

CONTRATAR POR RESULTADOS DÁ RESULTADO?

Este texto foi demandado para publicação no Portal da Inovação na Gestão, mantido pela OPAS Brasil em parceria com o Ministério da Saúde

Ele se divide em cinco partes. Na primeira, “Sobre Inovação”, são traçados alguns conceitos gerais sobre o processo de inovação, com foco particular na gestão da saúde, procurando diferenciar aquilo que realmente produz impacto sobre as condições de vida e saúde de pessoas e além do mais seja reproduzível, daquilo que não passa de simples “novidade”, perecível e pouco impactante, além de não reproduzível alhures.

Na segunda seção, “Inovação no SUS”, colocam-se em destaque algumas questões chave, ligadas a tendências contemporâneas inovadoras de gestão, quais sejam, qualidade, desempenho de serviços, responsabilização, novas formas de contratos com foco em resultados. São então comentados, assim, três instrumentos inovadores surgidos em contexto recente (2009 em diante) no SUS. São eles o Decreto nº 7.508, o PMAQ - Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica e o Índice de Desempenho do SUS (IDSUS).

Na terceira, estão em foco os conceitos teóricos presentes na literatura, aí se destacando, devidamente comentados e analisados, os seguintes, dentro do enfoque da chamada *Nova Gestão Pública*: mensuração de resultados; incentivos ao desempenho formal; promoção da *accountability*; incremento da transparência e da responsabilização; foco em resultados.

A quarta seção aborda o tema das tendências internacionais em termos de métodos de remuneração profissional por contratualização de resultados, com foco em qualidade, abrangendo autores nacionais e estrangeiros, além de relatórios de entidades de outros países.

Na quinta e última parte analisa-se, em certo detalhe, a experiência de Curitiba – considerada relevante em termos nacionais e relativa à implementação, ao longo da última década, de contratos de gestão com equipes de saúde, baseados em responsabilização, cumprimento de metas e alcance de resultados.

Assim, o presente trabalho pretende exatamente avançar em uma determinada linha específica, ou seja, da contratualização enquanto formalização de compromisso entre ente público, serviços, equipes ou indivíduos, tendo como foco a responsabilização, o cumprimento de metas, a produção de impacto mensurável nas condições de saúde de uma dada população e a garantia de qualidade das ações prestadas.

São apresentadas 26 referências de literatura relativas aos temas abordados, retiradas diretamente de publicações especializadas, ou de sites da web, devidamente identificados.

I - SOBRE INOVAÇÃO

O conceito de *inovação* é portador de muitos significados e merece, sem dúvida, alguns aprofundamentos. Primeiro, que a capacidade criadora não se localiza apenas nos indivíduos, mas em todo o conjunto institucional ou social, configurando um sistema coletivo, com a presença de “grupos criativos”, mais do que indivíduos. A inovação representaria, também, um conceito integrador, embora confuso e contraditório, capaz de trazer para o cenário das organizações uma “nova síntese”, na visão do sociólogo francês Michel Crozier. Isso, sem dúvida, coloca um antagonismo entre o indivíduo e o grupo no qual este se insere, sendo este último, em princípio, mais inovador do que aquele. Além disso, em determinados setores das instituições a inovação tende a ocorrer de maneira mais fluida, particularmente onde estejam menos concentrados o peso burocrático, a inflexibilidade de normas e a autocracia institucional (Goulart, 2011).

O antropólogo brasileiro Roberto Da Matta aprofunda a discussão de tais processos como pertencentes ao substrato de uma cultura organizacional, ou seja, como resultado do embate, dentro das instituições, entre o nível formal e legal e um conjunto de códigos de conduta pessoais e não-escritos. Isso assim representa um modo positivo de lidar com a complexidade e a incerteza – o que no campo da saúde, por exemplo, é regra – de forma não só a aprimorar a qualidade dos serviços oferecidos ao público usuário como também a capacidade de interpretar a realidade e de transformá-la de forma sintonizada com tal fluidez.

Na saúde, mais do que verdadeira inovação, uma verdadeira febre de “novidade” muitas vezes predomina, estando mais presente na clínica, mas não se atendo somente a ela. Na gestão isso pode ter um grande potencial em causar problemas, mais do que soluções, como é o caso das famigeradas “reengenharias” organizacionais. Assim, cabe sempre indagar se isso implicaria, de fato, em mudanças e melhoramentos dos resultados da atenção à saúde, em termos de desempenho, satisfação da clientela, qualidade, eficiência, transparência.

Assim, tanto na gestão como na clínica, uma “coisa nova” não seria necessariamente uma solução inovadora. Antes de tudo, se deve questionar sobre o contexto no qual ela se desenvolve; se a análise e o diagnóstico do problema que se pretende resolver foram realizados; se a necessidade de mudanças foi suficientemente justificada; se teria sido analisada e comprovada a viabilidade da intervenção, bem como se foram cogitadas outras opções. E outras questões pululam no cenário, por exemplo: foram realizadas as ações de sensibilização, de comunicação e de treinamento das pessoas, dos dois lados da linha que separa a prestação de serviços da demanda a eles; existiriam garantias de sustentabilidade técnica e financeira de tal solução supostamente inovadora?

Quem deveria, afinal de contas, cultivar e promover a inovação autêntica? Ela deve ser, em primeiro lugar, considerada uma função que afeta a todos os atores envolvidos no âmbito da saúde, não só da comunidade científica, mas também dos gestores, técnicos, usuários, políticos. Valeria a pena, também, especular um pouco sobre o que facilitaria ou dificultaria o aparecimento de processos inovadores em uma determinada organização. Do lado da organização dos processos de trabalho, por exemplo, a capacitação do corpo técnico para a realização de múltiplas tarefas e habilidades, representa, sem dúvida, fator grande impacto. Da mesma forma, concorrem o senso de vocação do trabalhador, o que é denominado “presença moral” dos dirigentes, bem

como a existência de mecanismos de coordenação baseados no ajustamento interpessoal, com fluxos mais diluídos de autoridade formal. São características adequadas para as organizações que atuam em ambientes complexos e muito mutáveis, como ocorre nos serviços de saúde.

Na gestão da saúde, a introdução da inovação é normalmente determinada pela pressão social e pela responsabilidade de encontrar soluções eficazes. Uma solução inovadora, todavia, deve ser suficientemente analisada antes de ser aplicada e que seus resultados sejam avaliados em função das evidências de boas práticas que produzam. Isso deve incluir, também, a produção, a difusão e a análise crítica relativas a conhecimentos, evidências e à inovação real.

Nos processos realmente inovadores torna-se preciso transformar os conhecimentos gerados nos processos cotidianos dos serviços e dos órgãos de gestão, por mais silenciosos e implícitos que sejam, em práticas inovadoras efetivamente aplicadas, além de sistematizadas e orientadas para serem utilizadas em outros âmbitos e locais. Não seria o caso, realmente, de se rejeitar, *a priori*, o aparecimento de “novidades” no cenário da gestão e dos serviços de saúde. Mas é preciso estar atento se elas vêm efetivamente para produzir mudanças reconhecidas e impactar a qualidade e os resultados das práticas.

II – ALGUMAS INOVAÇÕES NO SUS

O âmbito deste trabalho não alcança uma revisão abrangente sobre o conceito de inovação e, particularmente, não pretende ser exaustivo em relação à possível presença de soluções efetivamente inovadoras no sistema de saúde brasileiro. Em termos de exemplificação mais de que de esgotamento do tema foram selecionados três instrumentos recentes do arcabouço de normas do SUS, aos quais certamente se aplica a hipótese de que possuam conteúdo inovador importante, considerando suas diretrizes de responsabilização, compromisso formal, qualidade, cumprimento de metas, prestação de contas. São eles o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, o PMAQ - Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica e o Índice de Desempenho do SUS (IDSUS).

- **O Decreto 7508/2011**

O decreto 7508, formalmente se propõe a regulamentar a Lei nº 8.080/1990, conhecida como uma das duas Leis Orgânicas da Saúde no Brasil, dispondo com certo detalhe sobre a organização do Sistema Único de Saúde, a assistência e o planejamento das ações de saúde e a articulação entre os entes da Federação (Brasil, 2011 - b).

Em seu artigo segundo são firmados alguns conceitos derivados da referida Lei Orgânica, certamente considerados como ainda não totalmente estabelecidos no campo das práticas de saúde, dada a preocupação presente em legislar com maior detalhe sobre os mesmos. Alguns destes dispositivos, contudo, não chegariam a se constituir como inovações autênticas, como é o caso de região de saúde, porta de entrada, mapa de saúde, comissões intergestores e “serviços abertos”, que são os principais conceitos lançados no referido instrumento. Entretanto, o inciso II do referido artigo oferece

substância para uma análise mais aprofundada no campo da inovação. Trata-se da definição de Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde, textualmente “ *acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde.*”

Aqui, sem dúvida algumas palavras-chave podem ser pinçadas, traduzindo, para além do mero discurso, pelo menos potencialmente, processos capazes de promover mudanças impactantes sobre a gestão da saúde no Brasil. São elas: rede regionalizada e hierarquizada; definição de responsabilidades; indicadores e metas de saúde; critérios de avaliação de desempenho; controle e fiscalização de execução financeira; elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde.

A implementação dos COAP, ainda em andamento no país, trouxe à cena a expressão *contratualização*, sobrepondo-se às formas tradicionais de relacionamento entre entes públicos, geralmente traduzidas por expressões do tipo *convênios, termos de compromisso, ajustes de conduta* ou até mesmo *contratos*.

A questão se torna um pouco mais complexa ao se admitir que a mesma expressão *contratualização* tem sido usada, contemporaneamente para definir um tipo peculiar de relação formal, desta vez entre o Poder Público e equipes de saúde, não sendo estas, naturalmente instâncias públicas ou privadas formais.

- **O PMAQ - Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica**

O PMAQ é um programa de âmbito nacional, lançado em 2011, que tem como objetivo promover a melhoria do acesso e da qualidade da atenção à saúde. O programa é financiado com recursos federais, como incentivo, para os municípios participantes e tem como objetivo incentivar os gestores a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos nas UBS de Atenção Básica à Saúde, voltando-se para garantir padrões de qualidade mediados por estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde da família. Para auferir os incentivos, é necessário que os participantes atinjam metas de melhoria no padrão de qualidade no atendimento na atenção básica (Brasil, 2011 - a).

A avaliação dos profissionais de saúde e da equipe compõe-se de três partes: (a) instrumento utilizado pela própria equipe avaliar o trabalho que desenvolvem, correspondente a 10% da nota de avaliação; (b) desempenho em termos de resultados, aplicado a 24 indicadores de saúde a serem pactuados no momento de entrada no Programa: 20% da nota de avaliação; (c) padrões de qualidade verificados por avaliadores externos: 70% da nota de avaliação.

Em maio de 2012, equipes do Ministério da Saúde já haviam visitado em torno de 17 mil equipes que fizeram sua adesão ao PMAQ em todo o país, quantidade equivalente a pouco mais de 50% do total de equipes de saúde da família no país, em 3.972 municípios brasileiros. Das equipes que participam do programa, cerca de 70%

receberam a visita dos avaliadores da qualidade.

Na avaliação, a opinião dos cidadãos também é levada em conta, tendo sido ouvidos mais de 47 mil cidadãos usuários. As questões incluem a percepção a respeito da qualidade da atenção básica e os resultados devem ser utilizados na definição do volume de recursos financeiros transferidos aos municípios.

A partir de 2013 passa a ocorrer o segundo ciclo do PMAQ, no qual se dá a ampliação da adesão de equipes de Saúde da Família, da atenção básica e de saúde bucal, sem limites para a adesão em cada município, além da inclusão dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) no programa. Com a adesão formal ao PMAQ as equipes passam a receber 20% do recurso total designado a cada equipe participante do programa.

O princípio de funcionamento do PMAQ é a indução de processos que busquem aumentar a capacidade das gestões municipais, estaduais e federal, em conjunto com as equipes de saúde, no sentido de oferecer serviços que assegurem maior acesso e qualidade à população. Constrói-se, assim, de um padrão de qualidade comparável nos níveis nacional, regionais e locais, favorecendo maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à atenção básica em saúde em todo o território nacional. Para maior equidade na comparação, o processo de certificação das equipes é feito a partir da distribuição dos municípios em estratos que levam em conta aspectos sociais, econômicos e demográficos.

O programa está organizado em quatro fases complementares, que funcionam como um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da AB:

- **O Índice de Desempenho do SUS (IDSUS)**

Entre as inovações recentes introduzidas na política de saúde no Brasil estão algumas definições mais formalizadas relativas às responsabilidades dos entes federativos, a garantia de acesso, o monitoramento e o planejamento e avaliação das ações de saúde mediante a utilização de indicadores.

Na questão dos indicadores, surge também uma nova proposta, qual seja a de categorização e qualificação das políticas e das práticas de saúde exercidas pelos gestores mediante um índice de acompanhamento e comparação, o IDSUS, considerado como um “indicador síntese”, voltado para a aferição contextualizada do desempenho do SUS, tendo como focos o acesso (potencial ou obtido) e a efetividade das diversas modalidades assistenciais (Brasil, 2013).

Assim, a partir da análise e do cruzamento de uma série de indicadores simples e compostos, o IDSUS avalia o impacto do sistema saúde no atendimento às pessoas residentes em cada unidade federativa, nas regiões de saúde e em todo o país. O IDSUS procura realizar uma análise comparativa das diversas situações, mediante atribuição de notas quantitativas, mas para não cometer injustiças o faz utilizando uma metodologia de formação de grupos homogêneos, mediante os quais se torna possível traçar um paralelo comparativo.

O modelo de avaliação desenvolvido através do IDSUS é mostrado no quadro seguinte.

MODELO DE AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DO SUS		
DIMENSÕES PARA CARACTERIZAR OS MUNICÍPIOS		RESULTADOS
Determinantes da Saúde	Indicadores	Municípios segundo extratos homogêneos
Condições de Saúde da População	Indicadores	
Estrutura do Sistema de Saúde	Indicadores	
Porte Populacional		
DESEMPENHO DO SUS EM CADA MUNICÍPIO		
Indicadores de:	Nível de Atenção:	Por área:
Acesso Potencial ou Obtido • Cobertura Efetividade • Resultados esperados	• Atenção básica ou primária • Atenção especializada realizada no município e na referência regional • Atenção ambulatorial geral e especializada • Atenção hospitalar geral e especializada • Urgência e Emergência	• Saúde do adulto • Saúde bucal • Saúde da criança • Saúde da mulher
FORMA COMO OS RESULTADOS SERÃO MOSTRADOS:		
– Nota do desempenho geral do SUS no município, nas regiões de saúde, estados e união –		
Fonte: CGMA/Demas/SE/MS, 2011.		

III – CONTRATUALIZAÇÃO POR RESULTADOS: CONCEITOS

Questões como eficiência, qualidade do atendimento, foco em resultados e na satisfação do usuário, componentes importantes dos processos de contratualização, fazem parte do que tem sido chamado de *nova gestão pública* (NGP). É certo que boa parte das reformas da gestão pública ocorridas nos anos 80 e 90 tiveram como objetivo central (ou pretexto...) a redução do gasto público governamental, bem como enxugamento da força de trabalho, embora estivessem presentes, também, diretrizes de melhoria dos processos de gestão e da relação entre produtos e insumos, com maior eficiência e eficácia, em termos de resultados alcançados, em busca de sistemas mais flexíveis de gestão.

Segundo Pedrosa e Magdalena (2011) uma visão atual da NGP contempla também um núcleo de idéias em que estão presentes a qualidade da gestão, a avaliação de desempenho; a formação de agências reguladoras em bases contratuais, além do uso de “quase mercados” e processos de terceirização. Com tudo isso, a NGP mostra também um foco no estímulo à competição e à gestão que enfatiza metas e autonomia gerencial (Pedrosa e Magdalena, 2011), com possíveis caminhos diferenciados para tornar o serviço público e mais eficiente e menos oneroso para a sociedade.

De modo geral, segundo as mesmas autoras, a base teórica da NGP é o “gerencialismo”, que se antepõe à tradicional cultura da burocracia hierárquica, ao substituir a autoridade e a rigidez pela flexibilidade da gestão; o foco na estrutura pelo foco no resultado; a estabilidade pela competitividade.

Prosseguindo, Pedrosa e Magdalena tomam como referência o processo de reforma desencadeado na Inglaterra (Era Thatcher), nos anos 90 e mantido depois pelos governos trabalhistas, no qual ocorreu forte apelo à instituição de contratos de gestão com foco em resultados, firmados entre órgãos formuladores de políticas públicas e entidades voltadas à prestação de serviços, inclusive privadas. A essência de tais

contratos tinha por base o dipolo “autonomia x responsabilização”, significando que a entidade prestadora de serviços contratada se comprometia com a obtenção de determinados resultados, previamente estipulados, em troca de maior flexibilidade na gestão.

No âmbito dos países mais ricos, pertencentes à OCDE, segundo as mesmas autoras, faz parte de um movimento mais amplo de mudança da macroestrutura do Estado, processo em que se dá a criação de entidades voltadas a propósitos específicos, ou *agências*, nas quais se dá a diferenciação entre os instrumentos de gestão, quando comparados àqueles empregados pelos órgãos da administração direta tradicional.

Em tal contexto é que surge o que tem sido denominado amplamente de contratualização de resultados, cujos objetivos podem ser assim enumerados: (a) adoção de mecanismos de mensuração de resultados; (b) capacidade de resposta a novos temas colocados no cenários (*issues*); (c) adoção de incentivos ao desempenho formal de instituições ou equipes; (d) promoção da prestação e da prestação de contas (*accountability*); (e) incremento da transparência e da responsabilização por resultados.

Contratualização, em termos jurídicos mais amplos, seria, então, um processo de relacionamento entre financiadores e prestadores, fundamentado em filosofia contratual que envolveria a explicitação da ligação entre o financiamento de uma ação e os resultados esperados, tendo como referência obrigatória a autonomia e a responsabilidade das partes, sustentado ainda em sistemas de informação que permitam o planejamento e a avaliação eficazes, considerando no objeto do contrato as metas de produção, acessibilidade e qualidade.

A contratualização de resultados (CR) é uma prática de gestão recente, adotada no âmbito das reformas gerenciais a partir dos anos sessenta e, desde então sua aplicação vem se fortalecendo como uma das estratégias para modernizar a forma de gerir a máquina pública. Por meio da contratualização, definem-se claramente os resultados a serem alcançados e os recursos e medidas ampliadas da autonomia necessárias para atingi-los. Assim, a contratualização de resultados permite um maior alinhamento à estratégia de governo, uma vez que há um direcionamento da ação dos órgãos e entidades na execução de suas políticas públicas. Ela se articula com a utilização de gestão que permitem aos diversos setores da administração qualificar os seus serviços para melhor atender à população frente ao governo. Tem por objetivos, entre outros promover mais flexibilidade, transparência de custos, melhor desempenho, aumento da qualidade, produtividade, eficiência e efetividade na prestação de serviços públicos. (Pacheco, 2004).

A explicitação da CR deve formalizar e especificar metas e indicadores, obrigações, responsabilidades, recursos, condicionantes, mecanismos de avaliação e penalidades. Nesse sentido, há uma inversão dos mecanismos de controle do modelo burocrático-weberiano clássico, com foco nos meios para uma nova lógica orientada no alcance de resultados. (Neves, 2007).

Devem ser distinguidas as terminologias relacionadas à CR, a saber: (a) contrato de gestão: instrumento utilizado para pactuação de resultados entre partes interessadas, tratando-se, via de regra, em compromisso negociado entre as partes, quais sejam um núcleo estratégico formulador de políticas e entidades descentralizadas executoras; (b)

gestão por resultados: é aquela fundamentada na construção de indicadores a serem monitorados periodicamente, para aferição do efetivo alcance dos resultados (Lemos, 2009).

Segundo Serra (2007), a gestão por resultados tem como dimensões principais: (a) constituir um marco conceitual de gestão organizacional, pública ou privada, em que o fator resultado se converte na referência chave quando aplicado a todo o processo de gestão; (b) corresponder à assunção de responsabilidade de gestão, por causa da vinculação dos dirigentes ao resultado obtido; (c) constituir marco de referência integrador dos diversos componentes do processo de gestão, ao interconectá-los e otimizar seu funcionamento; (d) representar, na esfera pública, uma proposta de cultura organizadora da gestão, mediante a qual se enfatizam os resultados e não os processos e procedimentos.

Alguns problemas também podem ser citados em tal abordagem, conforme explicitado por Henriques (2011), tais como: as metas traçadas serem pouco ambiciosas; ocorrerem falhas na supervisão do cumprimento de metas, bem como omissão no contrato de atividades importantes e pertinentes; os objetivos traçados serem vagos; não existirem sanções para metas não cumpridas; além de desequilíbrio de poder entre executores e órgãos supervisores.

Trazendo a discussão para o campo da saúde, Viviani (2012) chama a atenção para a distinção que cabe ser feita entre os termos *contratação* e *contratualização*. A primeira representa vínculo formal que pode se dar por diversos instrumentos jurídicos e administrativos, enquanto a contratualização denomina um conjunto de regras ou acordos.

Malik (2010), analisando também a área da saúde, estabelece que contratos de gestão devem contemplar três diferentes aspectos: de assistência, de gestão e comunitário, que deveriam andar juntos, o que nem sempre acontece. Uma desejável visão sistêmica deveria se impor, mas é ainda poderia ser considerada como utópica no setor saúde. Considera ainda que seria mais fácil avaliar o atendimento de metas do que definir as necessidades a serem atendidas e as devidas prioridades. Assim, a contratualização fará mais sentido quando as metas forem corretamente desenhadas e quando se possa também trabalhar com a avaliação da satisfação de necessidades dos usuários, o que depende, naturalmente, de como tiverem sido definidas as necessidades. Lembra que satisfação de necessidades pode não ser sinônimo de satisfação de usuários, pois esta última é revestida de enorme componente subjetivo.

O tema dos contratos de gestão e da gestão por resultados é também analisado por Salgado (s/data), com foco nas chamadas organizações sociais (OS). Para esta autora, o objetivo maior de um contrato de tal natureza é o de estabelecer as atribuições, responsabilidades e obrigações do Poder Público, bem como da contraparte OS, com especial destaque para as metas de desempenho e o montante de recursos a serem alocados. O contrato deve se ater à área de atuação em que esteja inserido o objeto social do contratado, sendo obrigatoriamente supervisionado pelo órgão ou entidade signatário, a quem devem ser prestadas contas. A gestão por resultados implica em que a OS, ou outro contratado, de maneira geral, seja fiscalizada quanto aos resultados alcançados, isto é, pelo cumprimento dos objetivos e metas ajustados.

Alcoforado (2005) detalha ainda mais o tema. Defende que a contratualização deve se constituir como prática importante na administração pública, no contexto da Reforma do Estado, ao instituir processos de planejamento, avaliação e monitoramento da execução de ações de interesse público por parte do Estado. Contratos de resultados, assim, poderiam ser firmados de instituições diversificadas, sejam estatais e públicas, do terceiro setor e até mesmo privadas, como é o caso das empresas e consórcios.

Acrescenta o autor em foco que não seria o caso de se abandonar os modos de contratação já vigentes na Administração Pública, mas sim de aperfeiçoá-los, de forma a incrementar a previsão de serviços ou atividades contratados, abrindo caminho para a utilização dos indicadores de desempenho, sempre quantificáveis, no sentido de se medir o alcance dos resultados pactuados, além da performance organizacional.

Para este autor, a contratualização de resultados envolveria: (a) negociação, ou seja, a manifestação da intenção de se contratar serviços, com a elaboração de um rol de atividades a serem contratadas e executadas, identificando o órgão ou entidade a mais apropriada, com a definição dos indicadores de desempenho, metas e do respectivo orçamento, refletindo ainda as obrigações das partes envolvidas; (b) construção de instrumentos, com a formalização do que se negocia, estabelecendo também eventuais sanções e processos de prestação de contas relativas aos resultados; (c) gerenciamento, ou seja, um processo permanente e que compreende atividades de supervisão, monitoramento de indicadores e avaliação dos resultados, o que cabe exclusivamente ao órgão público contratante.

Lembra ainda o autor que em tal processo os instrumentos contratuais são praticamente os mesmos já conhecidos na administração pública tradicional. O que muda é a forma de se construir os instrumentos respectivos, que devem ser focados não mais em processos (meios), mas sim em resultados (fins). Isso implica em abandonar a tradicional forma de avaliar contratos e serviços apenas mediante o enfoque da utilização dos recursos. Assim, a prestação de contas em termos financeiros e o adequado uso dos recursos não deixam de constituir obrigações dos entes contratados, mas não são mais condições para se avaliar desempenho.

O mesmo autor define que as avaliações dos serviços prestados devem ser monitoradas de forma permanente pela entidade supervisora estatal, tendo como foco o contrato de gestão. Assim se avaliará e se acompanhará o desempenho do prestador de serviços, com base em indicadores de gestão, qualidade e produtividade devidamente previstos no referido contrato. Faculta-se, também, que o ente contratado possa captar recursos em fontes diversas, inclusive no mercado, sempre que a finalidade seja a de ampliar a oferta dos serviços à população.

Em termos de categorias de metas, os contratos de gestão englobariam três tipos: (a) metas organizacionais, que se referem à gestão da organização e à eficiência dos administradores envolvidos, incluindo indicadores econômico-financeiros, de organização interna, bem como de potencial captação de recursos; (b) metas de produção, que dizem respeito diretamente à atividade fim e medem a capacidade do contratado em alcançar índices adequados na prestação dos serviços; (c) metas sociais, que são relativas à difusão e acesso amplo dos serviços executados, com foco na inclusão social (Alcoforado, 2005).

Pedrosa e Magdalena, em trabalho já citado e que recebe o significativo título de *Contratualização de Resultados: uma ideia, vários caminhos* (2011), defendem que a contratualização de resultados é uma ferramenta que permite, ao lado de definir metas e resultados a priori, promover a abertura de algumas flexibilidades de gestão, constituindo uma alavanca facilitadora para a melhoria da gestão pública. Comparando as experiências do Brasil e da Inglaterra neste campo, demonstram os motivos de o Brasil não ter conseguido implementar a contratualização nos moldes britânicos, que teriam inspirado o modelo almejado aqui.

Entre os fatores que explicam tais diferenças são citados: a questão da burocracia – enquanto na Inglaterra existiria um corpo burocrático forte, no Brasil a herança patrimonialista dominaria a gestão pública; os diferentes sistemas políticos, com o parlamentarismo inglês de natureza mais robusta e estável em termos de comando político, tendo como contrapartida, no Brasil, o limitado poder do presidente em um ambiente de coalizões; além disso, na Inglaterra, o processo de contratualização foi liderado pela área econômica do governo, com grande autonomia de negociação e fiscalização, enquanto no Brasil a debilidade do apoio das instituições do próprio governo federal prejudicou fortemente a implementação da reforma.

Em síntese, segundo as autoras referidas acima, as diferenças citadas têm como pano de fundo as evidências de que para se copiar simplesmente modelos prontos, torna-se preciso primeiro construir circunstâncias nacionais e locais, em função da diversidade institucional, além da importância de se reter o que denominam de “legado da aprendizagem”, ou seja, a capacidade de observar as experiências externas para implementar somente os tópicos que fazem mais sentido na realidade do país receptor (Pedrosa e Magdalena, 2011)

Estas características do processo de contratualização por resultados merecem algum detalhamento em relação ao caso brasileiro. Schwarz (2009) realiza uma ampla análise da experiência nacional, focalizando a ação do governo federal neste campo, destacando, preliminarmente, que as experiências analisadas são expressas em instrumentos diversos, tais como: contratos de gestão; termos de parceria; acordos de resultados; contratos de desempenho institucional, e que elas demonstram um interesse sem dúvida crescente no âmbito do setor público brasileiro, particularmente a partir da segunda metade dos anos 90. Embora haja algumas especificidades locais, tal movimento, entretanto, acompanha uma tendência internacional, visível particularmente em países da OCDE.

Prossegue a autora afirmando que, em geral, tais experiências mostram como objetivo principal e formal não só a racionalização dos gastos do setor público, mas também a melhora na coordenação e no acompanhamento do processo de descentralização; o aperfeiçoamento das informações disponíveis; a possibilidade de melhor definir o que as organizações públicas deveriam fazer; o aperfeiçoamento dos procedimentos de transparência e prestação de contas relativos a seu funcionamento; a busca de maior flexibilidade e autonomia, dentro do panorama geral do alcance de objetivos e resultados por parte das organizações.

Em suma, a análise realizada por Schwarz revela alguns pontos positivos e outros nem tanto, no panorama brasileiro dos contratos por resultados celebrados pelo governo federal, a saber: (a) relativa inexistência de cobranças relativas a relatórios e/ou

informações por parte de outros agentes (ex. Ministério Público, Sociedade Civil, Legislativo, imprensa e fóruns da sociedade); (b) necessidade de aperfeiçoamento dos mecanismos de controle social aplicado à contratualização; (c) avaliação positiva quanto à redução da burocracia no controle de processos e a busca de resultados; (d) não foi possível aferir se ocorreu melhoria nos serviços prestados ou no desempenho administrativo, sendo as experiências muito recentes para gerar conclusões; (e) bons instrumentos para a gestão de parcerias, sem embargo de aperfeiçoamentos necessários; (f) o tema nem sempre aparece como assunto relevante na pauta dos dirigentes, embora fortemente dependente de apoio político; (g) potencialidade de ganhos de aprendizado para as supervisionadas; (h) críticas ao formato dos contratos, com exigências burocráticas se sobrepondo aos instrumentos a serviço da eficiência.

Perdicaris (2012) analisou a experiência paulista de contratualização de resultados e desempenho nos hospitais da administração direta no estado, ressaltando que a contratação de resultados tem sido cada vez mais utilizada por órgãos governamentais como um meio de aperfeiçoar aspectos relacionados à coordenação e à prestação de contas, sem perder o foco na melhoria na prestação de serviços. Assim, tal forma de contratação constitui componente formal de uma parceria entre organizações governamentais e um terceiro, seja ele governamental ou privado, com ou sem fins lucrativos, seja para o fornecimento de produtos ou a prestação de serviços. Trata-se de mecanismo que vem sendo utilizado por órgãos governamentais, em busca de melhores resultados internos ou externos, visando atingir metas previamente.

As práticas envolvidas, segundo esta autora, visam acima de tudo conceder maior autonomia de gestão a entes descentralizados, em troca do compromisso de atingir determinados resultados. Assim, o controle estatal deixa de ser exercido da maneira burocrática tradicional, com o mero cumprimento de normas e procedimentos, passando a se orientar prioritariamente pela avaliação de resultados e busca da *accountability*. Assim, se por um lado, os governos e os administradores públicos devem ser responsáveis perante os cidadãos, por meio da transparência e da prestação de contas, por outro lado, os cidadãos devem ter o direito de controlar as ações do governo e da administração pública.

Revela ainda o estudo de Perdicaris que pesquisa realizada pela OECD e Banco Mundial em 2003 já mostrava que quase 80% dos países membros utilizavam algum tipo de acordo de resultados, nos quais era especificadas metas de processo (OECD, 2004). Exemplo cabal seria o do Inglaterra, onde mais de 70% do serviço público civil foi transferido para agências executivas submetidas a contratos de gestão.

Suas conclusões em relação ao objeto estudado, ou seja, a contratualização de resultados e desempenho nos hospitais da administração direta no estado de SP coloca em destaque preliminar a rigidez das normas e a ausência de incentivos às funções de direção pública que prevalece no conjunto da administração pública no Brasil, o que certamente não favorece a contratualização baseada em resultados..

Outro aspecto considerado diz respeito à pouca utilização e valorização dos espaços de aprendizado que poderiam ser explorados a partir das experiências analisadas, não se percebendo maiores trocas ou aprendizagem cruzada entre os diversos hospitais envolvidos, pelo menos de forma sistemática, longe, portanto, da sua potencialidade de se converterem em *learning organizations*.

IV - REMUNERAÇÃO PROFISSIONAL POR CONTRATUALIZAÇÃO MEDIANTE RESULTADOS: TENDÊNCIAS INTERNACIONAIS

Girardi & cols (2007) apresentam uma interessante e abrangente revisão sobre o tema das modalidades de contratação e remuneração do trabalho médico, buscando conceitos e evidências internacionais. De início, afirmam que a atual literatura sobre o tema estabelece que questões como produtividade, acesso e melhoria da qualidade dos serviços de saúde constituem variáveis dependentes da vinculação e da remuneração do trabalho, especialmente quando se considera a categoria médica. Isso, sem dúvida, implica na necessidade de aprofundamento sobre os novos tipos de regimes remuneratórios e contratuais que levem em conta não só a produtividade, mas também a melhoria da qualidade dos serviços da saúde, garantindo, ao mesmo tempo, cooperação adequada entre direção e profissionais de saúde.

Reforçam a importância, dentro do tema, da compreensão da força corporativa e do poder de mercado da profissão médica, profissão em que imaginário da autonomia atua como forte ingrediente de resistência ao assalariamento tradicional.

Definem *sistema de remuneração* como um “conjunto articulado de princípios, critérios e procedimentos utilizados pela gestão organizacional para o pagamento do trabalho a indivíduos ou a grupos de indivíduos”. Tais sistemas comportam formas variáveis e de forma geral exercem o papel associado de servir de meio de controle dos membros de uma organização, tendo também como foco maximizar resultados dos serviços e promover comportamento eficiente.

Referem-se, ainda, a formas ditas *heterodoxas* de remuneração, ao condicionarem a remuneração à contribuição dos indivíduos e ou grupos para o alcance dos objetivos e metas da organização, no que se incluem a remuneração por habilidades, por competências, além de sistemas mistos. Como abordagem geral do processo de remuneração na saúde descrevem um critério básico baseado em tempo contratado, de um lado e, de outro, resultados ou produtos.

De forma mais abrangente, analisam a remuneração por resultado (RPR), o que interessa de perto a presente resenha. Este constitui um sistema no qual os ganhos monetários dos trabalhadores variam segundo regras preestabelecidas, com as medidas de seus resultados, tanto quantitativos e diretos, como qualitativos e indiretos. Em tal vertente, a remuneração é efetivamente determinada ao término da tarefa ou atividade, mas depende do resultado alcançado. Em tal sistema os ganhos variam segundo o tipo, a quantidade e qualidade dos serviços prestados, produzidos tanto em nível individual como coletivo. No caso médico, isso pode levar em conta, por exemplo, os atos e procedimentos realizados, casos diagnosticados, tratados e monitorados, pessoas atendidas ou capitadas, entre outras variáveis.

É fato notório no panorama internacional a busca crescente da melhoria da eficiência, equidade e qualidade dos serviços de saúde. Assim, não poucos países experimentam a aplicação de sistemas de modalidades mistas de remuneração aos médicos e outros profissionais da saúde, com a combinação das diferentes modalidades de pagamento, visando maximizar potencialidades e neutralizar possíveis efeitos adversos.

Segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT), entre as principais vantagens RPR estão: o aumento da produtividade; a diminuição dos custos; o incremento do rendimento do trabalhadores; a redução da necessidade de supervisão direta; a maior atenção a outros aspectos do resultado, como a qualidade, por exemplo, além da auto-ativação da produção. São citadas também algumas possíveis desvantagens como: a necessidade de maior atenção em relação à qualidade; o potencial maior desgaste dos trabalhadores; o descuido em relação aos regulamentos de segurança no trabalho; a geração de despesas adicionais para o processo administrativo. No campo da saúde, uma crítica frequente ao RPR é o incentivo a sub-oferta, potencialmente nefasta, de serviços ao paciente.

Como síntese da discussão sobre as modalidades de remuneração em saúde os autores citam uma sugestão irônica, porém realista, de um autor Robinson (2001), que afirma serem as três piores formas de remuneração médica a remuneração por ato (*fee-for-service*), a capitação e o salário. Isso sugere que não há saída simples para os dilemas inerentes à remuneração em saúde, o que aponta o caminho da combinação equilibrada das virtudes de cada modalidade. Este é o caminho que a experiência internacional tem recomendado.

Aprofundando tal discussão comparativa das modalidades de remuneração médica, Girardi e cols afirmam ainda que incentivos financeiros podem minimizar a quantidade de “inputs”, mas em termos puramente econômicos, médicos pagos por procedimento são incentivados a aumentar o número de consultas, à custa de limitação no tempo gasto com os pacientes. Já aqueles que são pagos por caso tem um incentivo para diagnosticar e tratar mais casos, mas ao mesmo tempo reduzir o número de consultas (visitas) por caso. Os reembolsados por capitação podem ser motivados a aumentar o número de inscrições para poder acumular muitos casos de pessoas doentes. Assim, todas as modalidades oferecem riscos específicos.

Nos Sistemas de RPR em suas modalidades podem ser detectadas algumas consequências empíricas, segundo os autores citados. Assim, diversos estudos comprovam que a propensão à cooperação entre trabalhadores de uma mesma profissão e entre profissões distintas tende a diminuir nos casos onde se adota o pagamento por resultado individualizado. Sistemas que levam em conta resultados institucionais e de equipe são em geral melhor aceitos e mais “justos”, desde que as regras aplicadas sejam equitativas em termos de igualdade complexa e justiça plural. É preciso valorizar, também, o esforço e a contribuição de cada um e da equipe, evitando comportamentos de menor esforço do tipo “pegar carona” (*free-rider*). Assim, os processos de negociação coletiva e a construção institucional de *expertise* em termos de compensação e valoração do trabalho revelam-se como algo fundamental.

Como ilustração de procedimentos de gestão voltados para a RPR, citam o modelo inglês de *Quadro Referencial de Qualidade e Resultados*, vigente desde 2004 e válido para os médicos gerais (GP). Neste caso, além do pagamento por paciente capitado, asseguram-se recompensas para o alcance de metas clínicas e resultados não clínicos. Na área clínica, busca-se a identificação, tratamento e monitoramento de pacientes de risco, com foco em dez condições, entre elas: doença coronariana, acidente vascular cerebral, câncer, hipotireoidismo, diabetes, hipertensão, asma, doença mental, epilepsia, com pontuação variável de acordo a complexidade. As metas não clínicas incluem indicadores organizacionais (como manutenção atualizada de registros, comunicação

com pacientes etc.); indicadores de acolhimento (como a realização de surveys com pacientes, tempo de duração de consultas etc.), entre outros indicadores.

Entretanto, a combinação de métodos de pagamento é a que prevalece nas experiências internacionais, com remuneração adicional ao salário vinculada a metas e resultados clínicos e sócio-epidemiológicos. Para isso torna-se imprescindível o estabelecimento de uma linha de base para que se possa acompanhar a evolução real da produtividade e dos níveis de qualidade da atenção, no sentido de evitar comportamentos demasiadamente ambiciosos por parte dos profissionais.

Em rápido panorama, as lições das experiências internacionais podem ser traduzidas como: (a) devem ser sempre analisadas as vantagens e desvantagens para os profissionais, para os usuários dos serviços e para a gestão; (b) a escolha da modalidade deve ocorrer somente após um balanço criterioso, de forma a escolher formas viáveis e factíveis; (c) deve se ter em foco o alcance de compromissos estáveis e duradouros da profissão médica com serviços de saúde, além de acessíveis, com qualidade; equidade, custos sustentáveis. Lembrem estes autores, ainda, que qualquer que seja o sistema ou combinação de sistemas de pagamento adotado, o estabelecimento de teto no nível dos gastos e nos níveis de crescimento dos mesmos é sempre essencial (Girardi e cols, 2007).

Cherchiglia (s/d) faz também uma revisão abrangente relativa às modalidades de remuneração, contemplando especificamente a categoria médica e a realidade da America Latina, sem deixar de trazer á luz aspectos comparativos internacionais.

Segundo esta autora, as formas de pagamento de serviços médicos têm-se tornado cada vez mais complexas, como reposta à intensificação do controle de custos e coordenação clínica, ao registro de dados para planos de saúde, à ação das entidades de acreditação, das agências regulatórias, e governos. Admite que histórica dominância do pagamento de honorários ou por unidade de serviço/procedimento, geralmente preferida pelos médicos, cede lugar para a capitação ou mesmo salário, predominando, todavia, as diversas combinações entre estas três modalidades.

Afirma a autora em foco que mesmo o mecanismo mais sofisticado de remuneração de médicos não é capaz de eliminar as distorções de exagero ou carência de tratamentos indesejáveis criados costumeiramente pelas formas isoladas de pagamento mesmo mistas. Considera limitada a capacidade de formas de pagamentos resolverem os complexos conflitos comuns nos serviços de saúde, lembrando, ainda, da existência de mecanismos não financeiros como um importante complemento do pagamento de incentivos. Assim, as limitações dos vários mecanismos de pagamento torna relevante a importância dos métodos não financeiros na motivação de atitudes apropriadas por parte de quem recebe, incluindo aí os processos de seleção, a definição exata do comportamento desejado, o monitoramento do comprometimento desejado bem como a difusão de normas e a participação na gestão dos serviços.

Apresenta uma síntese na qual se conclui que, acima de tudo, a simplificação do método de pagamento seria uma virtude, por exemplo, pelos custos administrativos, pela abertura ao controle social, ao facilitar maior transparência, seja para médicos, pacientes, hospital, mídia e políticos, que assim podem entender quem é pago e para fazer o quê.

Defende ainda a autora que muita complexidade nos métodos de pagamento conduz à potencialização de esforços de um agente para se converter em coordenador de outros agentes. Assim, nos contextos em que o trabalho em equipe é importante para a eficiência, o pagamento individual baseado em performance individualizada acaba por diminuir a cooperação. Isso, no entanto, não ocorreria quando a remuneração é por tempo (salário) ou mediante incentivos coletivos, sendo este último o processo mais direto para retribuir efetivamente a cooperação, além de reduzir conflitos de remuneração.

Um balanço final de vantagens e desvantagens comparativas da cada um dos sistemas de remuneração mostra que a remuneração por tempo seria "ideal", desde que se adotem mecanismos de incentivos à produção, de melhoria da qualidade dos serviços, além do próprio valor real dos salários. Uma óbvia conclusão é que tal sistema deve ser aprimorado através da adoção de medidas contra-homogenizadoras de baixa produtividade, com incentivos especiais para o desenvolvimento de atividades prioritárias, como trabalho noturno, trabalho comunitário e em atividades de preventivas. Lembra também Cherchiglia que há evidências empíricas de que a aplicação de formas de pagamento com riscos financeiros para os médicos podem ser efetivas em influenciar a utilização de recursos, por exemplo, com redução de solicitação de exames, encaminhamentos à especialistas e e hospitalização. Todavia, falham as evidências em indicar sua influência no estado de saúde dos pacientes ou na qualidade dos serviços prestados, o que sugere a necessidade de mais pesquisas sobre o impacto das diferentes formas de pagamento, não somente na redução de custos, mas também sobre a qualidade do cuidado, a satisfação dos usuários e a atenuação de conflitos de interesse dos médicos.

A autora conclui pela inexistência de um sistema ideal de remuneração, mas que os sistemas e formas de remuneração devem se adaptar flexivelmente às características do mercado de trabalho e de cada uma das ocupações e especialidades médicas, implicando que os serviços de saúde deveriam adotar distintas formas de remuneração e de relações administrativas privilegiando espaços de negociação coletiva. O desafio seria o de obter formas de pagamento flexíveis, eficientes, gerando compromisso entre os profissionais e, principalmente, oferecendo cuidados com qualidade.

Benevent e colaboradores (2009), refletindo sobre a experiência da Catalunha, Espanha, onde são reconhecidos importantes avanços na gestão da saúde, dentro de uma perspectiva de inovação de meios e fins específicos, colocam as questões de impacto da remuneração por performance na qualidade na atenção primária. Partem do pressuposto de que em ambientes hospitalares os programas de melhoria da qualidade ligados a incentivos econômicos parecem ter melhores resultados do que aqueles não diretamente vinculados a tais incentivos. Assim, propõem investigar se em ambientes de cuidados de saúde primários os programas de melhoria da qualidade ligados a incentivos econômicos efetivamente ampliam a participação do pessoal. Consideram que a utilização de indicadores de qualidade e escores na atenção primária tem sido uma poderosa ferramenta para os gestores e profissionais, sem abrir mão da liderança, considerada como chave para o sucesso da de melhoria da qualidade nos programas.

Admitem os autores que os modelos de pagamento existentes na literatura divergem da experiência da Catalunha, onde, por exemplo, os pagamentos por desempenho em hospitais não são aplicáveis. Afirmam que a recente introdução de pagamento por

desempenho na atenção primária do Reino Unido tem algumas semelhanças com o modelo presente, embora ainda não haja informações suficientes para se estabelecer comparações em termos de relação custo-eficácia e pagamento por performance.

Informam que modelos emergentes de *pay-for-performance* em APS ainda estão sendo testados nos EUA, mas já se mostram tendências de que as iniciativas de melhoria da qualidade pode melhorar a eficiência e reduzir custos. Na Catalunha, onde profissionais da atenção primária normalmente são assalariados e não pagos para a realização de atividades de qualidade, o consórcio analisado no texto (CAPSE) foi a primeira empresa pública a criar um modelo de melhoria da qualidade vinculado a incentivos econômicos.

Apresentam uma análise dos elementos-chave da implementação do referido programa de qualidade. Os resultados mostram que o sistema de remuneração por desempenho cumpriu seus objetivos principais, por exemplo, com o envolvimento de profissionais da gestão. Isso abriu caminho para a formação de grupos de melhoria da qualidade, multidisciplinares, com forte presença de liderança e coordenação. Vislumbra-se assim um grande empenho no processo de decisão, como promoção de uma cultura de trabalho em equipe, ainda que os resultados finais ainda não estejam totalmente disponíveis. É relatado, ainda, um processo sistemático de desenvolvimento de protocolos de saúde e manuais de orientação, visando fornecer apoio aos profissionais na tomada de decisão em ambiente clínico.

Entre as dificuldades encontradas, destaca-se a compreensão da linguagem da metodologia de gerenciamento de processo, não totalmente familiar a médicos e enfermeiros, que encaram o aprendizado com foco muito clínico e relativamente distante da gestão da qualidade. Este grupo de profissionais mostrou, de início, oposição ao projeto, que eles acreditavam ser mais uma ferramenta para gestores do que de melhoria de sua atividade clínica. Nesta fase, uma liderança clara foi um marcante elemento facilitador, desempenhando um papel chave na redução da resistência dos atores.

Da mesma forma, a capacitação de todo o conjunto de gestores e profissionais envolvidos na gestão de processos foi considerada essencial, visando não só facilitar seu trabalho como adquirir aceitação para a cultura de mudança. Uma recomendação intensiva, assim, é a de desenvolvimento de um programa de educação continuada para melhoria da qualidade.

O foco no paciente foi uma orientação crítica no processo da Catalunha, admitindo-se que as prioridades dos pacientes nem sempre coincidem com as dos profissionais. Com efeito, para os usuários de saúde pode ser facilmente entendido quando se fala de resultados, mas o mesmo não acontece quando se fala de acessibilidade ou da gestão do tempo por parte do profissional, por exemplo. As expectativas dos pacientes, avaliadas através dos levantamentos anuais de satisfação devem ser, com efeito, valorizadas.

Alertam os autores, ainda, para o fato de que uma comunicação bem concebida é fundamental para a implementação de mudanças organizacionais de tal natureza. Quando os recursos são escassos o melhor plano de comunicação se traduz em atitudes positivas por parte dos gestores, com foco na mudança, cabendo aos mesmos informar e envolver suas equipes através de reuniões e outras estratégias diretas.

Na experiência em foco, a aceitação do projeto pelas equipes foi considerada bastante positiva, no que teve influência a concomitante introdução do regime de pagamento variável, em que a qualidade da prática foi valorizada – este é um aspecto fundamental. São relacionados alguns elementos que influenciam a motivação das pessoas, tais como a oferta de oportunidades para melhorar as atividades diárias e o reconhecimento de profissionais como especialistas em processos específicos. Ao mesmo tempo, evidenciou-se a habilidade de profissionais serem capazes de usar expertise como forma rigorosa de resolução de problemas evidentes e graves que os gestores não tinham previsto.

Alguns tópicos chamam atenção na experiência em foco, a saber: o desenvolvimento de uma cultura organizacional de qualidade; o incentivo aos métodos de avaliação; a melhoria contínua através de círculos de qualidade; a flexibilidade. Dificuldade presente, entretanto, foi a quantidade de indicadores gerados no início do projeto, dado que os profissionais, ao definir os processos pela primeira vez, mostravam certa tendência em maximizar a informação necessária para gerenciá-los.

Alertam os autores catalães, ainda, que a gestão de processos é algo que requer *feedback* e monitorização, no que a análise permanente de informações torna-se de vital importância para o gerenciamento, o que certamente requer tecnologias adequadas de informação e um bom desenho de um mapa estratégico da organização e dos quadros de escores a serem alcançados.

Em resumo, a prática de pagar por desempenho em unidades básicas de saúde na experiência da Catalunha foi considerada bastante positiva. Aspectos pertinentes favoráveis citados, ainda, foram: uma matriz de organograma bem clara; a prática de revisão com os envolvidos; o esclarecimento dos novos papéis hierárquicos; a necessidade de se ter reflexões a partir de dinâmicas de grupo, com tempo compartilhado suficiente. Ponderam os autores que, apesar de tudo isso, o custo do projeto em termos de tempo e de organização foi elevado, sendo levado em consideração desde o início. O momento atual é de consolidação das ações e de clareamento de questões novas, tais como: o papel dos incentivos financeiros na aceitação do processo de mudança; o incremento da participação dos profissionais no processo; as novas fórmulas de se relacionar pagamento para o desempenho e qualidade, bem como o gerenciamento de processos de melhorar a necessidades dos pacientes.

Pesquisadores do *Canadian Institute of Health Research* também se debruçaram sobre a questão da remuneração médica na experiência canadense, procurando as lições oferecidas pela (e para) a mesma, dentro de um quadro de cenários para o futuro dos cuidados de saúde no país. Embora o problema de controlar custos não seja tão grande no Canadá, existe marcante preocupação com a insatisfação dos cidadãos, a acessibilidade e a qualidade do seu sistema de saúde.

O pagamento *fee-for-service* (FFS – pagamento por procedimentos, em tradução aproximada) é praticado amplamente no país, junto com a chamada *capitação*. Ambas as modalidades são consideradas como de risco alto para a qualidade do atendimento e a acessibilidade, especialmente diante do fato de que os médicos não precisariam temer a concorrência. Admite-se, contudo, com mediante a modulação de remuneração do médico de acordo com o tipo de população atendida, a capitação pode ser adequada para

resolver problemas específicos, tais como a distribuição geográfica desigual dos profissionais.

A insatisfação profissional também é grande. Levantamento recente aponta que embora 62% dos médicos canadenses percebem a quase totalidade dos seus rendimentos a partir de remuneração direta FFS, apenas uma a terça parte prefere este método de pagamento a alternativas diferentes.

Algumas questões são levantadas no trabalho, por exemplo, sobre o impacto dos mecanismos de pagamento médico sobre a utilização de médicos, de serviços e de cuidados de saúde em geral, com seus respectivos custos ou sobre como o modo FFS influencia médicos e custos em comparação a outros mecanismos.

Reconhece-se que não existem alternativas totalmente eficazes para os sistemas de pagamento “canônicos”, ou seja: FFS, capitação e salário. As recentes inovações são mais de adaptações marginais. O conhecimento atual sobre o impacto de métodos de pagamento sobre os custos de cuidados de saúde é assim resumido, de acordo com seu grau de inclusão: (a) FFS permite que o médico aumente o volume de serviços prestados ao paciente, mas limita ao mesmo tempo o alcance dos modos de regulação; (b) as formas de montante fixo de pagamento (capitação e salários) em montantes limitados podem afetar adversamente a qualidade dos cuidados prestados, além de restringir o acesso de grupos vulneráveis, tendo também certas consequências inesperadas sobre o nível de gastos.

Aponta-se também que a extensão do impacto sobre a qualidade e o acesso é criticamente dependente da capacidade do paciente em observar o esforço dos médicos, habilidade sobre a qual é difícil fazer qualquer afirmação empírica. Outro efeito inesperado sobre os custos, quando existe montante fixo de pagamento, é o incentivo aos médicos da atenção primária em encaminhar e prescrever mais. Há também certos efeitos de longo prazo, por exemplo, se o médico reduz serviço no curto prazo, o sistema pode vir a pagar por as consequências disso no longo prazo.

A resposta para os dilemas da remuneração médica parece estar na combinação de mecanismos para que as fraquezas de um modelo venham a compensar o outro. A introdução do quesito *resultados* em saúde (objetivos intermédios) pode aumentar a capacidade de pagamento por capitação, dada a natureza diversa do trabalho do médico, além de combinar objetivos de saúde pública, por um lado, com os objetivos de acesso e qualidade do outro. Defende-se que a delegação de responsabilidades à profissão médica, com o regulador definindo um pacote a ser gerido de forma descentralizada, pode atenuar comportamentos oportunistas e conflitos de interesses, dependendo do grau de descentralização. Isso já foi considerado como “solução do futuro”, mas agora parece estar perdendo força em benefício de incentivos não financeiros centrados nos pacientes e nos médicos, baseados em bons sistemas de informação.

Sobre tais incentivos não-monetários e seu impacto na utilização dos serviços e nos custos, os autores recomendam a introdução de algumas inovações, a saber: (a) apoiar os médicos com informações validadas e sintetizadas sobre protocolos clínicos e eficiência, em particular, com o maior controle do merchandising por parte da indústria dos produtos médicos; (b) ações para que médicos e pacientes compreendam melhor as variações das práticas, reforçando o controle dos pacientes sobre o trabalho médico, o

que pode aumentar a variabilidade (se a adaptação das práticas o exigir) ou diminuí-la (com padronização).

Defende-se, ainda, que tais questões envolvem o apoio de médicos bem informados, que poderiam comparar a sua prática à de seus colegas, ao considerá-las vantajosas. Além disso, o impacto desses incentivos não monetários é fortemente dependente do contexto, especialmente do nível de organização da profissão e da capacidade dos médicos para negociações coletivas.

O tema dos contratos por resultados e metas remete, diretamente, aos processos de avaliação do desempenho dos serviços de saúde. Neste campo, possuem importância seminal as contribuições da escola canadense, capitaneada por A. Contandriopoulos (1997).

Este autor defende que os objetivos de uma avaliação são sempre numerosos, e que eles podem ser oficiais ou oficiosos, explícitos ou implícitos, consensuais ou conflitantes, aceitos por todos os atores ou somente por alguns. Apresenta também uma categorização dos objetivos oficiais de uma avaliação, que podem ser: (a) apoiar o planejamento ou a elaboração de uma intervenção (objetivo estratégico); (b) fornecer informação para melhorar uma intervenção no seu decorrer (objetivo formativo); (c) determinar os efeitos de uma intervenção para decidir se ela deve ser mantida, transformada de forma importante ou interrompida (objetivo somativo); (d) contribuir para o progresso dos conhecimentos ou para a elaboração teórica (objetivo fundamental). Além desses, podem existir objetivos “oficiosos” dos diferentes atores, tais como avaliadores, gestores, usuários ou membros de equipe, muitas vezes implícitos, também importantes de se considerar, embora nem sempre identificáveis a primeira vista.

Quando é um gestor que demanda uma avaliação, como geralmente é o caso dos contratos de gestão aqui analisados, ela geralmente é tratada como *avaliação normativa*, a qual, segundo o mesmo autor, consiste em “atividade de se fazer um julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou bens produzidos (processo), e os resultados obtidos, com critérios e normas”. Dentro dela podem ser analisados estruturas, processos, produtos e resultados. Para o caso presente interessa mais de perto uma apreciação de processos.

Lidar com *processos* implica saber em que medida os serviços são adequados para atingir os resultados esperados, o que se faz comparando os serviços oferecidos com critérios e normas predeterminadas em função dos resultados que se almeja obter. Isso pode ser decomposto em dimensões: técnica, das relações interpessoais e organizacionais.

A dimensão técnica dos serviços diz respeito à adequação dos serviços às necessidades dos que o utilizam. A questão chave é: os serviços correspondem às necessidades dos beneficiários? Aqui se inclui uma apreciação da qualidade dos serviços prestados, definida a partir de critérios e normas profissionais.

Na dimensão das relações interpessoais se aprecia a interação psicológica e social que existe entre os clientes e os produtores de cuidados, sendo suas questões chave ligadas

diretamente ao interesse no apoio que o pessoal de saúde oferece aos pacientes, na satisfação destes, na cortesia dos produtores de cuidados e no respeito à pessoa.

A dimensão organizacional do processo diz respeito à acessibilidade aos serviços, à extensão da cobertura dos serviços oferecidos pela intervenção considerada, assim como à globalidade e à continuidade dos cuidados e dos serviços. Por globalidade e continuidade se entende o carácter multiprofissional e interorganizacional dos cuidados, sua continuidade no tempo e no espaço.

Apreçar resultados, por sua vez, corresponde a indagar se os resultados observados correspondem aos esperados, ou seja, aos objetivos que a intervenção se propôs atingir. Isso se faz quando se comparam os índices dos resultados obtidos com critérios e normas de resultados esperados, o que, todavia, pode ser ainda insuficiente para se fazer um julgamento válido sobre os resultados de uma intervenção. Para avaliá-los deve-se geralmente encetar outra etapa, a pesquisa avaliativa, cujo detalhamento não caberia aqui.

V – CONTRATUALIZAÇÃO NO BRASIL: O CASO DE CURITIBA

Ao longo das últimas décadas, Curitiba tem constantemente inovado na área de saúde e na prática gerencial, em um contexto de crescimento rápido da demanda por cuidados de saúde, graças ao aumento da demanda e à descentralização vigente no SUS.

Estudo do Banco Mundial (WB, 2008) analisa as inovações da gestão da saúde, em relação aos contratos de responsabilização e resultados, em São Paulo (Organizações Sociais) e Curitiba (Atenção Primária). Considera esse organismo que o desempenho da gestão de saúde em Curitiba pode ser considerado superior ao de municípios brasileiros médios.

Lembram os autores que os dois casos discutidos são provenientes de dois dos governos mais sofisticados do Brasil e que a maioria dos estados e municípios do país não possuem a história e os dotes de São Paulo e Curitiba. Ressaltam que se deve investir na compreensão do que é de fato estratégia de planejamento e de que sistemas de incentivos alternativos podem ser aplicáveis à configuração em foco, de forma a facultar o aprimoramento do desempenho do setor público, de forma experimental, sem deixar de ser consistente.

Entre os tópicos destacados na gestão da saúde em Curitiba são citadas algumas boas práticas, entre as quais a orientação para o cliente (por exemplo, o uso regular de pesquisas por telefone para medir a qualidade do serviço e detectar problemas), bem como o uso eficaz de informação na gestão com o desenvolvimento de um sistema de informação integrado e sofisticado para gerenciar o conhecimento sobre os pacientes e seus tratamentos.

Curitiba tem tentado uma série de regimes de prêmios para motivar os funcionários públicos municipais, com foco na orientação para o desempenho. O primeiro desses regimes, datado de 1995, denominado PIQ, ao introduzir a concorrência entre Unidades de Saúde, falhou. Em tal contexto, as equipes tiveram que lidar com indicadores mal

definidos e se estabeleceu certa rivalidade entre as mesmas, minando as bases de uma relação pessoal harmônica.

Com novo esquema de incentivos para melhorar a qualidade do serviço (IDQ), introduzido em 2000, a avaliação passou a ser trimestral e os trabalhadores receberam um bônus, como resultado ponderado da avaliação do supervisor, da auto-avaliação, da avaliação da Unidade com base no desempenho nos contratos de gestão, bem como na avaliação da comunidade. Na prática, contudo, apenas registram atrasos ou ausências excessivas deixam de receber o bônus, o que faz tal regime funcionar apenas para punição de casos extremos de mau desempenho. Apesar disso, os gestores locais acreditam que o IDQ mostrou impactos importantes na performance das equipes, embora isso pareça ter decaído ao longo do tempo.

Argumenta-se que, como muitas vezes acontece com as inovações no local de trabalho, há uma mudança temporária no comportamento até que se reajustem as relações com os trabalhadores para aceitar e validar a norma. No entanto, parece também que o próprio processo de avaliação (ou seja, não as recompensas e punições) possa ter contribuído para identificar e resolver problemas nas unidades de saúde.

A cultura institucional da SMS local, dentro de tal contexto, é de certa forma dominada pelo que poderia ser chamado de uma “mentalidade de planejamento estratégico”. Os Planos Anuais de Operação (POA), na linguagem do SUS, muitas vezes não levados a sério pelos estados e municípios, são utilizados regular e seriamente como ferramentas de gerenciamento em Curitiba. Os POA locais são assim acompanhados por Contratos de Gestão entre a gestão municipal e os Distritos Sanitários e entre estes e as unidades de saúde. Embora tais contratos não sejam totalmente formais, eles estabeleceram metas para cerca de 60 tópicos de resultados, com metas definidas mediante discussões entre as partes. Um sistema informatizado de informações em saúde e definições padronizadas de procedimentos nos protocolos integrados têm sido elementos vitais para minimizar a quantidade de distorções que podem influir negativamente na medição de desempenho.

A maneira em que Curitiba tem combinado uma variedade de instrumentos de gestão (por exemplo, avaliação de desempenho e de bônus, sistema de informação de gestão, e padronização da oferta de cuidados básicos de acordo com protocolos) parece ser um ingrediente chave de seu sucesso relativo. Muitos atribuem à tradição da abordagem de planejamento estratégico sistemático oriundo do planejamento urbano que começou em Curitiba na década de 1960. Este, por sua vez, foi provavelmente facilitada pela continuidade política notável que a cidade se ao longo das últimas duas décadas.

Não seria fácil replicar a experiência de Curitiba, conclui o estudo do Banco Mundial. O sistema desta cidade Curitiba é, sem dúvida, produto de circunstâncias históricas particulares, sendo também muito complexo. O tamanho relativamente pequeno da SMS (*sic*) ajudaria a gerenciar essa complexidade. Com essas precauções em mente, seria útil para os eventuais interessados em reproduzir a experiência entender como de fato Curitiba aplicou o planejamento estratégico, ou seja, mais como um *modus operandi* (ou hábito de trabalho) do que um processo formal. Isso diz respeito ao modo de organização dos gestores de topo e suas relações com o nível operacional, envolvendo uma mentalidade de pensar sobre o futuro, procurar e resolver problemas.

Além disso, torna-se preciso entender a complexidade do sistema e entender que mudanças em um lugar podem criar problemas e oportunidades em outros lugares. Cabe assumir qualquer práxis como empírica, experimental, além de assumir riscos. Enfim, ferramentas formais de gestão de desempenho parecem ser um complemento apenas e não as condutoras do processo de planejamento estratégico de Curitiba.

Os Contratos de Gestão (CG) na SMS de Curitiba representam uma “aliança voluntária entre duas ou mais entidades legais, entendidas como pessoas físicas, morais ou jurídicas”, mediante um “ato ou efeito de contratar, acordo ou convenção entre duas ou mais partes para execução de alguma coisa sob determinada condição, ajuste, combinação, promessa, pacto”, como esclarece representante da gestão local (Faoro s/d), cuja argumentação fundamenta as linhas seguintes.

As características de tais contratos são definidas em termos de uma parceria entre partes, mediante diálogo permanente, retificação dos problemas no momento que surgem, com ênfase na troca de saberes e habilidades, bem como na partilha de riscos, lucros e perdas. Os CG representam, na visão de seus formuladores municipais, uma estratégia de gestão voltada para resultados; aprimoramento dos processos de planejamento, monitoramento e avaliação; promoção de relações mais estáveis e mais longas entre as partes e também construção de um sentido de responsabilização. Eles visariam, além disso, aumentar a eficiência dos serviços prestados; incentivar a criação e utilização dos sistemas de informação gerenciais; melhorar a gestão da clínica e permitir melhor focalização relativa aos interesses da população.

A história dos CG na Prefeitura de Curitiba se inicia em 2002, com a instituição coletiva de um instrumento denominado Termo de Compromisso, no qual foi elaborada uma planilha de programação e pactuação das metas e definição de indicadores, visando a construção de um Indicador de Qualidade denominado IDQ. Estes termos de compromisso, por sua vez, vieram a se constituir em nova ferramenta de gestão, na qual estavam ajustadas a responsabilização da equipe e a participação da comunidade, representando uma relação de compromisso moral, sem efeito jurídico-legal.

Os CG representariam, portanto, um instrumento de pactuação de metas com qualidade e seus signatários se comprometeriam a conhecer e assinar anualmente os termos de compromisso respectivos, além de conhecer e concordar como as planilhas de pactuação (POA), válidas para cada unidade do sistema de saúde local, contendo, entre outras informações: população total, por faixa etária, população alvo e de grupos priorizados. Aspectos associados são: o conhecimento do SUS em cada território, acesso a séries históricas de dados e indicadores e da capacidade operacional da equipe de saúde

O programa IDQ, base do sistema de contratualização em Curitiba, é descrito como uma estratégia de remuneração variável que visa o incentivo à qualidade e à produtividade, um dos componentes de uma política de remuneração estratégica em nível municipal. O IDQ está vinculado à busca de resultados, através do desempenho dos indivíduos, das equipes, bem como da organização como um todo, com sua aplicação sustentada por um sistema de avaliação específico. Tal sistema de avaliação se compõe, por sua vez, de: (a) avaliação individual (conhecimento, postura profissional, relacionamento interpessoal e administrativo, qualidade do trabalho); (b) auto avaliação (mesmos quesitos acima); (c) avaliação da Unidade de Saúde, abrangendo 18 dos 81 indicadores do POA, além de mais três indicadores administrativos; (d) avaliação da comunidade, a

ser realizada mediante pesquisa telefônica. No IDQ são destacados alguns fatores excludentes, a saber: faltas não justificadas; incursão do servidor em penalidade administrativa; atrasos acima de 20% da carga horária semanal; pontuação inferior a 80 na avaliação individual ou resultado final.

O processo de validação está submetido a uma Comissão de Monitoramento, designada através de Portaria e composta por representantes da SMS e SMRH, sendo realizado um sorteio das UBS/DS/Centros que serão auditados, dentro de uma estratégia de amostragem.

Os resultados de tal processo de contratualização de resultados, na visão dos gestores, são tais que: foi obtida a promoção de mudanças no processo de trabalho e nas condutas gerenciais; houve também contribuições para a melhoria da gestão dos serviços municipais com foco na excelência, bem como aumento do interesse do servidor pelo planejamento e acompanhamento de indicadores locais; ocorreu ainda reforço ao compromisso e ao sentimento de pertencimento no contexto de uma gestão por resultados, além da marcante adesão e seguimento de protocolos clínicos, estratificações de riscos e outras metodologias, favorecendo a aprendizagem das equipes no manejo clínico.

A experiência Curitiba nos contratos de gestão na área da saúde foi também analisada por Marty (2003), que observou que faltavam, na ocasião, ainda serem avaliados alguns indicadores importantes, tais como coberturas em programas, além de ajustes em cálculos de concentração de consultas e exames. Destaca a autora que gradualmente o instrumento ganhou maior credibilidade por parte das equipes e passou a ser mais bem discutido junto aos conselhos de saúde. Os pontos críticos observados de início foram aos poucos corrigidos nos primeiros anos de década, aprimorando-se, também, a apropriação de dados de produtividade, o que reforçou o compromisso das equipes de saúde para uma gestão de resultados. Com isso, após a implantação dos já referidos termos de compromisso e dos Planos Operativos Anuais (POA), observou-se que cada vez mais os membros das equipes procuraram se apropriar dessas informações, que antes ficavam sob a responsabilidade apenas do gestor.

Como parte integrante da avaliação foi também realizada uma pesquisa junto aos servidores, que mostrou a utilidade do processo de compromisso na organização do trabalho nas unidades, ajudando também a identificar e resolver problemas, esclarecer objetivos e estabelecer prioridades, além de promover a integração com outros setores.

Conclui a autora que havia ainda, no momento de sua análise, necessidade de se envolver todo o corpo técnico e gerencial para que se atinjam as metas pactuadas, embora com os termos de compromisso tenha se intensificado o trabalho das equipes de saúde na busca da excelência e do impacto das ações nos indicadores de saúde das famílias residentes nos territórios das US. Defende que o presente sistema de contrato da SMS de Curitiba pode ser considerado como inovador, representando avanço gerencial importante, capaz de gerar mudanças de postura entre os profissionais, que passam de passivos para ativos e, principalmente, orientados para resultados. Com ele teria melhorado o desempenho dos serviços e dos indicadores locais de saúde. Acima de tudo, o sentido de pertencimento por parte das pessoas envolvidas permeou o processo, reforçando os compromissos mútuos.

Alguns pontos foram considerados como carentes de maior aperfeiçoamento, como é o caso da inclusão de contratos em outros serviços de saúde além da atenção básica, por exemplo, com unidades especializadas, urgência e emergência e vigilâncias, assim como aprofundar a discussão e clareza junto ao controle social.

Em síntese, segundo Marty, os Contratos de Gestão em Curitiba fazem parte de uma “síntese de movimentos institucionais”, propiciando uma cultura com base em princípios como responsabilização, parceria e negociação, estimulando a ainda descentralização da gestão e proporcionando mais responsabilidade aos gerentes locais. Foram também observados a melhoria do controle sobre o desempenho quantitativo e qualitativo dos serviços prestados; a detecção da necessidade de mudanças nos processos de trabalho e nas condutas gerenciais; o incremento da eficiência dos serviços prestados; a maior socialização das informações, com melhora também da gestão dos serviços municipais, com foco em resultados. Vantagem adicional é a promoção da aprendizagem entre as equipes de saúde, quanto ao manejo clínico, estratificação de riscos, acompanhamento por protocolos, conhecimento de perfis epidemiológicos locais etc.

Como recomendações finais, acrescenta que os contratos de gestão devem sempre *acompanhar o que se faz e não limitar o que se faz*, sendo importante, portanto, não desprezar ou limitar a criatividade das equipes locais. É fundamental que os gestores envolvam as pessoas e estabeleçam com elas permanente comunicação, fazendo-as sentir parte do processo.

Em outra abordagem acadêmica, esta mais recente, Ditterich (2011), em tese de doutoramento, analisa a contratualização como ferramenta de gestão da organização da atenção primária à saúde no âmbito do sistema municipal de saúde de Curitiba. Utiliza como metodologia a investigação da percepção de trabalhadores sobre o uso do contrato de gestão e dos termos de compromisso, bem do como do programa IDQ. Intenta também compreender o impacto do processo de construção de metas e indicadores pactuados a gestão da APS.

Ressalta a existência de impactos sem dúvida favoráveis importantes, o mais notório deles sendo o incremento da corresponsabilidade e do compromisso entre trabalhadores da saúde, membros da gestão e comunidade. Neste aspecto, o IDQ constitui uma importante ferramenta para o avanço de tal processo, ao potencializar a motivação dos trabalhadores da saúde. Os ganhos são reais, segundo o autor, adicionando ao cenário local ingredientes de inovação e promoção da qualidade em saúde.

Algumas lacunas são citadas, particularmente a necessidade de se incrementar a apropriação, pelos trabalhadores, dos instrumentos de gestão que constituem objeto do trabalho. Neste sentido, recomenda o aprimoramento dos processos de retorno das informações inerentes ao processo administrativo aos trabalhadores, bem como de estratégias para maior esclarecimento e envolvimento da comunidade de usuários de saúde.

Alerta ainda para os riscos de temporalidade de medidas como as presentemente analisadas, inclusive no que diz respeito aos incentivos financeiros, preconizando estratégias específicas de abordagem relacionada a tanto, com o desenvolvimento de

mecanismos de reavivamento das discussões e ampliação da participação interna e social.

REFERÊNCIAS

1. ALCOFORADO, F. Contratualização e eficiência no setor público: as organizações sociais, 2005. Anais do X Congresso Internacional del CLAD Sobre la Reforma del Estado y de La Administración Pública, Santiago, Chile, 18 - 21Out.2005. Acessível em: http://www.bresserpereira.org.br/Documents/MARE/OS/alcoforado_OS.pdf
2. BENAVENT, J; CONCHA, J; CLOS, J; SEQUEIRA, E; GIMFERRER, N; VILAS, J. - Using pay-for-performance to introduce changes in primary healthcare centres in Spain: first year results - *Quality in Primary Care*;17:123–31, 2009
3. BRASIL. Ministério da Saúde Índice de Desempenho do SUS (IDSUS). 2013. Acessível em: <http://idsus.saude.gov.br/>
4. BRASIL. Ministério da Saúde. PMAQ - Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica. 2011 (a) Acessível em: <http://dab.saude.gov.br/sistemas/pmaq/faq.php>
5. BRASIL. Presidência da República, Decreto Lei 7508. 2011 (b). Acessível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm
6. CHERCHIGLIA, ML. Formas de pagamento e prática médica: teoria e evidências Empíricas. (sem data). Acessível em: http://www.rumosade.com.br/content/data/files/files_contact_407/Formas%20de%20pagament%20na%20pr%C3%A1tica%20m%C3%A9dica.PDF
7. CONTANDRIOPOULOS, AP; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J-L; PINEAULT, R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos - In HARTZ, ZMA., org. *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997.
8. DITTERICH, RG. A contratualização como ferramenta de gestão da organização da atenção primária à saúde: avanços, dificuldades, desafios. Tese de Doutorado. PUC Curitiba. 2011.
9. FAORO, NT Contrato de Gestão na SMS Curitiba Acessível em: http://apsredes.org/site2013/wp-content/uploads/2013/11/Modelo_Atencao_Curitiba.pdf
10. GIRARDI, SN; CARVALHO, CL; GIRARDI, LG. Modalidades de contratação e remuneração do trabalho médico: conceitos e evidências internacionais. 2007. Acessível em:
11. GOULART. FA. Inovação e Novidades (Editorial). *Comunicação em Ciências da Saúde*. Vol 22, número 3. Julho/Setembro 2011.
12. GRIGNON, M; PARIS, V; POLTON, D; COUFFINHAL, A; PIERRARD, B. Influence of Physician Payment Methods on the Efficiency of the Health Care System - Discussion Paper N°35. Institute of Health Services and Policy Research (IHSPR)/ Canadian Institute of Health Research November; CREDES, Paris, France. 2002. Acessível em: http://www.researchgate.net/profile/Michel_Grignon/publication/268044081_Influence_of_Physician_Payment_Methods_on_the_Efficiency_of_the_Health_Care_System/links/54db96040cf28d3de65bbd99.pdf
13. HENRIQUES, J. Gestão por resultados e contratualização de serviços: a experiência de Minas Gerais. Acessível em: <http://www.administradores.com.br/artigos>
14. LEMOS, CS. Gestão Pública Orientada para Resultados: Avaliando o caso de Minas Gerais. Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro 2009
15. MALIK, AM: Os Desafios e as Perspectivas do Processo de Contratualização no Contexto Brasileiro, in *Análise do processo de contratualização dos hospitais de ensino e filantrópicos no SUS: dificuldades, perspectivas e propostas* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010
16. MARTY, IK. Contratos de Gestão na SMS– Curitiba (responsabilização pactuada com o Nível Local) s/data. Acessível em: http://cosemspb.org/wp-content/uploads/2012/04/CTBA_Contratos_de_gestao_na_SMS_Curitiba_-_Ines_Marty.pdf
17. MATZUDA, Y; RINNE, J; SHEPHERD, G; WENCESLAU, J. Enhancing Performance in Brazil's Health Sector: Lessons from Innovations in the State of São Paulo and the City of Curitiba - - World Bank, *Em Breve*, Number 116. Feb 2008.

18. NEVES, FS; MELO, FCC. O Estado para Resultados em Minas Gerais: inovações no modelo de gestão. XII Congresso Internacional do CLAD sobre a Reforma do Estado e da Administração Pública em São Domingo - República Dominicana, 2007. Acessível em: <http://www.direitodoestado.com/palestras/>
19. PACHECO, RS. Contratualização de resultados no setor público: a experiência brasileira e o debate internacional. IX Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Madrid, España, 2004. Acessível em: <http://siare.clad.org/fulltext/0049823.pdf>
20. PEDROSA, CO; MAGDALENA, PC. Contratualização de Resultados: Uma Ideia, Vários Caminhos. ANPAD, 35º Encontro. Rio de Janeiro, 2011.
21. PERDICARIS, PR. Contratualização de resultados e desempenho no setor público: A experiência do Contrato Programa nos hospitais da Administração Direta no Estado de São Paulo. Tese (doutorado) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo 2012.
22. SALGADO, VAB. O contrato de gestão e a gestão por resultados: Organização Social (s/data). Acessível em: <http://www.gespublica.gov.br/projetos-acoess/pasta> .2009-07
23. SCHWARZ, L. A experiência de contratualização de resultados no governo federal brasileiro. Pesquisa com Órgão Supervisores de Contratos de Gestão, Brasília, dezembro de 2009. Acessível em: <http://www.gespublica.gov.br/biblioteca/pasta> .2010-12-08.3617032145/pasta.2010-04-08.0042928925/Leticia%20PRODUTO%20II.pdf
24. SERRA, A. Modelo Abierto de Gestión para Resultados en el Sector Público. Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e Centro Latino-Americano de Administração para o Desenvolvimento (CLAD), Caracas, 2007. Acessível em: <http://old.clad.org/documentos/otros-documentos/material-didactico-curso-bogota-2011/8.-modelo-abierto-gprd-sector-publico>
25. VIVIANI, AJ. Contratação x Contratualização de Serviços de Saúde na SES SP. 2012. Acessível em: www.fehosp.com.br/v2/servicos/eventos/