é possível, mas primeiro de tudo a pessoa tem que querer aquilo, né? Porque a gente sabe, né, têm pessoas e pessoas, tem pessoas que não vão mudar e outras já tão abertas a mudança. É mais por questão de observação dos seus colegas e de sentir... Puxa... Se aquele meu colega tá fazendo um serviço legal, eu acho, porque que eu não posso tentar fazer um trabalho legal? Então é o querer. Então conhecimento é o saber, habilidade é o saber fazer e a atitude é o querer ser. Então isso que é um ponto importante no profissional, é ele querer trabalhar de uma maneira adequada e comprometida. E eu acho que é o comprometimento pessoal de cada um, eu acho que às vezes não é nem a questão das metas, acho que depende de cada um, da boa vontade de cada profissional, de cada um estar disposto a fazer o seu melhor dentro da Unidade. E isso não envolve pagamento, não envolve o nível de salário, não envolve cota de pagamento. Você pode dar, pagar uma fortuna, se a pessoa não tem comprometimento aonde você tá trabalhando, em qualquer setor público ou privado, não vai melhorar nunca a qualidade, né? Envolve sim ele ser comprometido com o seu trabalho, ele ser, ele trabalhar com paixão, a gente sempre tem que trabalhar com amor ao que faz e aí você sempre faz a coisa melhor, né? Então isso pode envolver religião, isso pode envolver ideologia, isso pode envolver educação, isso pode envolver vocação, né? Você estar realizando aquilo que realmente você quis fazer a vida inteira. E acho que esse é o principal, é o básico. Motivação é uma porta que se abre por dentro, né? A meta é interna, de cada um e isso varia de pessoa a pessoa. Tem gente que tem um objetivo e tem gente que não trabalha com esse tipo de objetivo

interno, né? Depende de cada servidor, eu tenho servidores excelentes, que trabalham e que eu não preciso mandar, são super proativos assim. Aqui nessa Unidade eles têm um amor muito grande por essa população. Quem tá aqui, tá aqui porque quer muito tá aqui, porque tem periculosidade, tem violência, é uma população imediatista, quer tudo na hora, mas quem tá aqui e abraça a causa, tá aqui com muito amor e isso ajuda demais no comprometimento, porque o comprometimento vem com prazer, né? Mas existe servidor que mesmo você falando... Olha... Você tem que fazer isso, essa é a tua responsabilidade, ele não faz. Então é de cada servidor mesmo, é o comprometimento de cada um, é a responsabilidade de cada um. Se a gente for listar eu tenho muito mais pessoas boas que ruins, mas tem muitas pessoas que entram pra área da saúde, muitas pessoas que entram no serviço público pra ser servidor público, pra não ter que se preocupar, pra ser estatutário, porque não vai ser mandado embora. Então pra mim o comprometimento ele tá ligado ao que você gosta daquilo que você faz. Se você não gosta daquilo que você faz, você nunca vai estar satisfeito. E não é a Unidade de Saúde, é o teu trabalho, é a tua profissão, então o comprometimento pra mim ele tá ligado com aquilo que você gosta de fazer. Eu acho que também isso é o que a gente não tem controle, porque é mais a questão mesmo do quanto a pessoa tem o perfil pra trabalhar na área. Muitas pessoas caem de paraquedas em determinadas áreas. A gente vê colegas com muita aptidão e colegas com média aptidão e colegas sem aptidão nenhuma pra tá trabalhando com gente, né? Então isso é importante, mas os concursos públicos não conseguem avaliar isso, é uma pena, mas... Hoje ainda não chegamos lá, né? Espero que um dia a gente consiga não ter só aquela prova escrita, né? Ter sei lá... Um psicotécnico, uma avaliação psicológica. Mas enfim... As pessoas reclamam muito de barriga cheia dentro da prefeitura, sabe? Elas não conseguem enxergar quão bom é trabalhar numa Secretaria de Saúde, né, você saber que você tem feriado quando você trabalha na área da Saúde, você saber que você tem direito as tuas férias, onde a gente permite ainda que você escolha, diferente de instituição privada que você chega lá e as tuas férias estão assinadas... Oh você vai pegar férias em tal mês e acabou, então a gente sabe que aqui tem muita coisa, mas as pessoas não sabem valorizar. Elas mais reclamam, por uma questão de comodidade, do que realmente é. Se você entra no serviço público com a ideia de que, o próprio nome fala, servidor, você tá aí pra servir, né? Então a gente procura fazer basicamente isso aí, servir, né? E a gente esbarra em algumas questões, assim, de falta de equipamento, falta de lugares pra encaminhar, pra dar uma resolutividade maior, né? Mas também a gente sabe que a Unidade Básica de Saúde teoricamente ela é responsável por, ela tem que dar conta de, ela poderia dar conta de 75% de toda demanda, de tudo aquilo que aparece, 75% ou 80% a

Unidade Básica ela pode dar conta, ela pode resolver, sem encaminhar pra outros níveis. Então se você tiver essa consciência, e um pouquinho da questão ética da formação, de se empenhar, eu acho que a gente pode ter uma grande resolutividade. A pessoa que tem valores, ela trabalha bem e procura resolver, seja no particular, seja no privado, seja aqui no público. Então você tem que ter um compromisso com o teu trabalho e um comprometimento com o usuário porque ele é o seu cliente, né, então nossos clientes são os pacientes se a gente for pensar assim, né!? Porque se você tem... Você tem que ter o compromisso com ele e o comprometimento com o trabalho, com o teu local de trabalho, né então o horário de chegada, ser resolutivo, né não ter assim a pessoa o profissional que não é comprometido é aquele profissional muito relapso, né então as coisas podem acontecer.

(ASL1, ASL2, ASL3, ASL5, ASL6, ASL7, CD2, CD3, CD5, CD6, CD7, E3, E5, E6, E7, M1, M2, M3, M5, M6)

Este é um dos discursos mais compartilhados entre os profissionais, o qual reflete a motivação e o comprometimento dos profissionais com a qualidade e a resolutividade dos serviços prestados como algo intrínseco, fruto de vocação, do amor pela profissão independente do retorno financeiro obtido, da educação, de valores pessoais, de formação e de caráter. Reflete ainda as vantagens em se trabalhar como servidor público e a necessidade de modificação nos processos seletivos para contratação de profissionais, que envolva, por exemplo, testes psicológicos, a fim de verificar se o indivíduo de fato tem o perfil para atuar no cargo ao qual está concorrendo.

Inicialmente aborda-se a questão das competências, as quais podem ser compreendidas como conjunto de conhecimentos, habilidades e aspectos sociais e atitudinais que possibilitam que um profissional execute determinada função (PIRES et al, 2005). O conhecimento envolve a informação, o saber o que fazer e o motivo pelo qual fazer; a habilidade inclui a técnica, a destreza e o saber como fazer; ao passo que a atitude envolve o interesse, a determinação e a vontade de fazer (DURAND, 1998 apud PIRES et al, 2005). O mais importante para a existência do comprometimento, conforme expresso no discurso envolve o querer fazer, ou seja, a atitude. Abrahamsson descreveu o comprometimento, a partir de uma revisão de literatura, como:

[...] um estado de conexão que define a relação entre um ator (um indivíduo, um grupo ou uma organização) e uma entidade (foco do comprometimento). Esta relação pode ter diferentes formas (afetiva, contínua, normativa e instrumental), que compartilham aspectos comuns (foco, força, termos e durabilidade) com todas as formas de comprometimento (ABRAHAMSSON, 2002, p.41, tradução nossa).

O comprometimento pode ser considerado profissional ou organizacional. Este é definido como a aceitação e a crença nos objetivos e valores da instituição; a disposição em realizar esforços para beneficiar a organização; e o desejo de permanecer sendo parte da organização. O objetivo seria, portanto, o bem estar da organização (MOWDAY et al, 1982 apud SCHEIBLE, 2004). Ao passo que o comprometimento profissional refere-se ao relacionamento e a atitude entre um indivíduo e sua profissão ou vocação. Seria a motivação para alguém trabalhar a sua vocação (SCHEIBLE, 2004).

Outra classificação possível refere-se ao modelo dos três componentes: o afetivo, o instrumental e o normativo. O primeiro refere-se ao profissional engajado emocionalmente com a sua ocupação e organização; o segundo, ao comprometimento associado aos custos de abandonar a profissão e a organização; e o terceiro, ao sentimento de obrigação de se manter em sua profissão e na instituição (MEYER; ALLEN; SMITH, 1993 apud RODRIGUEZ; TREVIZAN; SHINYASHIKI, 2008).

No discurso, é possível verificar as vertentes de comprometimento organizacional, já que por vezes se menciona a importância de atender aos objetivos das Unidades de Saúde em ser resolutivas e prestar atendimento de qualidade; e de comprometimento profissional, pois se refere constantemente ao fato de o indivíduo trabalhar fazendo o que gosta, nas atividades para as quais tem vocação. Em se tratando do modelo das três componentes, o que prevalece no discurso é o afetivo, pois há um engajamento emocional com a profissão exercida.

Frente a estas concepções expressas no discurso, é destacada a importância de estabelecer critérios que avaliem o grau de comprometimento dos profissionais com o cargo que pretendem ocupar, pois muitas vezes são contratadas pessoas que não tem perfil para a área em questão. Neste sentido, ressalta-se o entendimento de Kauss (2011), segundo a qual a Carta Magna exige para contratação de servidores, apenas o concurso público de provas ou provas e títulos. Desta forma, há a contratação de pessoas que, por vezes, não dispõe das habilidades requeridas para o cargo, porém se submeteram ao concurso devido à possibilidade de adquirir estabilidade e por entenderem que trabalharão pouco e que não haverá muita cobrança.

Ideia Central C: A estabilidade é um problema

Porque na verdade o funcionário público se não quiser ele não trabalha. Fica sentado ali não fazendo nada e não tem como obrigar. Ele sabe que ele não vai ser demitido. Não tem perigo.

Numa empresa há perigo de ser demitido, se você não se comportar. Então eu acho que assim é um grande desafio, assim, pra gestão, pro serviço público. Porque daí tem essa questão né da estabilidade danada, né que... Ah... Só esperar a aposentadoria. Passou no concurso agora é só esperar a aposentadoria. E esse lapso de tempo entre uma coisa e outra é o que menos importa. Às vezes, você ouve assim colegas de trabalho que veem o serviço público como um bico, como um encosto assim, sabe? E usa o serviço público, faz de qualquer jeito, porque não pode ser mandado embora, aquela questão, né? E daí acabam se acomodando, porque daí tem a tal da estabilidade, entendeu? Diferente do serviço privado, onde pedem as coisas e você tem que fazer. Você não tem a tal da estabilidade. Então na verdade essa tal da estabilidade ela até atrapalha um pouco sabe? Eu acho que a chefia teria que ter mais maneiras de poder remanejar funcionários, hoje a Prefeitura não trabalha muito com isso, eles acham que eles estão lotados na Unidade, ele é da Unidade e nunca mais vai poder sair.
(ASL1, ASL7, CD1, CD2, E3)

A Constituição Federal de 1988 aborda a questão da estabilidade do servidor público nomeado por concurso público em seu artigo 41. No texto original da Carta Magna, constava que este teria estabilidade após dois anos de exercício de suas funções (BRASIL, 1988). Posteriormente, em 1998, por meio da Emenda Constitucional nº19, mudou a redação deste artigo, instituindo que “São estáveis após três anos de efetivo exercício os servidores nomeados para cargo de provimento efetivo em virtude de concurso público”. A mesma emenda definiu que o servidor estável só pode perder ser cargo devido a “sentença judicial transitada em julgado”; “ processo administrativo em que lhe seja assegurada ampla defesa”; e “mediante procedimento de avaliação periódica de desempenho, na forma de lei complementar, assegurada ampla defesa” (BRASIL, 1998).

A estabilidade tem o propósito de assegurar excelência na prestação de serviços, impedindo o uso político das atividades da administração pública que implicariam em descontinuidade, arbitrariedade, perda da memória técnica, da impessoalidade e neutralidade dos empregados (MACHADO; UMBELINO, 1995).

Para Kauss (2011), o princípio da eficiência consiste na procura por melhores resultados, gerando o menor prejuízo possível. No âmbito dos concursos públicos, implica em contratar o servidor mais apto para a vaga disponível. Os concursos realizados para níveis mais elevados possuem fase de análise psicológica e prova oral. Porém, para os outros cargos, não há análise do perfil, de modo que muitas vezes são contratados profissionais que não tem vocação para atuarem na função para a qual foram nomeados.

O conhecimento e as habilidades podem ser verificados na prova, porém a atitude, que corresponde à personalidade e à vontade de cada indivíduo, só pode ser verificada no ambiente de trabalho. Porém na administração pública não há grande mobilidade dos recursos humanos. Por vezes, os servidores não tem a atitude necessária para o cargo, não possuem vontade de produzir e, devido a sua estabilidade, tem a certeza de que sua remuneração será mantida mesmo que não sejam eficientes. Os processos administrativos disciplinares que poderiam ser instaurados para penalizar estes servidores requerem muitas provas, dificultando a ação dos gestores frente ao não comprometimento dos profissionais (KAUSS, 2011).

Uma pesquisa realizada por Macêdo et al (2016) com servidores públicos concursados também apontou que a principal dificuldade enfrentada pelas organizações públicas seria a estabilidade de funcionários ineficientes. Todos os participantes da pesquisa aprovaram o uso dos concursos públicos como meio de seleção de recursos humanos, porém propõem algumas modificações, como: mudanças na forma de avaliação e seleção dos candidatos, instituindo mais fases avaliativas; a correção de deficiências na avaliação do estágio probatório e nas avaliações periódicas de desempenho; aderir à gestão por competências e à remuneração de acordo com a produtividade; flexibilizar a estabilidade; e realizar cursos de capacitação dos profissionais.

Ideia Central D: A avaliação e o incentivo financeiro motivam as pessoas

O que ajuda muito é aquilo que falo, os 5% né, que graças a Deus não é maioria, né, mas acho que toda a equipe tem, às vezes é preciso ter alguma coisa que puxe eles assim, né? Então eu acho que é importante sim uma avaliação pra essa qualidade, pra esse estímulo, é um estímulo a mais, eu acho que é isso, é uma coisa, a avaliação eu entendo não como uma coisa ruim, mas uma coisa provocativa pro servidor, né? A questão financeira também é bem importante. Quando você tem um salário que dê pra você ter uma vida estável e tranquila, você trabalha bem mais feliz e vai produzir bem mais, isso a gente vê. Porque aqui é separado, tem Estratégia Saúde da Família e tem a Unidade Básica normal. Os profissionais da Estratégia eles são melhor remunerados, então eles têm um gás maior, eles trabalham com mais vontade assim, vamos dizer assim, por causa que ganha mais, eles são mais cobrados e tudo mais. E aí os profissionais da Básica eles não sentem toda essa responsabilidade. Então eu acho que a parte financeira é bem importante, o incentivo, ele ajuda. Eu acho que se tem, eu acho que a melhor forma de se trabalhar é com a produtividade, né? Não sei a forma ainda que seria essa produtividade, mas eu acho que é

isso que ajuda muitas vezes. Ah não... Se eu atender mais... Mas a gente tem que pensar também na qualidade, porque não adianta eu atender cem, e só dar uma benzidinha e mandar embora, né? Então também tem essa questão. Mas tem que ser motivado. Tem que vir pra saúde com vontade de fazer algo pro próximo. O IDQ, por exemplo, quando entra uma questão de gratificação salarial, as pessoas tendem a talvez se esforçar um pouquinho mais, né? E até um instrumento né, que a chefia às vezes... Oh... Vocês vão perder o IDQ, vamos melhorar aqui as vacinas... Então a gratificação ela tende a melhorar um pouquinho essa questão. Eu acho que tem que ter, sabe? Mas assim o método de avaliação que às vezes tem que mudar. É que na verdade não vai ter mais, eles estão extinguindo o IDQ, né? Mas eu acho que é uma maneira assim de incentivar, né?

(ASL2, ASL5, CD2, E8, M1, M2)

Neste discurso, a avaliação e o sistema de incentivo financeiro são fatores considerados importantes para motivar os profissionais de saúde, retomando aspectos mencionados no discurso K da categoria referente ao IDQ. De fato, a existência de uma avaliação das ações e serviços que estão sendo prestados e de um incentivo financeiro pra bonificar aqueles profissionais com bom desempenho, pode propiciar um aumento na motivação e no comprometimento dos servidores. Entretanto, é necessário que a avaliação seja transparente e impessoal e que leve em consideração não apenas a produtividade, mas a qualidade dos serviços prestados.

O sistema de incentivo é útil para motivar os profissionais e para promover a realização de atividades que somente o vínculo laboral não conseguiria estimular (POLI NETO et al., 2016). Uma pesquisa realizada por Ditterich (2011) também constatou que o IDQ repercutiu no aumento de motivação dos trabalhadores. Porém, destacou que as inovações em gestão possuem efeito de curta duração, sendo preciso desenvolver ferramentas que ampliem a motivação e o comprometimento dos profissionais em longo prazo. Para a OCDE (2005), as perspectivas de progressão no trabalho e a organização podem ser mais eficazes que os incentivos financeiros.

Ideia Central E: A redução do tempo de serviço para aposentadoria contribuiria para aumentar o comprometimento

Uma das coisas que eu vejo assim, que seria no âmbito maior, né, e da minha categoria, no caso da enfermagem, eu acho que a aposentadoria deveria ser com 25 anos. Eu acho assim

até que na verdade, na área da saúde em geral. Eu acho que 30 anos é muito puxado, sabe? Eu acho que você chega num ponto assim que você já está esgotado, né? Física e mentalmente, principalmente, e aí você perde todo o estímulo, todo o ânimo, sabe, você perde o interesse mesmo. Você já tá fazendo a coisa assim no automático, né, muito mecânico, porque você tem que cumprir ali o teu tempo de serviço e tal, eu acho que isso aí é uma coisa que deveria ser muito repensada, né? 25 anos pra área de saúde, pra assim, profissional né que lida com o problema do outro, é muito desgastante. Você acaba adoecendo, de uma maneira ou de outra, em algum momento da tua vida você vai adoecer. Então eu acho que poderiam reduzir isso aí, isso aí já seria um incentivo ótimo assim. Acho que a pessoa já entrar trabalhando sabendo que você vai ter um, né, um tempo menor pra se aposentar ali, mais chances de tá saudável, né? Eu acho que isso aí seria um ponto bem positivo. Essa é uma das coisas.

(E2).

Neste discurso defende-se que o tempo de serviço para a aposentadoria de profissionais da área da saúde deveria ser reduzido, por se tratar de um serviço desgastante e que, com o passar dos anos, leva ao esgotamento físico e emocional, deixando o profissional desmotivado.

Camelo et al (2014), em revisão de literatura, constatou que os profissionais de saúde apresentam predisposição a problemas de ordem física e psicológica, devido a sua exposição a riscos biológicos, químicos, físicos, ergonômicos e psicossociais. Outra revisão de literatura realizada por Rodrigues e Araújo (2016, p.15), identificou diversos estudos que associam os trabalhadores de saúde a uma maior propensão ao desenvolvimento de “[...] diabetes mellitus, distúrbios neurológicos ortopédicos, psicológicos e hipertensão arterial devido à constante sobrecarga de trabalho executado e pelas questões ergonômicas”.

Um estudo realizado por Martins et al (2017) com o objetivo de identificar os motivos das aposentadorias por invalidez em profissionais de saúde atuantes em um hospital universitário, entre 2000 a 2013, constatou que 40 profissionais haviam se aposentado por invalidez, sendo as causas: transtornos mentais e comportamentais (45,0%), doenças osteomusculares (25,0%), doenças do aparelho circulatório (7,5%) e neoplasias (7,5%).

As evidências científicas comprovam, portanto, que as chances de adoecimento dos profissionais de saúde em virtude dos riscos a que estão expostos são grandes, o que está em acordo com o que foi exposto no discurso.

Ideia Central F: A forma de atuação da chefia influencia no comprometimento do profissional

Pra mim o que contribui pra qualidade do atendimento, pra qualidade e efetividade do serviço, primeiro é a relação do profissional com chefia... Bom, a chefia ela é o principal da equipe, né? Ela é o que coordena, é o que motiva, e assim, que deveria, né, impulsionar cada um, cada funcionário, né? Então eu acho assim, que isso é um pouco de falha na instituição, assim. Nem sempre as chefias estão capacitadas pra esse cargo, né? E aí isso também gera muito descontentamento, insatisfação, né, e desestímulo, né, tudo consequência, né, em cadeia, e desestímulo do profissional, pro trabalho, pra carreira, né, e também acaba deixando você ali no mecânico, na rotina, né? Então eu acho que isso é bem importante, trabalhar muito em cima da qualificação da chefia. Hoje você mede a pessoa, a qualidade de um profissional que tem uma agenda, que tem uma responsabilidade numa triagem com 20 pacientes e isso é menos importante do que você chegar cinco minutos mais cedo ou mais tarde. Então essa relação, esse estímulo para que haja uma maior produtividade, o estímulo é ver o que o cara faz e que qualidade. Não é tempo que conta, mas o que você fez no tempo em que você esteve lá dentro, o quanto e qual a qualidade da sua produção. Quantas reclamações pertinentes você teve. E quantos elogios pertinentes você teve. Quando você sabe que a sua chefia tá ciente daquilo que você faz lá dentro, que ela te acompanha e sabe que você faz o que você faz e com qualidade que você faz, você consegue trabalhar e dizer: Poxa... Hoje eu vim e alguém tá olhando. Porque o paciente não consegue medir isso. Agora, o principal é que as chefias em todos os pontos de hierarquia, ele consiga ver e saber como é que é. Eu acho que aí é uma forma de estimular uma produtividade mais efetiva do profissional.

(CD4, E2)

Um dos fatores essenciais para promover a motivação dos profissionais e sua permanência no trabalho é a sua valorização (SCALCO; LACERDA; CALVO, 2010). Os gestores devem ter consciência disso e devem perceber o trabalhador como um sujeito que pode dar contribuições significativas no planejamento, na formulação e na execução das ações em saúde, sendo corresponsável por elas (BRASIL, 2013). Diante do exposto, nota-se que de fato a valorização dos profissionais pelos gestores é um dos fatores responsáveis por ampliar a sua motivação. O diálogo e o reconhecimento das ações realizadas e dos êxitos obtidos também melhoram a relação existente e o comprometimento dos profissionais.

Outro aspecto mencionado no discurso refere-se ao fato de nem sempre os gestores serem suficientemente capacitados para atuar nessa função. Um estudo realizado por Alves, Penna e Brito (2004), com o propósito de verificar o perfil dos gestores das Unidades de Saúde de Belo Horizonte, constatou deficiências no processo de capacitação dos gerentes e de seleção para assumirem o cargo. A seleção se deu por concurso interno, seleção interna, eleição interna, indicação pelo gerente anterior, indicação política, eleição com participação dos usuários, convite pelo Distrito Sanitário ou por capacidade gerencial para assumir a função. Este último caso correspondeu a apenas 3,39% dos entrevistados.

A fim de evitar estas distorções e de impedir que profissionais não capacitados para o exercício da função assumam o cargo, levando a ineficácia e ineficiência das ações realizadas, André e Ciampone (2007) defendem que para ascender ao cargo de gestor, deveria haver uma avaliação de competências, e certificação profissional meritória, tendo como pré-requisitos a realização de cursos de Gestão em Saúde.

Ideia Central G: As condições de trabalho interferem no comprometimento dos profissionais

Eu acho que um bom ambiente de trabalho, né? Se você tem boas condições de trabalho, pessoais, se você tá no local certo para o que você quer, e entra essas outras condições, né? Quando há diálogo, quando há um bom entrosamento da equipe, isso em todos os níveis, né? Tanto o nível horizontal, entre os colegas de trabalho, como em nível vertical, que aí são os gestores locais, regionais e municipais. Quando você tem uma equipe boa, é mais fácil você conseguir resgatar, você puxa. Às vezes, assim, tem profissional muito bom, profissional mais ou menos bom, quando a equipe toda funciona bem, você consegue puxar todo mundo, né!? Eu acho que é meio por aí. Claro que assim a gestão também vai ajudar muito, porque a gestão vai conseguir administrar todos, né!? Todos esses profissionais. Eu acho que quando a gente tem um bom ambiente de trabalho e tá satisfeito, isso reflete na qualidade do atendimento, sem depender dos incentivos. É importante ter o incentivo financeiro, mas as condições de trabalho são muito mais importantes. A gente vê que qualidade não tá ligada a bons salários, isso é uma coisa que a gente vê, bons salários são incentivos para que você tenha boa qualidade, mas ele não liga, nem sempre o profissional bem pago tem muita qualidade. A gente vai ver assim, que o comprometimento do funcionário, vínculo com a comunidade, porque você não vai ter boa qualidade se você não tem vínculo, né? Então a qualidade tá muito ligada no teu dia a dia. Ultimamente a gente tem trabalhado com várias

pressões. As pressões da falta de medicamento, falta de estrutura física das Unidades, principalmente a nossa, e falta de bom senso também de um certo nível de gestor que às vezes fazem algumas metas que são inatingíveis do ponto de vista do nosso contexto atual. Porque é bem difícil você trabalhar humorado, faltando coisas, pacientes reclamando que faltam coisas, né? Porque a população cobra muito da gente, eles pensam que tipo a culpa é nossa de não ter remédio, de não ter alguma coisa, a gente faz o possível. Então tudo isso compromete o atendimento da gente e vai desgastando. Porque trabalhar com a questão técnica... Ela é difícil, mas com a questão de relacionamento ela é bem mais difícil. Então tecnicamente de repente você consegue resolver, você manda pra treinamento, você monitora mais de perto, e agora, de relacionamento, tem algumas coisas que é um desafio muito grande e que é da pessoa. Às vezes você não consegue mudar a pessoa mesmo né? Tanto que um ambiente bom de trabalho ajuda. Você acordar de manhã com vontade de ir pro trabalho, né? Ou saber... Ai meu Deus... Vou lá de novo... Vai ser assim de novo. Isso é ruim... Então acho que você ter um ambiente bom de trabalho, você ter condições de trabalho, ter a equipe completa, saber que você vai poder também dar uma resposta pro usuário que tem o recurso a nível local ou que... né? Dentro do que a gente trabalha na parte de Redes, né?

(ASL3, CD3, CD8, E3, E4, E7, M2, M3, M6)

Ressalta-se neste discurso a importância de um ambiente de trabalho satisfatório, com a existência de relações interpessoais saudáveis, fundamentadas no diálogo, entre profissionais, gestores e usuários; e de recursos humanos, de infraestrutura e materiais, que possibilitem a adequada realização dos procedimentos necessários.

Um estudo realizado por Lima et al (2014) a fim de verificar os fatores que geravam satisfação ou insatisfação nos profissionais de saúde atuantes na ESF e na Atenção Básica Tradicional identificou como principais motivos de satisfação em ambos os modelos: a afinidade com a profissão exercida, o trabalho em equipe e a satisfação dos usuários; e na ESF: o vínculo entre os profissionais e os usuários. Como motivos de insatisfação em ambos os modelos: problemas no relacionamento com os usuários; na Atenção Básica: as dificuldades no trabalho em equipe e os salários insuficientes; e na ESF: déficit nos instrumentos e no ambiente de trabalho, a carga horária e as dificuldades de compreensão sobre o modelo. Os autores ressaltam que a realização do trabalho em equipe visando atingir objetivos comuns amplia a eficácia do atendimento e a satisfação no trabalho.

Nota-se, portanto, que um ambiente favorável, em que se dispõe de recursos materiais, físicos e humanos para a realização dos serviços necessários e com relacionamentos

interpessoais fundamentados na cooperação, na integração e na busca conjunta pelo alcance das metas da instituição, propicia a satisfação dos funcionários e, conseqüentemente, tende a ampliar a qualidade dos serviços prestados e o comprometimento dos profissionais.

Ideia Central H: A valorização profissional motiva os profissionais

Penso eu que a valorização do profissional é importante, né? Então... Se o profissional se sente desvalorizado, se ele vê que uma pessoa que trabalha bem menos do que ele recebe a mesma coisa, e não dá nada, como dizem, né? Eu acho que isso não contribui nem um pouco pra que o serviço melhore. Então por isso que tem que ter uma ação contínua de valorização dos profissionais, de valorização da disposição dele, do comprometimento dele, né? Não dá pra deixar só no muito obrigado, né? Tem que ter um prêmio. O reconhecimento da população também é importante. Eu acho que quando você faz um trabalho, faz alguma coisa e você tem o reconhecimento da população, não da tua chefia, da população em si, eu acho que isso incentiva você a cada vez fazer mais, cada vez procurar saber mais, procurar se atualizar, tudo. Quando você não tem o incentivo da população não adianta, a chefia, nada. Claro que tudo é um contexto. Se você tem o da chefia, se você tem o da população, se você tem do teu gestor lá de cima, o incentivo, né... Que nesse ano nós ganhamos, ano passado né? Ano passado nós ganhamos um diploma de menção honrosa, sabe, da prefeitura. Tipo assim, sei lá, você olha é um papel, um papel ali escrito né, que você fez um serviço pra prefeitura, pô, mas alguém tá olhando que eu tô fazendo alguma coisa, né? Então isso, pro funcionário, é importante, é válido, sabe? E assim a gente procura aqui valorizar a pessoa

(E9)

Para Chiavenatto (2010) a valorização dos profissionais pode ser realizada de diferentes formas, tais como: recompensas financeiras de forma direta, que incluem salário, prêmios e comissões; recompensas financeiras indiretas, como férias e gratificações; e recompensas não financeiras como oportunidades de desenvolvimento, o reconhecimento, promoções e autonomia.

No discurso em questão, reforça-se a importância da valorização financeira e não financeira, como o reconhecimento pela chefia e pelos usuários do bom trabalho executado. Os programas de reconhecimento são descritos por Chiavenato (2010) como pagamentos ou créditos fornecidos ao colaborador que contribuiu com a organização, servindo de exemplo para os demais colaboradores.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Procurou-se neste estudo, analisar a experiência da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, com a implantação do contrato interno de gestão no âmbito da Atenção Primária à Saúde, denominado Termo de Compromisso (TERCOM). O tema dos contratos de gestão ganhou enfoque a partir da Reforma da Administração Pública, momento em que estes passaram a ser amplamente empregados com o propósito de ampliar a eficiência, a eficácia e a efetividades dos serviços públicos. Na área da saúde têm sido implantados sob a forma de contratos endógenos e exógenos, sendo que há divergências nas evidências científicas acerca de suas potencialidades e limitações.

Em Curitiba-PR, com o propósito de ampliar a qualidade dos serviços prestados no âmbito da APS, a corresponsabilidade entre gestores, profissionais e a comunidade, a efetividade e a eficiência dos serviços prestados, a SMS implantou o Termo de Compromisso de Gestão. Sua formulação e a definição dos seus indicadores e metas, em 2002, contou com a participação de profissionais e gestores. Posteriormente, em 2003, esta ferramenta de gestão foi implantada, juntamente com o Plano Operativo Anual e o Incentivo ao Desenvolvimento da Qualidade. O município já vinha tentando implantar inovações na gestão desde 1994, ano em que foi proposto o primeiro sistema de incentivo financeiro.

O contrato de gestão implantado revelou-se de grande valia para nortear as ações desenvolvidas e os serviços prestados, estimulando os profissionais a atingir as metas pactuadas; para avaliar tais ações, identificando os avanços obtidos e as falhas que ainda precisam ser superadas; para identificar as necessidades da população, a realidade local e os recursos disponíveis para atendê-las; e para estimular o diálogo e estabelecer a corresponsabilidade entre gestores, profissionais e usuários. Neste sentido, enfatiza-se a importância da participação de todos os envolvidos no processo de pactuação de metas, a fim de estimular o sentimento de pertencimento neste processo, de aceitação das metas estabelecidas e de responsabilidade pelos resultados que serão obtidos.

Em que pese a necessidade de participação de todos na pactuação seja evidenciada em diversos momentos, nota-se que na prática isso não tem ocorrido. Constatou-se que a pactuação tem ocorrido entre os gestores, sem a participação dos profissionais de saúde, havendo apenas um repasse para estes. Há, portanto, imposição de algumas metas e, em alguns casos é possível tentar negociá-las. Outra crítica realizada refere-se à priorização da quantidade, uma vez que a avaliação considera apenas a questão numérica com ênfase na produtividade em detrimento da qualidade e complexidade dos trabalhos realizados. Assim,

por vezes, há a realização de procedimentos desnecessários ou a priorização da realização de procedimentos que gerem maior contabilização no momento da avaliação, apenas para atingir as metas estabelecidas, tornando secundária a importância da qualidade. Há ainda dificuldades em atingir as metas, devido à falta de recursos materiais, de infraestrutura e humanos e à pactuação de metas inatingíveis.

Em se tratando do IDQ, constatou-se que inicialmente teve resultados positivos, atingindo os propósitos de solucionar a dificuldade de contratar e reter recursos humanos em locais de difícil acesso, bem como de melhorar a qualidade dos serviços, atingindo as metas pactuadas. Além disso, o incentivo financeiro foi considerado motivador para a realização das funções, ampliando a busca pelo alcance de metas e pelo reconhecimento no ambiente de trabalho. Outro aspecto positivo observado no IDQ refere-se à forma de avaliação, a qual era realizada em âmbito coletivo, e não apenas individual, estimulando o sentimento de corresponsabilidade e o trabalho em equipe. Tratava-se de um instrumento de estímulo, de promoção de diálogo entre gestores e profissionais, de redução do absenteísmo, de ampliação da qualidade, e de punição, nos casos em que as metas não fossem atingidas.

Entretanto, com o tempo a avaliação se tornou apenas mais uma rotina, não sendo realizada da forma como se preconizava em teoria. Os problemas foram relacionados principalmente à avaliação individual e à autoavaliação. Nesta dificilmente os profissionais atribuíam a si mesmos uma nota inferior a dez, enquanto na individual, por vezes, não havia impessoalidade e transparência. Raramente os profissionais perdiam a bonificação do IDQ, de forma que todos a recebiam independente da qualidade de seus serviços. Outras dificuldades constatadas referem-se à priorização da quantidade na avaliação da Unidade, à fraude de informações para atingir as metas, e ao fato de os incentivos serem empregados como manobra para não aumentar os salários dos servidores, sendo apenas uma bonificação temporária, que não era agregada ao salário nem às futuras aposentadorias.

Percebeu-se que o tema da contratualização pode ser analisado segundo vertentes distintas: a econômica-administrativa, em que se insere a teoria de agência; e a participativa, em que se encontra o conceito de cogestão. Constatou-se neste estudo que ambas as teorias apareceram como pano de fundo das percepções dos profissionais. Ora se enfatizava a importância da participação dos profissionais na pactuação das metas a serem atingidas e do estabelecimento da corresponsabilidade e da cogestão, ora eram abordados aspectos da teoria de agência, como a assimetria de informações e os riscos existentes. Por este motivo optou-se pela análise dos dados obtidos empregando ambas as teorias, embora seja conhecido que estas são distintas.

O TERCOM, o POA e o IDQ foram percebidos como importantes ferramentas de gestão, com amplas possibilidades de melhorar a qualidade dos serviços e o comprometimento dos servidores. Entretanto ainda há lacunas existentes, como a não implantação na prática de alguns aspectos preconizados em teoria. Faz-se necessário, portanto, mudar a forma como as metas têm sido pactuadas, ampliando a participação dos profissionais de saúde, para que estas não sejam impostas e que haja maior acesso para a renegociação nos casos em que estas não são atingidas. As metas devem ser tangíveis e pactuadas de acordo com a realidade local e os recursos existentes. Além disso, sugere-se a pactuação de metas que priorizem a qualidade dos serviços e não apenas a quantidade.

Embora o IDQ já tenha sido findado, a análise da forma como foi implantado e dos resultados obtidos ensina importantes lições e aponta algumas perspectivas para os sistemas de incentivos futuros. É importante que a avaliação por desempenho seja realizada com transparência e imparcialidade, a fim de que repercuta na qualidade dos serviços, na motivação dos profissionais e na forma de atendimento aos usuários. Este processo avaliativo não deve gerar conflitos, mas sim promover o diálogo entre profissionais e gestores, para que os acertos sejam recompensados e multiplicados e as falhas sejam corrigidas. Enfatiza-se a necessidade de os profissionais se apropriarem de todas as etapas de pactuação, de avaliação e de desenvolvimento de estratégias para alcançar os resultados esperados.

Cabe destacar que o pagamento por desempenho não é a única forma de se ampliar o comprometimento dos profissionais com a qualidade e a resolutividade dos serviços. Outros mecanismos também atingem esta finalidade, como a oferta de programas de aperfeiçoamento e treinamento dos profissionais, o relacionamento interpessoal saudável entre gestores e profissionais, o ambiente de trabalho adequado, o diálogo, a participação no processo de definição de metas e no desenvolvimento de estratégias para atingi-las e a valorização profissional. Além disso, o comprometimento é também intrínseco, de modo que a realização de concursos com mais etapas, em que se analise o perfil do profissional e sua compatibilidade com o cargo pretendido são de grande valia para evitar a contratação de servidores desmotivados e que não se enquadram na função ocupada.

Os resultados encontrados neste estudo são de grande valia, na medida em que propiciam um maior aprofundamento acerca da temática dos contratos de gestão e dos sistemas de incentivo, importantes ferramentas de gestão que têm sido empregadas de forma crescente em âmbito nacional e internacional. Em que pese haja uma limitação, por se tratar de um estudo de caso específico do município de Curitiba, de modo que tais dados não podem ser generalizados, a análise desta experiência foi proposta, pelo fato de ser uma das primeiras

experiências no âmbito da APS no Brasil. Além disso, são escassos os estudos sobre esta temática em âmbito nacional. Ressalta-se a importância de haver um maior aprofundamento e a divulgação das experiências em curso na gestão municipal da saúde, uma vez que o reconhecimento de suas potencialidades e limitações possibilita aprimorar as políticas existentes, sendo fonte de aprendizado não apenas ao município ao qual se limita, mas também a outras cidades que pretendem implantar novas ferramentas de gestão ou aperfeiçoar aquelas já implantadas.

Por fim, ressalta-se a importância da avaliação das políticas públicas de saúde, como a realizada neste trabalho, uma vez que possibilitam identificar as suas limitações e as suas potencialidades, podendo legitimar ações já desenvolvidas e fundamentar decisões futuras. No caso específico do TERCOM e do IDQ, o primeiro ainda está em vigor, porém o segundo já foi extinto. Como há perspectivas da implantação de um novo sistema de incentivo, possivelmente o Qualifica SUS, é essencial que se analisem os efeitos positivos e negativos do sistema anterior, a fim de manter aspectos benéficos e aperfeiçoar e desenvolver novas estratégias para suprir as necessidades ainda existentes.

REFERÊNCIAS

- ABRAHAMSSON, P. **The Role of Commitment in Software Process Improvement**. 160f. Dissertação (Department of Information Processing Science). University of Oulu, Oulu, 2002.
- AFONSO, P.B. Contrataualização em ambiente de Cuidados de Saúde Primários. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, Lisboa, n. 9, p. 59-64, 2010.
- ALBUQUERQUE, M.S.V.; MORAIS, H.M.M.; LIMA, L.P. Contratualização em saúde: arena de disputa entre interesses públicos e privados. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n.6, p. 1825-1834, 2015.
- ALVES, M.; PENNA, C.M.M.; BRITO, M.J.M. Perfil dos gerentes de Unidades Básicas de Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.57, n.4, p. 441-446, 2004.
- ANDRADE, L.R. **A fé no SUS**: Fundação Estatal como proposta de gestão do trabalho para a Estratégia Saúde da Família na Bahia. 128f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.
- ANDRÉ, A.M. A efetividade dos contratos de gestão na reforma do estado. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v.39, n.3, p. 42-52, 1999.
- ANDRÉ, A.M.; CIAMPONE, M.H.T. Desafios para a gestão de unidades básicas de saúde. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v.9, n.34, p.16-21, 2007.
- ANDREAZZI, M.F.S. de; BRAVO, M.I.S. Privatização da gestão e organizações sociais na atenção à saúde. **Trabalho, educação e saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 499-518, 2014.
- ARANTES, L.J.; SHIMIZU, H.E.; HAMANN, E.M. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n.5, p. 1499-1509, 2016.
- ARAÚJO, M.A.D. Responsabilização pelo controle de resultados no Sistema Único de Saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 27, n.3, p. 230-236, 2010.
- ARROW, K.J. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. **The American Economic Review**, v. 53, n. 5, p.941-973, 1963.
- AZEVEDO, J. C. R. **Contrato Interno de Gestão e Plano Operacional Anual da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, Paraná**: a percepção dos gestores locais e trabalhadores das equipes em saúde. 80 f. Dissertação (Mestrado Profissional de Gestão de Tecnologia em Saúde - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2009.
- AZEVEDO, J. C. R.; FAORO, N. T.; XAVIER, E. A. Avaliação de desempenho: um instrumento de gestão e democratização nas relações de trabalho. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho na saúde (Org.). **Prêmio InovaSUS**: valorização de boas práticas e inovação na gestão do trabalho na saúde. 1. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2013.

BARRETO, J.O.M. Pagamento por desempenho em sistemas e serviços de saúde: uma revisão das melhores evidências disponíveis. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p. 1497-1514, 2015.

BATISTA, K.B.C.; GONÇALVES, O.S.J. Formação dos profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n.4, p.884-899, 2011.

BATISTA, M.A.C.; MALDONADO, J.M.S.V. O papel do comprador no processo de compras em instituições públicas de ciência e tecnologia em saúde (C&T/S). **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v.42, n.4, p. 681-99, 2008.

BERTOLLI FILHO, C. **História da Saúde Pública no Brasil**. 4.ed. São Paulo: Ática, 2004.

BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, p. 401-12, 2002.

BORGES, F.T. et al. **Anatomia da privatização neoliberal do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2012.

BRASIL. **Agente Comunitário de Saúde**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php?conteudo=agente_comunitario_saude> Acesso em: 16 jun. 2016a.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **Reflexões aos novos gestores municipais de saúde 2013-2016**. Brasília: Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, 2013.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2003.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição**: República federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 19, de 04 de junho de 1998. Modifica o regime e dispõe sobre princípio 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 05 jun.1998. Seção 1, p.1.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set.1990b. Seção 1, p.18055.

BRASIL. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 1990c. Seção 1, p. 25694.

BRASIL. Ministério da Saúde. **ABC do SUS: Doutrinas e Princípios**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1990a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 jun. 2011. Seção 1, p.1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Direito Sanitário e Saúde Pública: Manual de Atenção Jurídica em Saúde Pública e Coletânea de Leis e Julgados**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Informe da Atenção Básica: Pacto da Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pacto de Indicadores da Atenção Básica: instrumento de negociação qualificador do processo de gestão do SUS. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.3, n.2, p.221-224, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PNAB Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Gestão Participativa e Cogestão**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Aprova, na forma do Anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 jan. 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 jan. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Aprova, na forma do Anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 fev. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS 01/93. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 mai. 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203, de 05 de novembro de 1996. Aprova, nos termos do texto anexo a NOB 1/96. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 05 nov. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.409, de 10 de julho de 2013. Define o valor mínimo da parte fixa do Piso de Atenção Básica (PAB) para efeito do cálculo do montante de recursos a ser transferido do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Municípios e

do Distrito Federal, e divulga os valores anuais e mensais da parte fixa do PAB. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 10 jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 fev. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 dez. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Agentes Comunitários de Saúde-PACS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): Manual Instrutivo**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Brasília, 1995. Disponível em: <<http://www.bresserpereira.org.br/Documents/MARE/PlanoDiretor/planodiretor.pdf>> Acesso em: 10 nov. 2015.

BRASIL. **Resolução n° 258, de 07 de janeiro de 1991**. Aprova a Norma Operacional Básica/SUS n° 01/91. 1991. Disponível em: <siops.datasus.gov.br/Documentacao/Resolucao%20258_07_01_1991.pdf>. Acesso em: 03 ago. 2016.

BRASIL. Sala de Apoio à Gestão Estratégica. Ministério da Saúde. **Equipes da Saúde da Família**. Disponível em: <<http://sage.saude.gov.br/>>. Acesso em: 02 dez. 2016b.

BRASIL. **8ª Conferência Nacional de Saúde: Relatório Final**. 1986. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf>. Acesso em: 05 ago. 2016.

BRESSER PEREIRA, L.C. Democracia, Estado Social e Reforma Gerencial. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 50, n.1, p.112-116, 2010.

BRESSER PEREIRA, L.C. Da Administração Pública Burocrática à Gerencial. **Revista do Serviço Público**, v.120, n.1, p.7-40, 1996.

BÚRIGO, C.C.D. Qualidade de vida no trabalho. **Revista de Ciências Humanas**, Florianópolis, v. 15, n. 22, p. 90-111, 1997.

CAMELO, S.H.H. et al. Trabalhador de saúde: formas de adoecimento e estratégias de promoção à saúde. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Brasília, v.5, n.3, p.2220-2229, 2014.

CAMPOS, G.W.S. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS, G.W.S. et al. (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec/ Fiocruz, 2006.

CAMPOS, F.E.; MACHADO, F.H.; GIRARDI, S.N. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 44, p. 13-24, 2009.

CAMPOS, G.W.S. **Um método para análise e cogestão de coletivos**. 5.ed. São Paulo: Hucitec, 2015.

CARNEIRO, T.S.G. et al. O Pacto pela Saúde na prática cotidiana da Atenção Primária à Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n.102, p. 429-439, 2014.

CARNEIRO JUNIOR, N.; NASCIMENTO, V.B.; COSTA, I.M.C. Relação entre Público e Privado na Atenção Primária à Saúde: considerações preliminares. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 971-979, 2011.

CASTRO, A.L.B.de. **Atenção primária e relações público-privadas no sistema de saúde do Brasil**. 173f. Tese (Doutorado em Ciências – Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.

CAVALCANTE FILHO, J.B.; FRANCO, T.B. O processo de construção da Fundação Estatal Saúde da Família da Bahia. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n.1, p.63-86, 2016.

CENTRO DE EDUCAÇÃO E ASSESSORAMENTO POPULAR (CEAP). **Pacto pela Saúde: possibilidade ou realidade?** 2.ed. Passo Fundo: IFIBE/CEAP, 2009.

CHIAVENATO, I. **Gestão de Pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações**. 3.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

COSTA E SILVA, V. **Terceiro setor e parcerias na saúde: As Organizações Sociais como possibilidades e limites na gerência da Estratégia Saúde da Família**. Tese (Doutorado em Ciências – Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

COSTA-E-SILVA V.; ESCOVAL, A.; HORTALE, V.A. Contratualização na Atenção Primária à saúde: a experiência de Portugal e Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n.8, p. 3593-3604, 2014.

CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. **Decreto 1.540 de 22 de novembro de 2005**. Institui o Programa de Incentivo ao Desenvolvimento da Qualidade dos Serviços, na Secretaria Municipal da Saúde. Disponível em: <<https://leismunicipais.com.br/a/pr/c/curitiba/decreto/2005/154/1540/decreto-n-1540-2005-institui-o-programa-de-incentivo-ao-desenvolvimento-da-qualidade-dos-servicos-na-secretaria-municipal-da-saude>>. Acesso em 10 set. 2016.

CURITIBA. **Decreto nº 298, de 20 de março de 2015**. Curitiba: SMS, 2015a. Disponível em: < <http://files.sismuc.org.br/arquivos/leg.-decretos/decreto-298.2015--idq-saude.pdf>>. Acesso em: 28 out. 2016.

CURITIBA. **Decreto nº 299, de 20 de março de 2015**. Curitiba: SMS, 2015b. Disponível em: < <http://files.sismuc.org.br/arquivos/leg.-decretos/decreto-299.2015--gratificac%C3%A3o-a-ser-paga-para-os-servidores-de-func%C3%A3o-estrategica-sms.pdf>>. Acesso em: 28 out. 2016.

CURITIBA. **Histórico da Secretaria**. Disponível em: < <http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/index.php/a-secretaria/historico-da-secretaria>>. Acesso em: 26 out, 2016.

CURITIBA. **Minuta de Decreto**. Curitiba: SMS, 2014. Disponível em: <<http://files.sismuc.org.br/arquivos%5Cdoc.-outros%5Cminuta-de-decreto-reestrutura-o-programa-de-encenivo-ao-desenvolvimento-da-qualidade-dos-servicos.pdf>>. Acesso em: 26 out, 2016.

CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. **Relatório da Gestão: Monitoramento Quadrimestral do SUS Curitiba**. 3º Quadrimestre de 2015. Curitiba: SMS, 2015.

DAWSON, B. **Informe Dawson sobre el futuro de los servicios Teoria y afines, 1920**: informe provisional presentado al Ministerio de Salud de la Gran Bretaña en 1920 por el Consejo Consultivo de Servicios Médicos y Afines.. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1964.

DI PIETRO, M.S.Z. Contratos de gestão. Contratualização do controle administrativo sobre a administração pública e sobre as organizações sociais. **Revista da Procuradoria Geral do Estado de São Paulo**, São Paulo, v. 2, p. 173-194, 1996.

DI PIETRO, M.S.Z. **Direito Administrativo**. 27.ed. São Paulo: Atlas, 2014.

DITTERICH, R.G. **A contratualização como ferramenta de gestão e organização da atenção primária à saúde**: avanços, dificuldades e desafios. 162f. Tese (Doutorado em Odontologia – Saúde Coletiva) - Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2011.

DITTERICH, R.G.; MAZZA, V.A. Redes de Atenção à Saúde. In: CORREIA, A. D. M. S. et al. **Tópicos Especiais em Saúde**. Ponta Grossa: UEPG. 2014. P. 13-24.

DITTERICH, R.G.; MOYSÉS, S.J. A gestão da saúde baseada em resultados e processos de contratualização. In: MOYSÉS, S.J.; GOES, P.S.A. (Org.). **Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal**. São Paulo: Artes Médicas, 2012.

DITTERICH, R. G.; MOYSÉS, S. T.; MOYSÉS, S. J. O uso de contratos de gestão e incentivos profissionais no setor público da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 615-627, 2012.

DITTERICH, R. G., et al. A contratualização como ferramenta de gestão na Atenção Primária à Saúde na percepção dos profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba-Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. esp, p. 207-220, 2015.

DUCATI, E.; VILELA, E.S.A. **A participação nos lucros ou resultados e a avaliação de desempenho.** In: ENANPAD, 25, 2001, Curitiba. Anais. Curitiba: ANPAD, 2001. Disponível em:

<http://www.anpad.org.br/diversos/trabalhos/EnANPAD/enanpad_2001/CCG/2001_CCG1033.pdf>. Acesso em: 07 jan. 2017.

DUCCI, L. Curitiba firma Contrato de Gestão com metas para a saúde. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, v.8, n.14, p.48-57, 2007.

EISENHARDT, K.M. Agency Theory: an assessment and review. **The Academy of Management Review**, v.14, n. 1, p. 57-74, 1989.

EL-WARRAK, L.O. **A contratualização no âmbito da gestão pública da saúde: a experiência da área de planejamento 4 do município do Rio de Janeiro.**182f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2008.

ELIAS, P.E.; NASCIMENTO, V.B. **PAS – Plano de Atendimento à Saúde do município de São Paulo.** Série Didática, n.2, 1999.

ESCOVAL, A. O processo de contratualização na saúde em Portugal (1996-2005). **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, Lisboa, n. 9, p. 7-24, 2010.

ESCOVAL, A.; RIBEIRO, R. S.; MATOS, T. T. A contratualização em cuidados de saúde primários: o contexto internacional. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, Lisboa, n. 9, p. 41-57, 2010.

FADEL, C.B. et al. Administração Pública: o pacto pela saúde como uma nova estratégia de racionalização das ações e serviços em saúde no Brasil. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.43, n.2, p.445-456, 2009.

FAORO, N.T. **Validação de face do instrumento de avaliação da Atenção Primária à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba.** 115f. Tese (Mestrado em Tecnologia em Saúde) - Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2016.

FERNANDES, E. **Qualidade de vida no trabalho: como medir para melhorar.** 3. ed. Salvador/BA: Casa da Qualidade, 1996.

FESF-SUS. **Cartilha do Trabalhador: A Bahia por um novo caminho para a Saúde da Família.** Salvador: FESF-SUS, 2010.

FONTANELLA, B.J.B.; RICAS, J.; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.1, p. 17-27, 2008.

FONTES FILHO, J.R. **Estudo da validade de generalização das práticas de governança corporativa ao ambiente dos fundos de pensão: uma análise segundo as teorias da agência e institucional.** 196f. Tese (Doutorado em Administração) - Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2004.

FRASER, M.T.D.; GONDIM, S.M.G. Da fala do outro ao texto negociado: Discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. **Paidéia**, São Paulo, v.14, n. 28, p. 139-152, 2004.

GODOY, A.S. Introdução à Pesquisa Qualitativa e suas Possibilidades. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v.35, n.2, p. 57-63, 1995.

GUIZARDI, F. L.; CAVALCANTI, F. O. A gestão em saúde:nexos entre o cotidiano institucional e a participação política no SUS. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v.14, n.34, p.633-645, 2010.

IPDSC. **O DSC e a Pesquisa Qualitativa**. São Paulo, 2007. Disponível em: <<http://ipdsc.com.br/scp/showtexto.php?pag=3>>. Acesso em: 14 jul. 2015.

JENSEN, M.C.; MECKLING, W. Theory of the firm: managerial behavior, agency costs and ownership structure. **Journal of Financial Economics**, v.3, n.4, p.305-360, 1976.

JODELET, D., 1985. La representación social: Fenómenos, concepto y teoría. In: SPINK, M.J.P. O conceito de representação social na abordagem psicossocial. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p. 300-308, 1993.

KAUSS, L.F. A Estabilidade Funcional e a Eficiência no Serviço Público. **Revista Síntese Direito Administrativo**, n.68, p.6-31, 2011.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A.H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.5, p. 2307-2316, 2010.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.20, n.4, p.867-874, 2011.

LEFÈVRE, F., LEFÈVRE, A.M.C. **Depoimentos e Discursos: uma proposta de análise em pesquisa social**. Brasília: Líber Livro Editora, 2005(a).

LEFÈVRE, F., LEFÈVRE, A.M.C. Discurso do Sujeito Coletivo: Representações Sociais e Intervenções Comunicativas. **Texto & Contexto Enfermagem**, Santa Catarina, v.23, n.2, p.502-507, 2014.

LEFÈVRE, F., LEFÈVRE, A.M.C. **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)**. Caxias do Sul: EDUSC, 2005(b).

LEFÈVRE, F., LEFÈVRE, A.M.C. **O pensamento coletivo como soma qualitativa**. Faculdade de Saúde Pública / USP, São Paulo, 2003. Disponível em: <http://www.fsp.usp.br/quali_saude/soma%20qualitativa%20de%20fevereiro%20de%202004.htm>. Acesso em: 14 jul. 2015.

LEFÈVRE, F., LEFÈVRE, A.M.C. O Sujeito Coletivo que fala. **Interface**, São Paulo, v.10, n.20, p. 517-524, 2006.

LEFÈVRE, F., LEFÈVRE, A.M.C. **Pesquisa de Representação Social**: Um enfoque Qualiquantitativo. 2ª ed. Brasília: Liber Livro Editora, 2012.

LEITE, J.D.B.L.; SOUZA, H.F.; NASCIMENTO, E.C.V. Contratualização na Saúde: proposta de um Contrato Único para os programas no Estado de Minas Gerais. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 12, n.46, p. 15-22, 2010.

LIMA, S.M.L. O contrato de gestão e a conformação de modelos gerenciais para as organizações hospitalares públicas. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.30, n.5, p. 101-138, 1996.

LIMA, L. et al. Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais de saúde da atenção básica. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p. 17-24, 2014.

LIMA, J.G.; GIOVANELLA, L.; FAUSTO, M.C.R.; BOUSQUAT, A. **Qualidade da atenção básica por tipos de regiões de saúde**. Novos Caminhos, n.12. Pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil. Disponível em: <www.regiaoeredes.com.br>. Acesso em: 01 ago. 2016.

LOEVINSOHN, B. **Performance-based contracting for health services in developing countries**: a toolkit. Washington: The World Bank, 2008

MACÊDO, D.F. de., et al. Análise do concurso público como instrumento de seleção de pessoal no setor público: percepção de um grupo de servidores de instituições federais de ensino superior. **Revista Sociais e Humanas**, Santa Maria, v.29, n.1, p.92-110, 2016.

MACHADO, R.R., et al. Entendendo o pacto pela saúde na gestão do SUS e refletindo sua implementação. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiás, v. 11, n.1, p. 181-187, 2009.

MACHADO, D.G.; FERNANDES, F.C.; BIANCHI, M. Teoria da Agência e Governança Corporativa: Reflexão acerca da Subordinação da Contabilidade à Administração. **Revista de Auditoria, Governança e Contabilidade**, Minas Gerais, v.4, n.10, p.39-55, 2016.

MACHADO, E.M.; UMBELINO, L.M. A questão da estabilidade do servidor público no Brasil: perspectivas de flexibilização. Brasília: ENAP, 1995.

MACINKO, J.; HARRIS, M.J.; ROCHA, M.G. Brazil's National Program for Improving Primary Care Access and Quality (PMAQ): Fulfilling the Potential of the World's Largest Payment for Performance System in Primary Care. **The Journal of ambulatory care management**, v. 40, n. 2, p. S4-S11, 2017.

MAGALHÃES JÚNIOR, H.M. Redes de Atenção à Saúde: Rumo à integralidade. **Revista Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro, n.52, p.15-37, 2014.

MARQUES, A.M.P. et al. **Avaliação de desempenho e remuneração variável no contexto de gestão por metas pactuadas**: A experiência da Secretaria Municipal de Curitiba-PR. Disponível em: <<http://apsredes.org/site2013/experiencia-curitiba/files/2015/01/Curitiba-Docs.pdf>>. Acesso em: 04 jan. 2017.

MARTINEZ, A.L. Agency Theory na Pesquisa Contábil. In: Encontro Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Administração, ENANPAD, XXII, Foz do Iguaçu (PR), 1998. **Anais...** ANPAD, Foz do Iguaçu, 1998.

MARTINS, J.T., et al. Aposentadoria por invalidez de trabalhadores da área da saúde de um hospital universitário **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 122-127, 2017.

MARTY, I.K. Primeiras experiências de contratos de gestão em Curitiba: Secretaria Municipal da Saúde. In: Giacomini CH. **Gestão para resultados em Curitiba: a experiência de contratualização**. Curitiba: Instituto Municipal de Administração Pública, 2009.

MARTY, I.K. **Contratos de Gestão na SMS – Curitiba**. Disponível em: < http://cosemspb.org/wpcontent/uploads/2012/04/CTBA_Contratos_de_gestao_na_SMS_Curitiba_-_Ines_Marty.pdf>. Acesso em: 10 set. 2016.

MARTY, I.K.; FAORO, N.T. Gestão por resultados em Curitiba: POA, IDQ e Contrato de Gestão. In: MOYSÉS, S.T.; SILVEIRA FILHO, A.D.; MOYSÉS, S.J. **A implantação do modelo de atenção às condições crônicas em Curitiba: resultados do laboratório de inovação sobre atenção às condições crônicas na Atenção Primária em Saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: 2013.

MATO GROSSO. **Cartilha PMAQ - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Dúvidas Frequentes**. Cuiabá: Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, 2012. Disponível em: < www.saude.mt.gov.br/arquivo/3215>. Acesso em: 07 jan. 2017.

MATOS, T.T. et al. Contratualização interna vs. Contratualização externa. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, Lisboa, volume temático: 9, p.161-180, 2010.

MENDES, E.V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estudos Avançados**, São Paulo, v.27, n. 78, p. 27-34, 2013.

MENDES, E.V. **Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES, A.; MARQUES, R.M. O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 900-916, 2014.

MENICUCCI, T.M.G. História da Reforma Sanitária Brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **História , Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p. 77-92, 2014.

MENY, I.; THOENIG, J.C. **Las políticas públicas**. Trad. De Francisco Morata. Barcelona (Espanha): Editorial Ariel S.A, 1992.

MINAYO, M.C.S. Análise Qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.3, p.621- 626, 2012.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. Ed. São Paulo: Editora Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2004.

MINAYO, M.C.S.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p. 239-262, 1993.

MIRANDA, C.B. **O problema de agência nos contratos de gestão: As organizações sociais de saúde do Estado do Rio de Janeiro**. 155f. Dissertação (Mestrado em Administração Pública) - Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2015.

MOSCOVICI, S. **Representações Sociais: investigações em psicologia social**. Petrópolis: Vozes, 2003.

NARVAI, P. C. SÃO PEDRO, P. F. Práticas de saúde pública. In: ROCHA, A. A.; CESAR, C. L. G. **Saúde Pública: bases conceituais**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2008.

NEY, M.S.; PIERANTONI, C.R.; LAPÃO, L.V. Sistemas de avaliação profissional e contratualização da gestão na Atenção Primária à Saúde em Portugal. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n.104, p.43-55, 2015.

OLIVEIRA, G.A. de. A Burocracia Weberiana e a Administração Federal Brasileira. **Revista de Administração Pública**, v. 4, n.2, p. 47-74, 1970.

OLIVEIRA, R.C.R. **Licitações e Contratos Administrativos: Teoria e Prática**. 4.ed. São Paulo: Método, 2015.

OLIVEIRA, A.B.R.; SILVA, U.B.; BRUNI, A.L. Gerencialismo e desafios contemporâneos da gestão dos custos públicos no Brasil. **Revista de Estudos Contábeis**, Londrina, v. 3, n. 5, p. 63-82, 2012.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. **Paying for performance: policies for government employees**. Paris: OECD, 2005

ORMOND, D; LOFFLER, E. A nova gerência pública. **Revista do Serviço Público**, Brasília, a. 50, v. 2, p. 67-89, 1999.

OXMAN, A.D.; FRETHEIM, A. Can paying for results help to achieve the Millennium Development Goals? Overview of the effectiveness of results-based financing. **Journal of Evidence-Based Medicine**, v.2, n.2, p. 70-83, 2009.

PAIM, J.S. **A Reforma Sanitária Brasileira e o CEBES**. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

PAIM, J.S. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et al. (orgs). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2. Ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012. P. 547-573.

PAIM, J.S. **Reforma Sanitária Brasileira: Contribuição para a compreensão e crítica**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

PAIVA, C.H.A.; TEIXEIRA, L.A. Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n.1, p. 15-35, 2014.

PIMENTA, A.L. O SUS e a municipalização à luz da experiência concreta. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 2, n.1, p.25-40, 1993.

PIRES, A.K. et al. **Gestão por competências em organizações de governo: Mesa - redonda de pesquisa – ação**. Brasília: ENAP, 2005.

POLI NETO, P. et al. Remuneração variável na Atenção Primária à Saúde: relato das experiências de Curitiba e Rio de Janeiro, no Brasil, e de Lisboa, em Portugal. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 21, n.5, p. 1377-1388, 2016.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa Qualitativa na Atenção à Saúde**. 3.ed. Porto Alegre, Artmed, 2006.

PORTO ALEGRE. **Lei nº11.062, de 06 de abril de 2011**. Porto Alegre, 2011. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cgi-bin/nphbrs?s1=000031623.DOCN.&l=20&u=%2Fnethtml%2Fsirel%2Fsimples.html&p=1r=1&f=G&d=atos&SECT1=TEXT#h0>>. Acesso em: 02 jun.2016.

PRZEWORSKI, A. Sobre o desenho do Estado: uma perspectiva agente x principal. In: BRESSER-PEREIRA, L. C.; SPINK, P. K. (Orgs.). **Reforma do Estado e Administração Pública Gerencial**. Rio de Janeiro: FGV, 1998.

REIS, M.L. Reforma do estado: da administração burocrática à administração pública gerencial: O caso brasileiro. **Foco**, Vila Velha, v.7, n.1, p.104-137, 2014.

REZENDE C.A.P. O modelo de gestão do SUS e as ameaças do projeto neoliberal. In: BRAVO, MIS, et al. **Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde**. 2. Ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrj-Ssind, 2008.

RIBEIRO, L.A.; SANTANA, L.C. Qualidade de vida no trabalho: fator decisivo para o sucesso organizacional. **Revista de Iniciação Científica**, Salvador, v.2, n.2, p. 75-96, 2015.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Manual para sistema de informação em saúde bucal do SUS**. Porto Alegre: 2007.

RODRIGUES, L.F.; ARAÚJO, J.S. Absenteísmo entre os trabalhadores de saúde: um ensaio à luz da medicina do trabalho. **Revista Ciência e Estudos Acadêmicos de Medicina**, Mato Grosso, v. 1, n.5, p. 10-21, 2016.

RODRIGUEZ, E.O.L.; TREVIZAN, M.A.; SHINYASHIKI, G.T. Reflexões conceituais sobre comprometimento organizacional e profissional no setor saúde. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.16, n.3, 2008.

SANTANA, J.P. A gestão do trabalho nos estabelecimentos de saúde: elementos para uma proposta. In: SANTANA, J.P.; CASTRO, J.L. (Orgs.). **Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde**: CADRHU. Natal: UFRN, 1999. p. 387-400.

SANTOS, L.A. **Agencificação, Publicização, Contratualização e Controle Social:** Possibilidades no âmbito da Reforma do Aparelho do Estado. Brasília: DIAP, 2000.

SANTOS FILHO, S.B.; FIGUEIREDO, V.O.N. Contratos internos de gestão no contexto da Política de Humanização: experimentando uma metodologia no referencial de cogestão. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 13, n. supl. 1, p. 615-26, 2009.

SATO, F. R. L. A teoria da agência no setor da saúde: o caso do relacionamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar com as operadoras de planos de assistência supletiva no Brasil. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.41, n.1, 2007.

SCALCO, S.V.; LACERDA, J.T.; CALVO, M.C.M. Modelo para avaliação da gestão de recursos humanos em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 603-614, 2010.

SCATENA, J.H.G.; TANAKA, O.Y. Os instrumentos normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 10, n.2, p.47-74, 2001.

SCHEIBE, A.C.F. **Comprometimento no trabalho:** um estudo de caso de suas relações com desempenho e práticas de gestão. 128f. Dissertação (Mestrado Profissional em Administração de Empresas). Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2004.

SCORTECCI, C. Servidores da Saúde mantém greve; prefeitura vai descontar faltas. **Gazeta do Povo**, Curitiba, 30 de março de 2015. Disponível em: <<http://www.gazetadopovo.com.br/vida-e-cidadania/servidores-da-saude-mantem-greve-prefeitura-vai-descontar-faltas-9brt11is6ikb3817x2xzjnr16>>. Acesso em: 30 out. 2016.

SECCHI, L. Modelos organizacionais e reformas da administração pública. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v. 43, n. 2, p. 347-69, mar.-abr, 2009.

SETTI, Gabriel A. M. **Alcances e limites da reforma de Estado e da reforma administrativa no Brasil e na Argentina:** um estudo comparativo das experiências de Carlos Menem e Fernando Henrique Cardoso na década de 1990. 337f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Universidade de Brasília, Brasília, 2011.

SILVEIRA FILHO, A.D.; MARTY, I.K.; FAORO, N.T. Contextualização do SUS-Curitiba. In: MOYSÉS, S.T.; SILVEIRA FILHO, A.D.; MOYSÉS, S.J. **A implantação do modelo de atenção às condições crônicas em Curitiba:** resultados do laboratório de inovação sobre atenção às condições crônicas na Atenção Primária em Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: 2013.

SIMÃO, J.B.; ORELLANO, V.I.F. Um estudo sobre a distribuição das transferências para o setor de saúde no Brasil. **Estudos Econômicos**, São Paulo, v.45, n.1, p. 33-63, 2015.

SOUTO, L.R.F.; OLIVEIRA, M.H.B. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.40, n. 108, p. 204-218, 2016.

SPINK, M.J.P. **O conhecimento no cotidiano:** as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 1995.

STARFIELD, B. **Atenção Primária:** Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TAVARES, F.A. et al. **Novas perspectivas na Gestão para resultados na saúde em Minas Gerais:** a implantação dos contratos organizativos de ação pública de saúde. In: VI CONGRESSO CONSAD DE GESTÃO PÚBLICA, 2013, Brasília. Gestão para resultados na área da saúde em Minas Gerais, 2013.

TORRES, M.D.F. **Agências, Contratos e OSCIPS.** Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

UNICEF. **Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde** Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Brasil: Unicef, 1979.

VIANA, A.L.D.; ROBERTO DAL'POZ, M. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **PHYSIS Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 15 (suplemento), p. 225-264, 2005.

WORLD BANK. **Brazil Enhancing Performance in Brazil's Health Sector:** lessons from innovations in the state of São Paulo and the city of Curitiba. Washington: The World Bank, 2006.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA

1ª PARTE

Data:

Profissão:

2ª PARTE

1. Como funciona o processo de negociação das metas e indicadores a serem alcançadas pelos serviços de sua Unidade?
2. Como você avalia a necessidade de cumprimento das metas? Quais são os pontos positivos e/ou negativos?
3. Como você percebe o diálogo com o seu gestor em relação ao processo avaliativo?
4. O que você pensa sobre o Plano Operativo Anual (POA)?
5. O que você pensa sobre o Índice de Desenvolvimento da Qualidade (IDQ)? Há alguns benefícios ou dificuldades na sua utilização?
6. O que você pensa sobre incentivos financeiros (gratificação) sendo utilizado de forma contínua?
7. O que, na sua experiência, mais contribui para o compromisso dos profissionais de saúde com a qualidade e resolutividade das ações e serviços oferecidos à população local?

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Rafael Gomes Ditterich e Samuel Jorge Moysés pesquisadores da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você, profissional de saúde de nível superior que atuam na rede municipal de saúde do município de Curitiba-PR. a participar de um estudo intitulado “**A contratualização e o uso de incentivos profissionais como ferramentas de gestão do processo de trabalho na atenção primária à saúde**”. É por meio das pesquisas científicas que ocorrem os avanços importantes em todas as áreas, e sua participação é fundamental.

- a) O objetivo desta pesquisa é avaliar o processo de contratualização de metas e resultados, e o uso de incentivos e/ou bonificações profissionais como ferramentas de gestão do trabalho na atenção primária à saúde.
- b) Caso você participe da pesquisa, será necessário preencher um questionário autoaplicativo simples, em que o próprio voluntário responderá as perguntas. Também o voluntário poderá ser convidado a participar de uma entrevista semiestruturada gravada, no qual o anonimato e a confidencialidade das informações e relatos serão preservados. Tanto o questionário como a entrevistas avaliarão a questão do processo de contratualização e o uso de incentivos profissionais que acontecem na gestão do trabalho na Atenção Primária à Saúde na sua Unidade Municipal de Saúde.
- c) A fim de garantir sua privacidade, os riscos de apresentar algum desconforto ou constrangimento ao responder os questionários e a entrevista serão minimizados, pois os dados, informações ou relatos obtidos serão confidenciais e preservarão o anonimato, já que em nenhum dos formulários, questionários e roteiro de entrevista é identificado o seu nome.
- d) Para preenchimento do questionário serão encaminhados via malote para todos os profissionais de saúde de nível superior da Secretaria Municipal de Saúde do município de Curitiba-PR (SMS-Curitiba), no qual serão necessários aproximadamente 15 minutos e devolvidos também pelo malote direcionado ao Centro de Estudos em Saúde da SMS-Curitiba. Quanto à entrevista, serão realizadas, em 10% dos participantes que responderem o questionário, nas Unidades de Saúde em horários que não interfiram no fluxo de atendimento dos usuários nos serviços de saúde.
- e) Os benefícios esperados desta pesquisa são: servir de base para fomentar a discussão se os processos gerenciais (Contrato de Gestão e Incentivos Profissionais Financeiros) têm impactado em melhores indicadores de saúde, bem como, se essas ferramentas têm melhorado e impactado no processo de trabalho nas Unidades de Saúde de Curitiba-PR. No entanto, nem sempre você será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico.

Rubricas: Sujeito da Pesquisa e /ou responsável legal _____ Pesquisador Responsável _____ Orientador _____ Orientado _____

Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR Telefone: (41) 3360-7259 e-mail: cometica.saude@ufpr.br
--

- f) Os pesquisadores: **Prof. Dr. Rafael Gomes Ditterich** (professor do curso de Odontologia, Departamento de Saúde Comunitária, Endereço para contato: Rua Padre Camargo, nº 280, 7º andar, telefone comercial: (41) 3360-7241), e-mail: prof.rafaelgd@gmail.com, tel: (41) 97199755, **Prof. Dr. Samuel Jorge Moysés** (professor do curso de Odontologia do Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Paraná e professor da Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Endereço para contato: Rua Padre Camargo, nº 280, 7º andar, telefone comercial: (41) 3360-7241), e-mail: s.moyses@pucpr.br, tel: (41) 99723858 são os responsáveis pela pesquisa e poderão ser contactados a qualquer momento para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.
- g) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado.
- h) As informações relacionadas ao estudo poderão conhecidas por pessoas autorizadas por pesquisadores e pelas autoridades legais. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade.
- i) As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e pela sua participação no estudo você não receberá qualquer valor em dinheiro.
- j) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, _____ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão. Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

(Assinatura do sujeito de pesquisa ou responsável legal)
Local e data:

Assinatura do Pesquisador

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A contratualização e o uso de incentivos profissionais como ferramentas de gestão do processo de trabalho na atenção primária à saúde

Pesquisador: Rafael Gomes Ditterich

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 18110713.0.0000.0102

Instituição Proponente: Departamento de Saúde Comunitária

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 351.821

Data da Relatoria: 07/08/2013

Apresentação do Projeto:

Equipe da Pesquisa: Ana Cristina Vidal Allegretti, Helvo Slomp Junior, MARILENE DA CRUZ MAGALHÃES BUFFON, Milene Zanoni da Silva Vosgerau, SAMUEL JORGE MOYSÉS.

Trata-se de uma pesquisa de natureza quali-quantitativa que objetiva avaliar o processo de contratualização de metas e resultados e o uso de incentivos e ou bonificações profissionais como ferramentas de gestão do trabalho na atenção primária à saúde. A pesquisa seguirá às seguintes etapas:

i) Será realizada pesquisa documental na Secretaria Municipal de Saúde. ii) identificação, coleta e processamento de dados relativos aos indicadores de saúde e metas pactuadas/alcançadas por consulta a dados do Ministério da Saúde disponíveis nas bases de dados oficiais (SIAB, DATASUS, SAI-SUS); Sistemas de Informação de saúde de Curitiba (prontuário eletrônico); iii) aplicação de questionário validado e já aplicado em 2005 pelo Banco Mundial; iv) entrevistas com gestores locais atuantes na atenção primária a saúde nas modalidades (com e sem saúde da família). Participarão da etapa das entrevistas 10% dos profissionais (médicos, enfermeiros e dentistas) em todas as UBS da SMS.

Endereço: Rua Padre Camargo, 280

Bairro: 2º andar

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

CEP: 80.060-240

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



Continuação do Parecer: 351.821

Objetivo da Pesquisa:

Geral: Avaliar o processo de contratualização de metas e resultados e o uso de incentivos e/ou bonificações como ferramentas de gestão do trabalho na atenção primária à saúde.

Específicos:

Identificar a existência e, caso positivo, quais são e de onde se originam os principais indicadores em saúde disponíveis nos Sistemas de Informações que são utilizados pela gestão municipal, distrital e local na contratualização da atenção primária saúde em Curitiba-PR, comparando os desempenhos das Unidades Básicas de Saúde (UBS) com as Unidades Saúde da Família (USF);

- Analisar a percepção dos efeitos produzidos, onde existirem, dos incentivos (inclusive financeiros) por parte das equipes atuantes na Atenção Primária Saúde em Curitiba-PR;

- Analisar os procedimentos de pactuação em nível local e os esquemas gerenciais de monitoramento/avaliação adotados com as equipes de saúde em Curitiba-PR;

- Examinar as exigências gerenciais, desafios e possíveis dificuldades que os gestores locais (coordenadores de Unidades de Saúde) e trabalhadores de nível superior da saúde (médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas) enfrentam na gestão do processo de trabalho das Unidades de Saúde em Curitiba-PR;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os pesquisadores descrevem que o risco é mínimo por se tratar de pesquisa com abordagem qualitativa, mas destacam a possibilidade de constrangimento com alguma questão levantada quando da entrevista. Para tanto, é facultado ao participante não responder a questão que julgar constrangedora. Os benefícios são indiretos, de acordo com os pesquisadores, os resultados poderão servir de base para discussão sobre processos gerenciais na atenção à saúde e influenciar melhores indicadores de saúde e no processo de trabalho nas UBS.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Serão utilizados dados disponibilizados pelas bases de fontes secundários do Departamento de Informática do Sistema único de Saúde (DATASUS). Também serão analisado dados referentes a produção e metas presentes nos relatórios técnicos disponíveis no Prontuário Eletrônico da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba-PR. De forma alguma será acessado dados e informações a respeito dos usuários do SUS no Prontuário Eletrônico.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Endereço: Rua Padre Camargo, 280

Bairro: 2º andar

CEP: 80.080-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3380-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



Continuação do Parecer: 351.821

Os pesquisadores acrescentaram anuência da PUC-PR para realização do estudo nas suas dependências.

Recomendações:

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

É obrigatório retirar na secretaria do CEP/SD uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com carimbo onde constará data de aprovação por este CEP/SD, sendo este modelo reproduzido para aplicar junto ao participante da pesquisa.

O TCLE deverá conter duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma cópia ficará com o participante da pesquisa, tanto o participante como o pesquisador deverão rubricar todas as páginas do TCLE, opondo assinaturas na última página do referido Termo (Carta Circular nº. 003/2011CONEP/CNS);

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Por se tratar de pesquisa envolvendo Instituição da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, o pesquisador poderá iniciar a pesquisa somente após a análise de viabilidade emitida pelo CEP/SMS. Após análise do CEP da SMS, favor anexar o Parecer de Viabilidade no Sistema PB, modo: notificação.

Endereço: Rua Padre Camargo, 280

Bairro: 2º andar

CEP: 80.080-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3380-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



Continuação do Parecer: 351.821

CURITIBA, 07 de Agosto de 2013

Assinador por:
Claudia Seely Rocco
(Coordenador)

Endereço: Rua Padre Camargo, 280

Bairro: 2º andar

CEP: 80.080-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

**ANEXO C – DECLARAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE CURITIBA-PR**



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

DECLARAÇÃO

Declaramos para os fins que se fizerem necessários, que o pesquisador Rafael Gomes Ditterich protocolou sob o número 34/2013 sua solicitação de campo de pesquisa para o projeto intitulado: "A Contratualização e o Uso de Incentivos Profissionais como Ferramentas de Gestão do Processo de Trabalho na Atenção Primária à Saúde".
(CAAE: 18110713.0.0000.0102)

Declaramos ter lido e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP da Instituição Proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Res. CNS 466/12.

Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança de sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/SMS.

Por ser verdade firmamos a presente.

Atenciosamente,

Curitiba, 18 de setembro de 2013.



**Samuel Jorge Moysés
Coordenador do CEP/SMS**