

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: SAÚDE COLETIVA**

RAFAEL GOMES DITTERICH

**A CONTRATUALIZAÇÃO COMO FERRAMENTA DE GESTÃO E
ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: AVANÇOS,
DIFICULDADES E DESAFIOS**

**CURITIBA
2011**

RAFAEL GOMES DITTERICH

A CONTRATUALIZAÇÃO COMO FERRAMENTA DE GESTÃO E ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: AVANÇOS, DIFICULDADES E DESAFIOS

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia, da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como pré-requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Odontologia – Área de concentração em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Samuel Jorge Moysés

**CURITIBA
2011**

Dados da Catalogação na Publicação
Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI/PUCPR
Biblioteca Central

D617c
2011 Ditterich, Rafael Gomes
A contratualização como ferramenta de gestão e organização da atenção primária à saúde : avanços, dificuldades e desafios / Rafael Gomes Ditterich ; orientador, Samuel Jorge Moysés. – 2011.
162 f. ; 30 cm

Tese (doutorado) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2011
Inclui bibliografias

1. Serviços de saúde - Administração. 2. Pessoal da área médica. 3. Saúde bucal. 4. Odontologia. I. Moyses, Samuel Jorge. II. Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Programa de Pós-Graduação em Odontologia. III. Título.

CDD 20. ed. – 617.6



Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Odontologia

TERMO DE APROVAÇÃO

RAFAEL GOMES DETTERICH

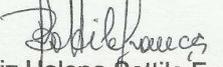
A CONTRATUALIZAÇÃO COMO FERRAMENTA DE GESTÃO E ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: AVANÇOS, DIFICULDADES E DESAFIOS

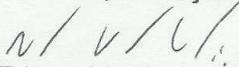
Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como parte dos requisitos parciais para a obtenção do Título de **Doutor em Odontologia**, Área de Concentração em **Saúde Coletiva**.

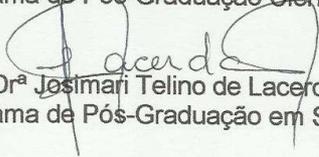
Orientador (a):


Prof. Dr. Samuel Jorge Moysés
Programa de Pós-Graduação em Odontologia, PUCPR


Prof.ª Dr.ª Simone Tetu Moysés
Programa de Pós-Graduação em Odontologia, PUCPR


Prof.ª Dr.ª Beatriz Helena Sottile França
Programa de Pós-Graduação em Odontologia, PUCPR


Prof. Dr. Edgard Michel Crosato
Programa de Pós-Graduação Ciências Odontológicas, FO-USP


Prof.ª Dr.ª Josimari Telino de Lacerda
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, UFSC

Curitiba, 21 de fevereiro de 2011.

DEDICATÓRIA

Dedico a **Deus**, que me deu o dom supremo da vida e me abençoou com uma família maravilhosa.

Ao meu pai e minha mãe, **Enio e Maria Aparecida**, pela presença constante, dedicação, amor e carinho.

E especialmente a minha esposa **Adrieli** e ao meu pequeno filho **Augusto**, motivos de entusiasmo e paixão pela vida e, que são as minhas principais razões para persistir e prosseguir.

AGRADECIMENTOS

Ao **Prof. Dr. Samuel Jorge Moysés**, pela orientação competente, pela confiança e amizade desde a graduação. Agradeço a oportunidade de acreditar no potencial de seus alunos, pois um dia acreditou que eu poderia ser monitor da Saúde Coletiva da PUCPR e, desde então fui contagiado por este área. Também porque em todas as fases da minha vida acadêmica, mesmo que indiretamente, você estava lá, como: docente, membro de banca, orientador, colega de trabalho ou simplesmente como amigo e, em todos estes momentos sempre pude contar com seu apoio e aprender cada dia mais com essa convivência. Muito obrigado...

À **Profª. Drª. Simone Tetu Moysés**, pela prontidão, apoio e incentivo à formação em Saúde Coletiva e, principalmente, pelo seu enorme acolhimento, carinho e consideração desde a graduação.

Ao **Prof. Dr. Sergio Vieira**, Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Odontologia – Mestrado/Doutorado (PPGO) da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR), pela grande dedicação e preocupação com a qualidade do programa.

À **Coordenadora de Capacitação Docente e Técnica da Pró-Reitoria de Pesquisa, Pós-Graduação e Inovação (PROPPI) da Universidade Federal Fluminense (UFF)**, pelo Auxílio-Qualificação *Stricto Sensu* para a realização deste Doutorado.

Ao **Prof. Ms. Léo Kriger**, que desde a graduação me incentivou nessa caminhada na Saúde Coletiva. Muito obrigado por todas as conversas, ensinamentos e conselhos na minha vida acadêmica.

Às **Profª. Drª. Denise Stadler Wambier e Profª. Drª. Márcia Helena Baldani Pinto**, docentes da disciplina de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), pela grande amizade e por ter tido a honra de conviver, aprender e

trabalhar junto com vocês, bem como pelo apoio incondicional nos meus afastamentos para o cumprimento dos meus créditos no início do Doutorado.

As minhas queridas “cúmplices” e docentes junto comigo da Saúde Coletiva da **Faculdade de Odontologia do Pólo Universitário de Nova Friburgo da UFF (FO-UFF/PUNF)**, muito obrigado pela compreensão e carinho, que foi indispensável nessa reta final do Doutorado, por isso como já disse a vocês, hoje considero todas como minha família fluminense. **Maria Isabel** – obrigado por sua grande amizade e pode ter certeza que tenho você como exemplo a ser seguido na minha vida profissional; **Flávia** – o exemplo de dedicação e profissionalismo sem deixar de lado valores como família, amizade e sinceridade; **Andréa** e **Gisele** – minhas “irmãzinhas” adotivas de coração, incríveis como pessoas e tenho certeza que sempre poderei contar com vocês.

Ao meu **pai**, pelas ajudas nas correções ortográficas e nas traduções de textos em inglês durante todo o Doutorado.

A todos os professores doutores do PPGO PUCPR, pelos conhecimentos transmitidos e à secretária **Neide Borges**, pela amizade e prontidão em sempre resolver todos os problemas acadêmicos durante o Doutorado.

Às minhas amigas da 1ª turma de Doutorado em Saúde Coletiva da PUCPR: **Solena** – minha madrinha de casamento, pela prontidão em sempre me ouvir e conversar comigo nos diversos momentos da minha vida. Espero que sempre conte com sua amizade e saiba que torcerei pelo seu sucesso profissional. **Mariângela** – pela grande amizade e por todos os momentos durante o Doutorado.

A todos aqueles que, por esquecimento ou falha minha, não tenham sido lembrados.

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo descrever e discutir a percepção dos trabalhadores da saúde no município de Curitiba-PR, Brasil, sobre o uso do Contrato Interno de Gestão/Termo de Compromissos (TERCOM) e o Programa de Incentivo ao Desenvolvimento da Qualidade (IDQ) como ferramentas na gestão e organização da atenção primária à saúde. Para tal, o método proposto analisou os dados secundários produzidos pelo Banco Mundial em pesquisa sobre inovações em gestão no Brasil. O presente estudo focalizou nos dados referentes à gestão dos cuidados primários à saúde no referido município, buscando compreender o impacto da utilização das metas e indicadores pactuados na organização dos serviços de saúde, bem entender como o IDQ, por meio dos incentivos ao melhor desempenho da equipe e dos profissionais individualmente tem refletido no processo de organização dos serviços e do processo de trabalho. Concluiu-se que por meio de metas e objetivos preestabelecidos no Contrato Interno de Gestão, o município vem desenvolvendo mecanismos e ferramentas que ressaltam a importância da corresponsabilidade e da instituição de compromissos mútuos entre os trabalhadores da saúde em nível local, a gestão municipal e a população. No entanto, há ainda lacunas importantes na concreta efetivação da gestão pactuada, sendo necessário que os profissionais de saúde se apropriem de todas as fases e etapas de planejamento, elaboração, execução e avaliação das ações e programas pactuados no TERCOM. No que se refere ao Programa de IDQ, a política de avaliação de desempenho estabelecida pela Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba-PR pode ser apontada como importante aliada na busca da motivação e comprometimento dos profissionais de saúde com a inovação do processo de trabalho e alcance de metas/resultados pactuados com os gestores, bem como uma adequada ferramenta na busca da qualidade dos serviços de saúde. Entretanto, há a necessidade de a gestão municipal aprimorar o retorno aos profissionais de saúde sobre os processos de avaliação individual realizada pelas respectivas chefias, assim como a avaliação da comunidade atendida pelas equipes de saúde, de modo a tornar mais efetivo o trabalho realizado.

Descritores: Administração de Serviços de Saúde; Gestão em Saúde; Contratos de Gestão; Incentivos; Gestão do Desempenho em Saúde.

ABSTRACT

This study aims to describe and discuss the perception of health workers in the county of Curitiba-PR, Brazil, about the use of Internal Management Contract/ Statement of Commitment (TERCOM) and the Program of Quality Development Incentive (IDQ) as a tool for the management and organization of primary health care. In order to achieve it, the proposed method analyzed the secondary data produced by the World Bank on its research about management innovations in Brazil. This study focused on data regarding to the management of primary health services in that district, seeking to understand the impact of using agreed targets and goals in the organization of health care, as well as how the IDQ, through incentives for better team or individual performance, has reflected on the process of service organization and working process. It was concluded that through previously established goals and objectives in the TERCOM, the county has been developing means and tools which highlight the importance of co-responsibility as well as the establishment of mutual commitment among local health workers, the county management and citizens. However, there are still important gaps in the concrete fulfillment of the agreed management, requiring health professionals to take ownership of all phases and stages of planning, design, implementation and evaluation of actions and programs agreed upon at TERCOM. Concerning to the IDQ Program, the policy of performance evaluation established by the Municipal Health System of Curitiba-PR, may be considered as an important partner in the search of motivation and commitment of health professionals through the innovation of the working process and achievement of goals agreed with the managers, as well as an appropriate tool for providing quality health services. However, the county management needs to improve the feedback to health professionals concerning to the processes of individual evaluation carried out by their bosses, as well as an evaluation done by the community served by the health teams, in order to make the work more effective .

Keywords: Health Services Administration; Health Management; Managerial Contracts; Incentives; Performance Management in Health.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ASL	Autoridade Sanitária Local
IDQ	Incentivo ao Desenvolvimento da Qualidade
MARE	Ministério da Administração e Reforma do Estado
MG	Minas Gerais
ONG	Organizações Não-Governamentais
OS	Organizações Sociais
OSCIP	Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
PAS	Plano de Atendimento à Saúde
PEC	Proposta de Emenda Constitucional
PNH	Política Nacional de Humanização
POA	Plano Operacional Anual
PR	Paraná
RS	Rio Grande do Sul
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SC	Santa Catarina
SPSS	Statistical Package for Social Science
SUS	Sistema Único de Saúde
TERCOM	Termo de Compromissos
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	ARTIGO 1 – A NOVA GESTÃO PÚBLICA E O SEU REFLEXO NO SETOR SAÚDE: O USO DO CONTRATO DE GESTÃO COMO FERRAMENTA DE REGULAÇÃO DO ESTADO	14
	Resumo / Abstract	14
	Introdução	15
	A Reforma do aparelho do estado no Brasil	16
	Contratos de gestão: um novo arranjo para as funções do estado	22
	O setor saúde no Brasil sob o modelo gerencial do estado neoliberal	26
	Conclusão	32
	Referências bibliográficas	32
3	ARTIGO 2 – A GESTÃO DO PROCESSO DE TRABALHO E A PRODUÇÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO À SAÚDE: UM OLHAR SOBRE A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO	37
	Resumo / Abstract	37
	Introdução	38
	A gestão do processo de trabalho e a produção do cuidado na consolidação do sistema único de saúde	40
	Conclusão	49
	Referências	49
4	ARTIGO 3 – O USO DE CONTRATOS DE GESTÃO E INCENTIVOS PROFISSIONAIS NA GESTÃO POR DESEMPENHO NO SETOR PÚBLICO DE SAÚDE	55
	Resumo / Abstract	55
	Introdução	56
	Os contratos de gestão nos serviços públicos de saúde	58
	A utilização de incentivos profissionais na produção do cuidado e como ferramenta gerencial no Sistema Único de Saúde	60
	Referências	65
5	ARTIGO 4 – A PACTUAÇÃO DE METAS COMO FERRAMENTA DE GESTÃO E ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA: O TERMO DE COMPROMISSOS (TERCOM) EM CURITIBA, BRASIL	69
	Resumo / Abstract	69
	Introdução	70
	Métodos	73
	Resultados	75
	Discussão	76
	Conclusão	80

Referências	82
Tabelas	85
6 ARTIGO 5 – PAGAMENTO POR DESEMPENHO COMO FERRAMENTA GERENCIAL NA ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM CURITIBA, BRASIL	89
Resumo	89
Introdução	89
Métodos	92
Resultados	93
Discussão	95
Referências	99
Tabelas	102
<i>Abstract</i>	107
<i>Introduction</i>	107
<i>Methods</i>	110
<i>Results</i>	111
<i>Discussion</i>	112
<i>References</i>	116
<i>Tables</i>	119
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	124
REFERÊNCIAS	126
ANEXO A – APROVAÇÃO DO CEP/PUCPR	128
ANEXO B – QUESTIONÁRIO APLICADO PELO BANCO MUNDIAL	130
ANEXO C – NORMAS EDITORIAIS DAS REVISTAS CIENTÍFICAS A SEREM SUBMETIDOS OS ARTIGOS CIENTÍFICOS	135

1 INTRODUÇÃO

A avaliação de desempenho nas ações e serviços de saúde tem recebido grande atenção nos últimos anos, com ênfase na garantia da qualidade da atenção e visando subsidiar decisões que gerem bons resultados na produção de serviços e impacto positivo na saúde (SZWARCOWALD; MENDONÇA; ANDRADE, 2006). É amplamente aceito que existe uma necessidade de desenvolver novos métodos para avaliar e melhorar a qualidade dos cuidados de saúde, havendo um interesse crescente entre os profissionais, gestores e tomadores de decisões sobre políticas de saúde a respeito do impacto que tais métodos poderiam ter sobre os sistemas de saúde (BENAVENT et al., 2009).

No Brasil, dentre as possíveis escolhas na gestão da saúde, algumas cidades com a incumbência de gestão plena do sistema de saúde iniciaram um processo de revisão dos planejamentos locais e dos protocolos assistenciais, que culminaram com a implantação de processo de contratualização de resultados, por meio de Contratos de Gestão. Este é o caso de Curitiba, no estado do Paraná.

A contratualização de resultados pode ser considerada uma nova forma administrativa de controle interno municipal e mobilizadora de processo contínuo de aperfeiçoamento e de mudança gerencial (GIACOMINI, 2009). A principal questão do modelo de contratualização é a definição de resultados por meio de indicadores e metas, no qual implica em processo permanente de avaliação e ajustes. Não se trata, portanto, de um contrato estanque, mas sim de uma pactuação, seguida de apresentação de resultados, análise e, se necessário, de repactuação (RIBEIRO, SCHLICHTING, 2009). Por isso, espera-se que a contratualização auxilie a reforçar ainda mais o papel estratégico do plano de governo, mediante o monitoramento e avaliação intensivos dos resultados e marcos pactuados (GIACOMINI; MARINI; AFONSO, 2009).

Desde 2002, na organização da atenção à saúde no município, foram estabelecidos contratos localmente designados como Termo de Compromissos (TERCOM). Estes são firmados anualmente, de forma ascendente, entre a equipe de saúde, o gestor da Unidade de Saúde e o gestor distrital, culminando com o gestor municipal que deve responder à população, em última instância. Têm como elementos constitutivos básicos os objetivos e metas decorrentes do Plano

Plurianual e da Agenda Municipal de Saúde, além de outros documentos que eventualmente constituam desdobramentos dos processos pactuados em Conferências de Saúde (locais, distritais, municipal), bem como na pactuação intergestores do SUS (MARTY, 2006).

Um dos componentes do TERCOM é o Plano Operacional Anual (POA) que é composto por indicadores e metas para cada nível institucional. Assim, quanto mais próximo do nível local maior é a desagregação da informação. Com isso, pretende-se mostrar o desenvolvimento das ações das equipes que desenvolvem a atenção primária em saúde. Dessa maneira, permite-se aos servidores locais pactuarem suas metas com base nos recursos disponíveis, capacidade operacional, séries históricas e sempre em conformidade com a população residente no território de abrangência. Procura-se estabelecer sempre os mecanismos de renegociação das metas, mediante justificativas (BRASIL, 2006; AZEVEDO, 2009).

O TERCOM também é composto por mecanismos de monitoramento, avaliação e um sistema de incentivos financeiros que recompensam o cumprimento de metas pactuadas e a qualidade das mesmas, denominado Programa de Incentivo ao Desenvolvimento da Qualidade (IDQ). Este incentivo é avaliado por meio de quatro planilhas: Avaliação individual (realizada pela chefia), Auto-avaliação, Avaliação da comunidade e Avaliação da Unidade (BRASIL, 2006; WORLD BANK, 2006). Esta política de remuneração está voltada para processos e resultados, por meio da avaliação periódica do desempenho das equipes locais no atendimento dos cidadãos-usuários (MARTY, 2006; DUCCI, 2007).

Para que o processo de gestão orientado por resultados ocorra nos municípios, os governantes devem criar mecanismos de aferição do desempenho, da satisfação dos usuários e de controle social, com incentivos profissionais vinculados a produtividade e eficiência que, articulados, configuram as condições indispensáveis para a responsabilização dos gestores públicos (FONTENELE, 2010).

A presente tese tem como objetivo principal descrever e discutir a percepção dos trabalhadores da saúde no município de Curitiba-PR, sobre o uso do Contrato Interno de Gestão/Termo de Compromisso (TERCOM) e o Programa de Incentivo ao Desenvolvimento da Qualidade (IDQ) como ferramentas na gestão e organização da atenção primária à saúde.

Como proposta organizativa da tese, os três primeiros artigos apresentados buscam aprofundar a problematização e estabelecer o marco teórico sobre o tema por meio de revisão narrativa da literatura, contextualizando temas como o processo de trabalho e gestão pública em saúde. Já os dois últimos artigos apresentados são produtos descritivo-analíticos gerados a partir de pesquisa empírica, utilizando a base de dados produzida originalmente pelo Banco Mundial sobre a gestão dos cuidados primários à saúde no município de Curitiba-PR.

2 ARTIGO 1 - A NOVA GESTÃO PÚBLICA E O SEU REFLEXO NO SETOR SAÚDE: O USO DO CONTRATO DE GESTÃO COMO FERRAMENTA DE REGULAÇÃO DO ESTADO ¹

THE NEW PUBLIC MANAGEMENT AND ITS EFFECT ON THE HEALTH SECTOR: THE USE OF MANAGEMENT CONTRACT AS A TOOL FOR STATE REGULATION

RESUMO: O objetivo desse artigo de revisão de literatura é apresentar e discutir o reflexo da política neoliberal na reforma do Aparelho do Estado no Brasil, e algumas de suas implicações no setor saúde, com foco na utilização do contrato de gestão, com base no paradigma do modelo gerencial que se hibridiza com ferramentas do mercado. Concluiu-se que há necessidade de reposicionamento do Poder Público no exercício pleno de funções e serviços de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) nessa Nova Gestão Pública. Quando esta capacidade estatal, circunstancialmente, for limitada, é importante que o Estado reconheça o seu papel e atue como regulador em todo o processo de avaliação e revisão dos contratos de gestão firmados com as Organizações Sociais e Fundações Estatais de Direito Privado.

Descritores: Administração Pública; Estado; Administração de Serviços de Saúde; Gestão em Saúde; Nova Administração Pública

ABSTRACT: The aim of this review article is to present and discuss the reflex of the neoliberal policy in the reformation of the State Apparatus in Brazil and some of the implications in the health sector, focusing on the use of the management contract, based upon the paradigm of model management which hybridizes with market tools. It was concluded that there is need for repositioning by the Public Power in order to apply thoroughly its functions and health services in the Unified Health System (SUS) in this New Public Management. When this state capacity will be circumstantially limited, it is important that the State recognizes its own role and acts as a regulator in the whole evaluating process, as well as in the review of the management contracts signed with the Social Organizations and State Foundations of Private Law.

Keywords: Public Administration; State; Health Services Administration; Health Management; Modernization of the Public Sector

¹ Artigo submetido à Revista de Administração em Saúde

INTRODUÇÃO

Em um mundo em rápida transformação, o reposicionamento de instituições públicas e privadas vem desencadeando nas últimas duas décadas um movimento político, econômico e jurídico que tem colocado em risco importantes conquistas sociais. Esse movimento, de cunho neoliberal, tem tido expressão nos países em desenvolvimento, como o Brasil, principalmente pela privatização de ativos, bem como de ações e serviços constitucionalmente de natureza pública, que estavam nas mãos do Estado. Encolhimento do Estado, gerencialismo, administração pública gerenciada, dentre outras novidades, dão nome a esses movimentos realizados pelo Estado brasileiro ¹.

Existe uma tendência internacional, nos debates sobre a modernização da administração pública, na revisão do papel do Estado a partir do postulado de que este não deve, necessariamente, fazer tudo por si mesmo, mas "contratar" e "regular" outros para execução dos serviços por meio da separação das macrofunções: financiamento, regulação e prestação de serviços ².

Muitos países como Chile, Portugal, França e Inglaterra vêm defendendo e pondo em prática essa nova concepção de Estado, que segundo Rollo ³ caracteriza o Estado-empresário, que tem como características: concorrência entre os serviços públicos, ênfase em objetivos e resultados gerenciais maiores que em suas finalidades sociais, captação de recursos na sociedade, obsessão pela eficiência em detrimento da efetividade de suas ações, transformação dos cidadãos portadores de direitos em consumidores, e descentralização do poder segundo a lógica de mercado, além das privatizações de funções tipicamente do Estado.

Bresser Pereira ⁴ defende que o desenvolvimento econômico é possível somente quando o Estado-nação pode contar com um Estado eficiente. Os empreendedores privados farão a maior parte do investimento que a sociedade necessita, mas um Estado competente

será crucial na criação das condições institucionais e econômicas de acumulação de capital e de crescimento.

Um dos objetivos da reforma do Estado é transformar o “Estado prestador de serviço” em “Estado subsidiário”. Na base da reforma do aparelho do Estado está o princípio da subsidiariedade, que estrutura-se sobre duas idéias básicas ⁵:

1. A de respeito aos direitos individuais, que traz como consequência o respeito à liberdade de iniciativa; com isso, privilegia-se a iniciativa do particular, só devendo o Estado atuar nas áreas em que a atuação privada seja deficiente; nesse sentido, o princípio da subsidiariedade limita a ação do Estado;
2. A de incentivo e ajuda à iniciativa privada, significando que, embora o Estado deva respeitar a liberdade individual, também deve incentivar e ajudar os particulares quando esses não tenham condições de se desenvolver sozinhos.

De acordo com Robles e Fischmann ⁶, o processo de reposicionamento do Estado na economia de vários países tem se apresentado segundo três vertentes básicas: privatização e/ou desestatização, desregulamentação e reestruturação das empresas estatais. Nesse último aspecto, ganha relevância a discussão sobre a implantação do Contrato de Gestão, uma ferramenta de gestão pública de empresas e setores governamentais.

O objetivo desse artigo de revisão de literatura é de apresentar e discutir o reflexo da política neoliberal na reforma do Aparelho do Estado no Brasil e sua implicação no setor saúde, bem como a utilização do contrato de gestão nessa forma de gestão pública.

A REFORMA DO APARELHO DO ESTADO NO BRASIL

No Brasil, os objetivos fundamentais da reforma processada ao longo dos anos 1990 foram expressos no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, elaborado pelo extinto Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE) no primeiro governo de Fernando

Henrique Cardoso (1994-1998), aprovado pela Câmara da Reforma do Estado, em 21 de setembro de 1995 ^{1, 5, 7, 8}.

Esse governo partia do princípio de que as Funções do Estado deveriam ser de coordenar e financiar as políticas públicas e não de executá-las. Defendia que “nem tudo que é público é estatal”, afirmando que seria necessário socializar com a iniciativa privada a responsabilidade de diminuir as mazelas provocadas pelo mercado. Avaliava ainda, que “*se o Estado não deixar de ser produtor de serviços, ainda que na área de políticas públicas sociais, para ser agente estimulador, coordenador e financiador, ele não irá recuperar a poupança pública*” ⁹. Àquele modelo de gestão do Estado, chamou-se de “administração gerenciada”. Essa reforma gerencial tinha como objetivos explícitos melhorar a eficiência do Estado e a qualidade dos serviços públicos ¹⁰.

Em seu Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, o Governo Federal concebeu o Estado com quatro setores importantes ⁹:

a) Núcleo Estratégico: com a concepção de que o único papel do Estado era o de preparar, definir e fazer cumprir as leis, e estabelecer relações diplomáticas, além da defesa do território. O Estado deveria ter controle absoluto sobre estes setores que deveriam ter administração centralizada e verticalizada e de propriedade estatal. Eram eles: Poderes Legislativo e Judiciário; Ministério Público; Poder Executivo: Presidente da República, Ministros, auxiliares e assessores diretos, responsáveis pelo planejamento e formulação das políticas públicas.

b) Serviços Monopolistas de Estado (atividades exclusivas do Estado): eram assim chamados aqueles serviços, cujo principal usuário é o próprio Estado. Não são atividades lucrativas e, por isto, o Governo defendia mantê-los com o Estado, na forma de propriedade estatal, embora, para estes serviços defendesse o que chamou de “modelo de gestão gerencial”, como

as “agências autônomas”, “serviços sociais autônomos”, com o objetivo de assegurar-lhes a flexibilização das relações de trabalho e dos controles da sociedade sobre as políticas públicas.

c) Serviços Sociais Competitivos: para este setor, o Governo propôs a livre disputa de mercado entre as instituições privadas, com o objetivo de promover a eficiência e menor custo dos serviços sociais oferecidos pelas instituições privadas. Transmitia, com isto, a ideia do combate ao desperdício na administração pública, *a priori* ineficiente. Esses serviços eram: Educação, Saúde, Cultura, Produção de Ciência e Tecnologia. Para esses setores, propôs a estruturação das Organizações Sociais (OS), que seriam entidades de direito privado, sem fins lucrativos, que deveriam manter “Contratos de Gestão” com o Governo Federal, o qual entraria no referido contrato com patrimônio (instalações/equipamentos), pessoal, recursos orçamentários e, em contrapartida, a entidade se responsabilizaria por um nível de atendimento da demanda social, podendo vender serviços conforme sua capacidade. Neste caso, a propriedade seria de natureza “pública não-estatal”. O Governo defendia que o Estado não deveria assumir novos serviços e que os mesmos deveriam ser ampliados, quando necessários, por meio das Organizações Sociais (OS).

d) Setor de Produção de Bens e Serviços para o Mercado: Seriam aqueles constituídos, na época, por empresas públicas que garantiam acesso da população a bens e serviços de infraestrutura. O Governo entendia que deveriam ser transferidas para empresas lucrativas (para o mercado). Para este setor, o Governo defendia a propriedade privada, com sistema de regulação por meio de agências. O Governo entendia que, sendo atividades empresariais, deveriam ser transferidas integralmente para a iniciativa privada. Por exemplo: serviços de água, luz, correios, bancos, energia e pesquisas, dentre outros.

O propósito dessa reforma administrativa consistia na transformação de uma administração burocrática, que estava fundamentada em controles formais de processos administrativos e gerenciais, em uma administração gerencial baseada na descentralização administrativa e no controle sistemático de resultados ¹¹.

Vale ressaltar que as instituições públicas remanescentes do Processo de Reforma do Estado também foram influenciadas pela disseminação de concepções neoliberais, calcadas nas noções de estado mínimo e gestão por resultados, que cada vez mais aparentariam aderirem à lógica de mercado, concebendo o cidadão como cliente e adotando novas políticas e práticas de gestão, conforme disseminadas na esfera privada ¹².

Para isso, em 1995, o Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE) elaborou anteprojeto de lei, no qual foi promulgada em 1998 a Lei n.º 9637 de 15 de maio, que dispõe sobre a qualificação de entidades como OS. Estas foram concebidas no Brasil como instrumento de viabilização e implementação de Políticas Públicas, conforme entendidas no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado ⁹. As posições defendidas por esse movimento creditavam papel de destaque para as instituições não estatais no desenvolvimento social. Contudo, defendiam que o Estado acompanhasse o processo de realizar as parcerias com instituições não estatais, mediante incentivos, coordenação e capacidade de regulação do público e privado na produção de bens e serviços para a população ¹³.

O Governo pretendia garantir um meio para reduzir órgãos e retirar competências da administração pública direta (programas, ações e atividades) e indireta (autarquias, fundações, sociedades de economia mista e empresas públicas) e, além disto, garantir a transferência de seu ativo ao setor privado. No caso da Saúde, a Lei ressalvou que *“a organização social que absorver atividades de entidade federal extinta no âmbito da área de saúde deverá considerar no contrato de gestão, quanto ao atendimento da comunidade, os princípios do*

Sistema Único de Saúde, expressos no art. 198 da Constituição Federal e no art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990”¹⁴.

A justificação do Governo, entre outras, era de que as “atividades não exclusivas de Estado” (termos e conceitos tomados de uma proposta de governo e não da Lei) podem ser transferidas à iniciativa privada, sem fins lucrativos, sob o argumento de parceria e modernização do Estado, porque esta transferência resultaria em melhores serviços à comunidade; maior autonomia gerencial; maiores responsabilidades para os dirigentes desses serviços; aumento da eficiência e da qualidade dos serviços; melhor atendimento ao cidadão e menor custo. Além disso, o governo entendia que o Estado havia desviado de suas funções básicas para atuar no “setor produtivo”, o que teria gerado a deterioração dos serviços públicos e aumentado a inflação⁹.

Reafirmando este movimento reformista de cunho neoliberal, em 1999 a Lei Federal nº. 9.790, de 23 de março, instituiu as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), na esfera Federal de Governo. Esta Lei propõe a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, e institui e disciplina o Termo de Parceria, tal como o Contrato de Gestão firmado entre o Poder Público e a entidade qualificada como Organização Social¹⁵.

No caso das OSCIP, a prestação de serviços públicos é transferida para as Organizações Não-Governamentais (ONG), cooperativas e associações da sociedade civil de modo geral, por meio de “parcerias”. Este é caminho certo para que, em curto prazo, não sejam mais criadas ou mantidas entidades na esfera pública, destinadas a prestação de serviços ou execução de atividades em diversas áreas. O Estado, enquanto tal, deixaria de estruturar-se, utilizando-se de uma forma contratual para atribuir, a entidades do setor privado, pré-existentes e que satisfaçam os requisitos firmados nessa norma legal, a prestação de serviços à sociedade¹⁶.

O Projeto de Lei Complementar 92/2007, apresentado ao Congresso Nacional, pelo Poder Executivo, em 13/07/2007, propõe regulamentar o inciso XIX do art. 37 da Constituição Federal, parte final, para definir as áreas de atuação de fundações instituídas pelo poder público. Propõe que, mediante lei específica, poderá ser instituída ou autorizada a instituição de fundação sem fins lucrativos, integrante da administração pública indireta, com personalidade jurídica de direito público ou privado, para o desempenho de atividade estatal que não seja exclusiva do Estado, nas seguintes áreas: saúde, incluindo os hospitais universitários⁹.

Segundo documento publicado em conjunto pelos Ministérios da Saúde e do Planejamento, Orçamento e Gestão, a proposta de criação da fundação estatal não é exclusiva para hospitais ou mesmo apenas para a área de saúde. Pode ser criada para o exercício de funções públicas em que não seja necessário o uso do poder de polícia do Estado, ou seja, o poder de conceder e de restringir direitos dos cidadãos¹⁷.

No entanto, segundo Machado¹⁸, os seguintes pontos foram considerados indispensáveis ao projeto de fundação estatal no setor saúde pelos participantes do 1º Seminário Nacional de Modalidades de Gestão no SUS promovido pelo Conselho Nacional de Saúde durante a 13ª Conferência Nacional de Saúde, realizada no período de 14 a 18 de novembro de 2007:

- 1) Seja estatal e fortaleça o papel do Estado na prestação de serviços de saúde;
- 2) Seja 100% SUS, com financiamento exclusivamente público e operando com uma única porta de entrada;
- 3) Assegure autonomia de gestão para a equipe dirigente dos serviços, acompanhada pela sua responsabilização pelo desempenho desses, com o aperfeiçoamento dos mecanismos de prestação de contas;

- 4) Assegure a autonomia dos gestores do SUS de cada esfera de governo em relação à gestão plena dos respectivos fundos de saúde e das redes de serviços;
- 5) A ocupação dos cargos diretivos ocorra segundo critérios técnicos, mediante o estabelecimento de exigências para o exercício dessas funções gerenciais;
- 6) Envolve o estabelecimento de um termo de relação entre as instâncias gestoras do SUS e os serviços de saúde, no qual estejam fixados os compromissos e deveres entre essas partes, dando transparência sobre os valores financeiros transferidos e os objetivos e metas a serem alcançados, em termos da cobertura, da qualidade da atenção, da inovação organizacional e da integração no SUS, em conformidade com as diretrizes do Pacto de Gestão;
- 7) Empregue um modelo de financiamento global, que supere as limitações e distorções do pagamento por procedimento;
- 8) Aprofunde o processo de controle social do SUS no âmbito da gestão dos serviços de saúde;
- 9) Institua processos de gestão participativa nas instituições e serviços públicos de saúde;
- 10) Enfrente os dilemas das relações público-privado que incidem no financiamento, nas relações de trabalho, na organização, na gestão e na prestação de serviços de saúde;
- 11) Garanta a valorização do trabalho em saúde por meio da democratização das relações de trabalho de acordo com as diretrizes da Mesa Nacional de Negociação do SUS;
- 12) Coadune-se com as demais políticas e iniciativas de fortalecimento do SUS.

CONTRATOS DE GESTÃO: UM NOVO ARRANJO PARA AS FUNÇÕES DO ESTADO

Segundo Robles e Fischmann ⁶ e André ¹⁹ os contratos de gestão surgiram na França, com os nomes de contrato de programa, contrato de plano e contrato de serviços. Os dois

primeiros se aplicavam a empresas estatais e de economia mista (desde 1969) e o terceiro a “centros de responsabilidade”, entidades da administração direta do Estado (desde 1990).

A contratualização de resultados vem sendo apontada como uma das características desse novo Estado, por meio de arranjos contratuais ou quase-contratuais com entidades públicas (estatais ou não-estatais) orientadas por missões, organizações sem fins lucrativos ou mesmo prestadores privados de serviços que vêm sendo submetidos a novas formas de controle e responsabilização, perante as entidades responsáveis pela formulação das políticas públicas^{20, 21}. A contratualização de resultados é também apontada como uma das principais estratégias da Nova Gestão Pública, dentre as que mais são aclamadas por seus protagonistas nos chamados “choques de gestão”, visando mudanças substantivas na qualidade dos serviços públicos²². Choques de gestão têm sido apontados como um conjunto de medidas de rápido impacto, orientado para o ajuste estrutural das contas públicas e iniciativas voltadas para a geração de um novo padrão de desenvolvimento, mais moderno e dinâmico, tendo a inovação da gestão como elemento de sustentabilidade^{12, 23}.

Nessa lógica, os contratos de gestão são instrumentos de implantação de uma administração por objetivos/resultados no setor público, com o propósito declarado de alcançar a qualidade de serviços e a eficiência das organizações. Esses contratos são compromissos gerenciais entre o governo e a diretoria de uma empresa ou setor estatal, com desdobramentos para suas equipes operativas, com objetivos e metas empresariais periodicamente monitoradas, cuja supervisão é realizada pelo Estado⁷.

Segundo André¹⁹, o contrato de gestão é um instrumento que tem o propósito de induzir mudanças culturais que façam com que o Estado e cada uma das entidades de interesse social dele dependentes ou a ele vinculadas construam e mantenham níveis elevados de: a) Efetividade: atingindo os resultados sociais aspirados pela sociedade, inclusive oferecendo-lhe serviços de interesse social compatíveis com suas necessidades em extensão,

qualidade e preços; b) Eficácia: comprometendo-se política e institucionalmente com um competente planejamento e com o cumprimento responsável da sua execução; c) Eficiência: usando com economia, zelo e dedicação os bens e os recursos públicos.

O Projeto de Reforma do Aparelho do Estado propôs uma administração por objetivos regida por contratos de gestão, concebidos como estratégia de enfrentamento da incapacidade do Estado em promover atividades em áreas essenciais para a sociedade, como as de saúde, educação, pesquisa científica e desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação do meio ambiente e cultura ¹⁹.

Di Pietro ⁵ destaca três características dos contrato de gestão:

1. Definição das metas a que se obriga o órgão ou entidade que firmar o contrato com o poder público. Essas metas são fixadas objetivamente e, se possível, com rigor matemático, e não com o emprego de conceitos indeterminados, como o de interesse público;
2. Outorga maior autonomia ao órgão ou entidade. Essa autonomia será administrativa, financeira e orçamentária, pois sem isso será impossível atingir as metas previstas no contrato;
3. Controle de resultados: segundo o plano diretor, para a administração gerencial não interessam os meios, mas os fins; afirmação que deve ser aceita com cautela, tendo em vista a necessidade de observar o princípio da legalidade. Perante o Direito positivo, os fins não justificam o emprego de quaisquer meios, mas apenas daqueles admitidos pelo Direito.

Já, de acordo com Araujo ²⁴ o contrato de gestão tem que necessariamente incluir: metas, meios, controle e incentivos. Metas bem definidas servem para orientar a ação de gestão. Os meios criam condições para o alcance de metas. O controle permite acompanhar os

processos, a alocação de recursos, avaliar a implantação das ações. Os incentivos constituem os elementos mobilizadores do comportamento humano em direção às metas.

No Brasil, recentemente, os contratos de gestão passaram a ser celebrados com a Administração Direta, portanto, com entes sem personalidade jurídica própria; são os chamados centros de responsabilidade que se comprometem, por meio do contrato de gestão, a atingir determinados objetivos institucionais, fixados em consonância com programa de qualidade proposto pelo órgão interessado e aprovado pela autoridade competente, em troca de maior autonomia de gestão ²⁵. A ideia embutida no contrato de gestão, em relação às empresas estatais e aos centros de responsabilidade, é a de fixar compromissos bilaterais: a) para a empresa ou órgão, o de cumprir determinados objetivos fixados em planos nacionais ou em programas pré-definidos pelas partes; b) para a Administração Pública, o de flexibilizar os meios de controle sobre a entidade, conferindo-lhe maior grau de autonomia na gestão das ações ²⁵.

Para alguns autores ^{7, 19}, com viés crítico ao desempenho genérico das organizações estatais, estas ainda não estão preparadas para a administração por objetivos e contratos de gestão, faltando vontade política dos governantes em implantar uma administração pública coerente com a execução dos objetivos e metas compromissados. A estrutura é inadequada e as competências técnicas são insuficientes. Salientam que as experiências internacionais em contratos de gestão nas empresas públicas têm evidenciado que as grandes dificuldades de implantação decorrem principalmente das deficiências dos governos supervisores desses contratos, mais do que das empresas supervisionadas. De acordo com Robles e Fischmann ⁶, o processo de implantação dos Contratos de Gestão constitui-se numa forma de aprendizado mútuo do governo e das empresas estatais, de modo a se adequarem suas práticas e procedimentos e exercitarem-se condições de negociação e o conhecimento de condicionantes existentes para ambas as partes.

Entretanto, Tibério et al.²⁶ defendem que a introdução do instrumento de contrato de gestão na lógica da administração pública constitui a maior contribuição do modelo gerenciado por OS e OSCIP, tendo em vista a consolidação da gestão por resultados como abordagem tipicamente marcada pela busca por eficácia e eficiência na construção de políticas públicas. O contrato de gestão pode ser considerado, ainda, um instrumento que permitiu uma importante mudança de paradigma da atuação estatal junto à sociedade, pois possibilitou o fortalecimento do papel regulador e gerenciador de políticas públicas exercido pelo Estado.

O SETOR SAÚDE NO BRASIL SOB O MODELO GERENCIAL DO ESTADO NEOLIBERAL

O Sistema Único de Saúde, sob ponto de vista jurídico, deveria ser operado por meio de uma rede predominantemente pública de serviços. A contratação de serviços de iniciativa privada deveria ser pontual e temporária, apenas para suprir deficiências transitórias da administração pública^{27, 28}.

Por isso, a prestação de cuidados de saúde é, essencialmente, um serviço público, no sentido mais simples e objetivo de ser uma atividade de interesse do público, já que a todos interessa, num ou noutro momento da vida, valer-se de tais cuidados. Por ser um serviço, aí implicadas as dimensões de produção e utilização efetiva, pode-se dizer que sua realização é uma função que envolve múltiplos interesses, onde destacam-se, de um lado, aqueles das diferentes expressões de necessidade e demandas de usuários e, de outro, por ser um serviço complexo cuja oferta resulta da atuação de múltiplos agentes, representada pelos profissionais e pelos gestores dos serviços²⁹.

Os serviços de saúde pública, bem como o seu sistema de gestão, se realizados com responsabilidade pública, jamais dispensaram a necessidade do foco na eficiência e na

efetividade do uso dos recursos. O que se verifica na prática, é que os métodos modernos de gestão, sob o rótulo de “*new public managent*” correspondem astuciosamente, com retórica sedutora, a implantar modelos substitutivos à lógica do Estado pela lógica do mercado ³⁰.

Segundo Dal Poz et al. ³¹, as propostas de reforma setorial na saúde estão principalmente centradas na otimização de recursos, cada vez mais escassos num contexto de crise econômica e fiscal. Observa-se em situação antagônica o aumento de demanda por serviços de saúde, que ostentam custos crescentes, e a justa reivindicação da sociedade que deseja utilizar estes bens, de forma oportuna e com qualidade.

O recente desenvolvimento de formas alternativas na relação entre os setores público e privado, como é o caso da área de saúde no Brasil, tem entre um dos objetivos a melhoria da eficiência e da efetividade das ações, ou seja, do alcance de metas pré-estabelecidas para o setor, com racionalização de recursos, gerando impacto dos resultados sobre a população ^{8, 32}. Nesta vertente, o contrato de gestão concederia autonomia ao agente, no tocante à administração dos recursos, desde que este se comprometa a cumprir determinadas metas quantitativas e qualitativas, expressas em contrato. Nesse caso, o agente da saúde pode ser tanto privado como público. O caráter público da saúde é dado pelo financiamento e pelo controle da sociedade na determinação das metas ³³.

A primeira experiência neste sentido, no Brasil, na área da saúde, ocorreu com a Fundação das Pioneiras Sociais, de âmbito federal, pois foi à única entidade não empresarial que, desde 1991, sustenta a prática de contratos de gestão. Por meio dos hospitais Sarah Kubitschek, atua no atendimento médico-social, na área ortopédico-traumatológica reabilitacional. A entidade estatal foi extinta em 1991 e suas funções transferidas a uma fundação de direito privado, liberando-se das chamadas “amarras” do estrito sistema de controles, imposto pela Constituição de 1988, agravado com a adoção do regime jurídico único na administração do pessoal. A autonomia da política de pessoal se ampliou,

acompanhando o conceito de flexibilização produtiva (controle de custo de mão de obra, alteração de legislação trabalhista, terceirização) e o regime empregatício tornou-se misto: funcionalismo público, pago diretamente Ministério da Saúde, e regime baseado na Consolidação das Leis do Trabalho para os novos contratados. Neste caso, em particular, ressalta-se que seus serviços são gratuitos, de atendimento universal e têm sido considerados de boa qualidade pelos usuários ¹⁹.

No Brasil, as primeiras OS no setor saúde surgiram no estado de São Paulo, em 1997, onde essa forma de gestão se proliferou. Em pouco tempo, já estavam qualificadas pelo ente federativo nove entidades como OS na área da saúde, que eram responsáveis por 16 hospitais ³⁴. Contudo, Silva et al. ³⁵ comenta que o contrato de gestão não levou a uma supervisão mais eficaz do seu desempenho pelo Estado. Os objetivos e as metas do contrato de gestão foram inadequadamente concebidos para permitir a avaliação do desempenho de vários agentes e não permitem a avaliação da eficiência econômica do uso de recursos.

Em outra linha de pensamento, Bresser Pereira ³⁶ defende que o Estado deve ter papel regulador no setor saúde, pois tem o dever constitucional de garantir a saúde pública gratuita e universal a todos. Mas ele não tem as verbas necessárias para isso – ou porque os cidadãos não têm tantos recursos quanto o desejável ou porque não estão dispostos a pagar mais impostos. Por isso, a responsabilidade direta do Estado é criar as políticas públicas e, tendo como responsabilidade derivada, financiar os gastos. Segundo o mesmo autor, o Estado pode comprar em vez de fazer diretamente. É impossível ter um sistema de saúde eficiente e relativamente barato – com qualidade muito boa, mas com o menor custo possível – sem ter um sistema competitivo e administrado por organizações do terceiro setor.

No Brasil, o Plano Diretor de Reforma do Aparelho de Estado proposto por Bresser Pereira mirava em mudanças da Constituição, concentrando-se sobre o Capítulo da Administração Pública; das Políticas Sociais, principalmente, sobre a Seguridade Social

(Previdência, Saúde e Assistência Social). As diretrizes do Plano Diretor para o setor saúde eram: a) A contenção de gastos públicos e a flexibilização dos procedimentos de compras e contratações, especialmente da força o trabalho; b) A focalização de políticas, em detrimento das políticas universais (custo-efetividade); c) A reorientação dos recursos públicos para o Setor Privado; d) O controle do “corporativismo” - combate à organização (social e sindical especialmente); e) A “descentralização” do Estado (terceirização e privatização) e o incentivo a mecanismos de competição. Também foi proposta de alteração constitucional na área da Saúde, por meio da Proposta de Emenda Constitucional (PEC 32/1995), que pretendia acabar com a universalidade do SUS. Graças a uma grande mobilização nacional em defesa do SUS, esta PEC 32 acabou sendo retirada pelo Governo ⁹.

Segundo Rezende ⁹ a Política de Administração Pública é um instrumento fundamental para a gestão do SUS. Dependendo de como o Governo pretende administrar esta política, os equipamentos e os trabalhadores públicos, haverá sempre repercussões pró ou contra a universalização e a integralidade das políticas públicas de um modo geral, principalmente para a Saúde, porque o SUS foi instituído, não apenas como um novo modelo de atenção à saúde, mas enquanto um modelo de gestão do Estado, federalizado, descentralizado, com comando único em cada esfera de governo e com pactuação da política entre as mesmas, com financiamento tripartite, com participação da comunidade e com controle social, dentre outros.

O momento atual da gestão pública de Saúde no Brasil traz a discussão sobre as Fundações Estatais de Direito Privado. Seria uma proposta do Governo Federal de criação de nova forma jurídico-institucional no seio da administração pública indireta, para atender às necessidades de flexibilidade e agilidade das áreas do Estado que executam atividades de natureza não exclusiva, ou seja, onde não é necessário o uso do poder de autoridade, tais como saúde, educação, tecnologia, cultura, esporte, turismo, dentre outras ³².

O modelo das OS, OSCIP e Fundações Estatais de Direito Privado vem recebendo reiteradas críticas do Ministério Público e do Tribunal de Contas da União. A própria Constituição Brasileira coloca a participação dos serviços privados como sendo estritamente complementar a rede pública ²⁷.

Segundo André ¹⁹, a saúde apresenta exemplos claros de insucessos, pois a terceirização dos serviços públicos de saúde, quando mal concebida e mal fiscalizada, tem sido onerosa para a população mais desprotegida, como no caso do Plano de Atendimento à Saúde (PAS), criado na década de 1990 pela Prefeitura de São Paulo, de altos custos e desrespeito à equidade e à universalidade no atendimento. Segundo Narvai e São Pedro ³⁷, a estratégia do PAS foi de transferir para a iniciativa privada a gestão dos serviços de saúde no município, no qual as Organizações Sociais eram remuneradas por usuários em potencial (número calculado com base na população de determinada localidade), independentemente se prestavam ou não os serviços à população, bem como também ignoravam a participação social (controle público) na gestão em saúde. Em 2000, após a constatação de diversas irregularidades como política pública de saúde, o PAS havia se transformado em símbolo de incompetência, descrédito e corrupção no setor saúde.

Outro ponto importante identificado nas OS e OSCIP refere-se que na administração pública gerencial se estabelece contrato de trabalho seguindo a mesma lógica das empresas privadas, nas quais predominam a eficiência e a competência técnico-administrativa, facilitando a precarização de vínculos e regimes de trabalho, a demissão ou afastamento daqueles que não atendem aos critérios de produtividade e qualidade estabelecida pelo serviço, podendo assim afetar no atendimento aos usuários ^{8,13}.

Por outro lado, a experiência do estado de São Paulo com as OS que atuam na gestão hospitalar a partir de 1998, merece maior debate. Segundo Sano e Abrúcio ³⁴, o sucesso das OS tem a ver basicamente com três fatores. Primeiro, a flexibilização administrativa

favoreceu um melhor gerenciamento. Segundo, a adoção dos contratos de gestão aumentou a capacidade de planejar e executar a avaliação das metas. Por fim, o estado de São Paulo criou um núcleo burocrático dentro da Secretaria Estadual de Saúde que foi capaz de regular, monitorar, avaliar e, eventualmente, mudar o rumo do processo de contratualização. Entretanto, Tibério et al.²⁶ comentam que pode ser questionada a maior flexibilidade administrativa no modelo de OS no estado de São Paulo, tendo em vista que as limitações ao empenho do orçamento com recursos humanos associadas ao estabelecimento de metas e resultados no contrato de gestão permitem pouca flexibilidade administrativa. Contudo, apontam como benefício a maior flexibilidade em relação às compras, que de certa forma amplia a capacidade de resposta da organização às mudanças nas demandas em saúde.

Também recentemente, o Banco Mundial realizou uma análise extensiva sobre as OS e a conclusão foi de que a experiência é totalmente exitosa e que o estado aprendeu a controlar o privado³⁸. Para alguns autores, o velho axioma de que vontade política é um ingrediente fundamental da equação pública continua ativo e operante¹.

Entretanto, a deliberação do Conselho Nacional de Saúde nº. 001 de 10 de março de 2005, é do seguinte teor: Posicionar-se contrariamente à terceirização da gerência e da gestão de serviços e de pessoal do setor saúde, assim como, a administração gerenciada de ações e serviços, a exemplo das Organizações Sociais (OS), das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) ou outros mecanismos com objetivo idêntico, e ainda, a toda e qualquer iniciativa que atente contra os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). O Conselho Nacional de Saúde recusou a proposta de Fundação Estatal para o Sistema Único de Saúde, em sua 174ª Reunião, de 13 de junho de 2007⁹.

Segundo Alcântara³⁹ aprimorar a administração pública não é tarefa fácil. Não se faz apenas com boa vontade, novas leis ou criação de novas estruturas. Uma maior flexibilidade, agilidade e uma preocupação com eficiência e resultados são muito bem-vindos na

administração pública. O aprimoramento ocorrerá efetivamente se desenvolver uma nova cultura na organização pública na qual estejam valores como: transparência, controle e participação por parte do cidadão, e informação acessível e de qualidade para a população. A busca por resultados, com metas e prazos claros e mensuráveis, também é importante desde que efetivamente tenham impacto positivo para a sociedade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Há necessidade da retomada do Poder Público no exercício de funções e serviços de saúde no SUS, bem como deve ser ressaltado que, quando isso não for possível, é importante que o Estado reconheça o seu papel e atue como regulador no processo de avaliação e revisão dos contratos de gestão, pois como visto com a experiência do PAS no município de São Paulo, não é somente com vontade política que os novos modelos de gestão público-privado (OS, OSCIP e Fundações Estatais de Direito Privado) conseguiram garantir atendimento de qualidade aos usuários.

Também é imprescindível que a fiscalização das OS e Fundações Estatais de Direito Privado, enquanto existirem e tiverem sua atuação na saúde pública estimulada por governos, não fique sob responsabilidade exclusiva destes governantes, mas é importante que esse processo seja transparente e garanta a participação efetiva do Controle Social desde o estabelecimento da parceria até o acompanhamento das ações desenvolvidas por essas entidades, para que os princípios doutrinários e organizativos do SUS sejam garantidos e respeitados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ibañez N, Vecina Neto G. Modelos de gestão e o SUS. Cien Saude Col 2007;12(sup.1): 1831-40.

2. Costa e Silva V. O processo de implantação do Sistema Integrado de Serviços de Saúde em Vitória-ES: contribuição à discussão da integralidade na atenção à saúde [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2004.
3. Rollo AA. É possível valorizar o trabalho na saúde num mundo globalizado? In: Santos Filho SB, Barros MEB. Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Ed. Unijuí, 2007. p. 19-59.
4. Bresser Pereira LC. O modelo estrutural de gerência pública. RAP 2008;42(2):391-410.
5. Di Pietro MSZ. As novas regras para os servidores públicos. Cad. Fundap 2001;22:27-39.
6. Robles LT, Fischmann AA. Contratos de gestão no estado de São Paulo: o caso das empresas estatais não-financeiras. RAE 1995; 35(4):52-64.
7. André AM. Contrato de gestão: contradições e caminhos da administração pública. RAE 1995; 35(3):6-13.
8. Barbosa NB, Elias PEM. As organizações sociais de saúde como forma de gestão público/privado. Cien Saude Col 2010;15(5):2483-2495.
9. Rezende CAP. O modelo de gestão do SUS e as ameaças do projeto neoliberal. In: Bravo, MIS, Pereira DS, Menezes JSB, Oliveira MMN (Orgs). Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrj-SSind, 2008. p. 25-35.
10. Barbosa NB. Regulação do trabalho no contexto das novas relações público versus privado na saúde. Cien Saude Col 2010; 15(5):2497-2506.
11. Batista MAC, Maldonado JMSV. O papel do comprador no processo de compras em instituições públicas de ciência e tecnologia em saúde (C&T/S). RAP 2008; 42(4):681-99.

12. Oliveira FB, Sant'Anna AS, Vaz SL. Liderança no contexto da nova administração pública: uma análise sob a perspectiva de gestores públicos de Minas Gerais e Rio de Janeiro. RAP 2010; 44(6):1453-75.
13. Carneiro Júnior N, Elias PE. Contrato público e equidade no acesso a hospital sob gestão pública não estatal. Rev Saúde Pública 2006; 40(5):914-20.
14. Brasil. Lei nº. 9.637. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 25 maio 1998.
15. Brasil. Lei nº. 9.790. Dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, institui e disciplina o Termo de Parceria, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 24 mar. 1999.
16. Santos LA. Agencificação, publicização, contratualização e controle social: possibilidade no âmbito da reforma do aparelho do Estado. Brasília: Departamento Intersindical de Assessoria Parlamentar (DIAP), 2000.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Fundação Estatal: metas, gestão profissional e direitos preservados. Brasília: MS, 2007.
18. Machado K. Fundações estatais de direito privado: projeto avança no Congresso e nos estados. Radis: comunicação em saúde 2009;79:14-19.
19. André AM A efetividade dos contratos de gestão na reforma do estado. RAP 1999; 39(3):42-52.
20. Pacheco RS. Mensuração de desempenho no setor público: os termos do debate. Cad Gestão Pública e Cidadania 2009;14(55):149-161.

21. Leite JDBL, Souza HF, Nascimento ECV. Contratualização na Saúde: proposta de um Contrato Único para os programas no Estado de Minas Gerais. RAS 2010; 12(46):15-22.
22. Jann W, Reichard C. Melhores práticas na modernização do Estado. Rev Serv Publico 2002;53(3):31-50.
23. Peci A, Figale J, Oliveira F, Barragat A, Souza C. Oscips e termos de parceria com a sociedade civil: um olhar sobre o modelo de gestão por resultados do governo de Minas Gerais. RAP 2008;42(6):1137-62.
24. Araújo MAD. Responsabilização pelo controle de resultados no Sistema Único de Saúde no Brasil. Rev Panam Salud Publica 2010; 27(3):230-236.
25. Di Pietro MSZ. Contratos de gestão. Contratualização do controle administrativo sobre a administração pública e sobre as organizações sociais. Rev Procur Geral Estado Sao Paulo 1996; 2:173-194.
26. Tibério AA, Souza EM, Sarti FM. Considerações sobre avaliação de estabelecimentos de saúde sob gestão de OSS: o caso do Hospital Geral do Grajaú, Saude Soc 2010; 19(3):557-568.
27. Weichert MA. Fundação estatal no serviço público de saúde: inconsistências e inconstitucionalidades. Rev Direito Sanit 2009;10(1):81-97.
28. Cerchiari GSF, Erdmann RH. Sistema de informações para acompanhamento, controle e auditoria em saúde pública. RAP 2008;42(5):925-48.
29. Santana JP. A gestão do trabalho nos estabelecimentos de saúde: elementos para uma proposta. In: Santana JP, Castro, JL. Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde CADRHU. Natal: EDUFRN, 1999. p. 387-400.
30. André AM, Ciampone MHT. Desafios para a gestão de unidades básicas de saúde. RAS 2007; 9(34): 16-21.

31. Dal Poz MR, Pierantoni CR, Varella TC. Produtividade e desempenho dos recursos humanos nos serviços de Saúde. Washington: OPAS, 1997. 22 p.
32. El-Warrak LO. A contratualização no âmbito da gestão pública da saúde: a experiência da área de planejamento 4 do município do Rio de Janeiro. [Dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 2008.
33. Medici AC, Marques RM. Sistema de custos como instrumento de eficiência e qualidade dos serviços de saúde. Cad. Fundap 1996; 16(19):47-59.
34. Sano H, Abrúcio FL. Promessas e resultados do Nova Gestão Pública no Brasil: o caso das Organizações Sociais de Saúde em São Paulo. RAE 2008;48(3):64-80.
35. Silva MLMF, Lima PDB, Salgado VAB. Os contratos de gestão na estratégia da reforma do aparelho do Estado. Brasília: ENAP/UFBA, 1996.
36. Bresser Pereira LC. Regular ou gerenciar? Eis a questão. Rev Ser Médico 2004; 37:1-8.
37. Narvai PC, São Pedro PF. Práticas de Saúde Pública. In: Rocha AA, Cesar CLG. Saúde pública: bases conceituais. São Paulo: Atheneu, 2008. p. 269-295.
38. 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.
39. Alcântara CM. O modelo gerencial: organizações públicas não-estatais e o princípio da eficiência. Belo Horizonte: Fórum, 2009.

3 ARTIGO 2 – A GESTÃO DO PROCESSO DE TRABALHO E A PRODUÇÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO À SAÚDE: UM OLHAR SOBRE A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO ¹

WORK PROCESS MANAGEMENT AND THE PRODUCTION OF CARE IN RELATION TO HEALTH: A VIEW ON THE NATIONAL POLICY OF HUMANIZATION

RESUMO: O presente artigo de revisão tem como objetivo debater a importância da gestão do processo de trabalho na produção do cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como base a Política Nacional de Humanização (PNH). Concluiu-se que a PNH constitui-se em um instrumento legal útil como diretriz para os gestores de serviços públicos de saúde na operacionalização e construção do SUS, na discussão junto com os trabalhadores da saúde para o desencadeamento do processo de mudança, e para aprimorar a gestão do trabalho e a produção do cuidado na atenção à saúde.

Descritores: Instituições de Saúde; Recursos Humanos em Saúde; Administração de Serviços de Saúde; Gestão em Saúde.

RESUMEN: Este artículo de revisión tiene como objetivo discutir la importancia de la gestión en el proceso de trabajo y la producción de la atención en el Sistema Único de Salud (SUS), basado en la Política Nacional de Humanización (PNH). Se concluyó que la PNH es un instrumento jurídico útil como una guía para los gerentes de la salud pública en la construcción y

¹ Artigo submetido à Interface – Comunicação, Saúde e Educação.

operación del SUS, en la discusión con los trabajadores de salud para iniciar el proceso de cambio, y para mejorar la trabajo de gestión de la producción y el cuidado de la salud.

Palabras clave: Instituciones de Salud; Recursos Humanos en Salud; Administración de los Servicios de Salud; Gestión en Salud

ABSTRACT: This review article intends to discuss the importance of the management process of work in the production of care in the Unified Health System (SUS), based on the National Policy of Humanization (PNH). It was concluded that the PNH is a legal, as well as useful, mean to be taken as a guideline by managers of public health care either in operating or building the SUS, when debating with health workers in order to trigger the process of change, and to improve work management and care production in attention to health.

Keywords: Health Facilities; Health Manpower; Health Services Administration; Health Management.

INTRODUÇÃO

Com a institucionalização legal e prática do Sistema Único de Saúde (SUS), três questões têm sido reconhecidas como importantes para a sua construção: (1) o financiamento; (2) o controle social e (3) a política de recursos humanos (Junqueira et al., 2010). Cecílio (2001) ressalta que a luta pela consolidação dos princípios fundamentais do SUS implica, essencialmente, na

construção de práticas inovadoras em saúde, a partir da gestão, do planejamento e da organização do processo de trabalho orientado para as necessidades reais dos usuários dos serviços de saúde.

Entretanto, Carvalho e Cunha (2006) apontam como um dos principais empecilhos ao desenvolvimento do SUS, o insuficiente enfrentamento para a mudança do processo de trabalho e escasso envolvimento dos trabalhadores de saúde na mudança setorial necessária. A modificação desse quadro é essencial para a efetivação do SUS, pois somente alterando o modo como os trabalhadores de saúde se relacionam com o seu principal objeto de trabalho, o cuidado com a saúde dos indivíduos e comunidades, é que será possível cumprir os preceitos constitucionais que garantem o direito efetivo à saúde, vencendo linhas de tensão e conflito entre trabalhadores e usuários do SUS (Santos et al., 2007).

Para que o processo de mudança no trabalho na saúde ocorra é importante que os gestores compreendam a definição de gestão da força de trabalho, mais comumente chamada de gestão de recursos humanos em saúde. A gestão de recursos humanos é composta por um conjunto de ações que envolvem desde a contratação dos trabalhadores, a capacitação, a avaliação, a remuneração, até o desenvolvimento de um ambiente de trabalho adequado. Tomar decisões nessa área implica modificar determinadas realidades, processos, estruturas de trabalho, direitos e deveres, afetando a vida dos trabalhadores (Scalco, Lacerda, Calvo, 2010).

Deste modo, há a necessidade de uma revisão no conceito de processo de trabalho em saúde e na operacionalização das políticas de recursos

humanos (Magalhães, 1998), tendo em conta as determinações históricas e conjunturais que pressionam os trabalhadores do SUS, tais como: paradigmas de formação e qualificação, formas de ingresso no mundo do trabalho, subemprego e/ou multiplicidade de vínculos empregatícios caracterizando precarização do trabalho, parâmetros normativos para avaliação do desempenho profissional, mecanismos de fixação nos postos de trabalho, remuneração e relações corporativas, dentre outras, constituem fatores intrinsecamente relacionados à efetiva consolidação do SUS.

Considerando tais questões prementes, em 2004, o Ministério da Saúde propôs a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde (PNH - HumanizaSUS). Segundo seus proponentes, a política deve ser vista de forma transversal, com envolvimento dos diferentes núcleos de saber/poder que se ocupam da produção da saúde, e tem como fundamentos: aumentar o grau de corresponsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede do SUS na produção da saúde e mudar a cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho (Santos Filho, 2007a; Brasil, 2004).

Seguindo esta linha argumentativa, o presente artigo de revisão tem como objetivo abordar a importância da gestão do processo de trabalho na produção do cuidado no SUS, tendo como base a discussão sobre a Política Nacional de Humanização.

A GESTÃO DO PROCESSO DE TRABALHO E A PRODUÇÃO DO CUIDADO NA CONSOLIDAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Os serviços públicos de saúde, enquanto organizações prestadoras de serviços representam, dentre outras dimensões, sistemas psicossociais que são bem diferentes de outras organizações encarregadas da produção ou da comercialização de bens (Fontenele, 2010; Monteiro, 2009). Como ressalta Monteiro (2009), as instituições de saúde prestam serviço direto às pessoas, e devido a isso necessitam de uma dinâmica diferenciada, tornando-se assim bastante complexas, pois seu público e seu produto são humanos e devem ser humanizados, seu trabalho é feito principalmente por mãos humanas e tem como objetivo final o bem-estar dos seres humanos; ou seja, uma tautologia humanizadora.

De acordo com Batista Júnior (2008) e Barros e Barros (2007) quem trabalha com a saúde e a vida das pessoas não pode e não deve ser submetido à “lógica de mercado”, absolutamente incompatível com os princípios éticos e de humanização em saúde. Por isso, Merhy (2004) enfatiza a necessidade de mudar a visão dos atores envolvidos no SUS, pois no campo da saúde, o objeto não é a cura, ou a promoção e proteção da saúde, mas a produção do cuidado. De acordo com esse autor, quanto maior o conjunto de saberes que se dispõe para a ação de produção dos atos de saúde para a conformação do cuidado pelos trabalhadores de saúde, individualmente ou em equipes, maior será a possibilidade de se compreender o problema de saúde enfrentado e maior a capacidade de enfrentá-lo de modo adequado, tanto para o usuário do serviço quanto para a própria composição dos processos de trabalho. Complementarmente, Pasche (2005) argumenta que a produção do cuidado não se deve somente resumir em um modelo centrado nos usuários,

mas na constituição de uma rede de interação de múltiplos interesses, combinando a defesa da vida do cidadão com a reprodução social do trabalhador da saúde.

Infelizmente, como lembra Rollo (2007, p. 47): a má gestão do trabalho e de pessoas na saúde pode levar a prejuízo na qualidade e efetividade das ações de saúde: “a conta da má gestão do trabalho acaba sendo paga pelos trabalhadores, pelos usuários e sociedade”. O que de alguma forma acaba tendo maior impacto nos usuários dos serviços de saúde, já que estes se apresentam muitas vezes em condições de fragilidade pela sua situação de saúde.

Carvalho e Cunha (2006) afirmam que é necessário realizar uma transformação no cotidiano do fazer/pensar saúde, que se contraponha à excessiva fragmentação do processo de trabalho em saúde, responsável em grande parte, pela má qualidade da atenção, pela burocratização e pela alienação que se manifesta, entre outras formas, na debilidade de vínculos entre o trabalhador e o usuário, na separação entre os que executam as ações e os que dirigem as instituições, e na fragilidade do trabalho coletivo e de práticas interdisciplinares/intersectoriais em saúde.

Portanto, na formulação de novas políticas de recursos humanos para a saúde, necessariamente, deve-se repensar a participação dos trabalhadores, por meio de suas legítimas representações, o que os torna sujeitos, juntamente com a administração, no processo de produção do cuidado e dos serviços. O reconhecimento do trabalhador como agente (ativo, não passivo) do processo de trabalho em saúde humaniza as relações de trabalho e favorece a

possibilidade de mudança efetiva da prestação de serviços e da relação entre os gestores, trabalhadores e usuários do SUS, bem como estimula novas condições de formação de consensos em torno de pontos críticos de interesse coletivo (Magalhães, 1998). Ao permitir que o conjunto dos sujeitos envolvidos na trama de produção da saúde interfira na definição das formas de organização do trabalho, na formulação de estratégias de ações e na definição da atuação institucional, a gestão estará dando um grande passo em direção de produção de sujeitos mais autônomos e livres, o que acabará refletindo na qualidade da atenção (Pasche, 2005).

A gestão do trabalho também pressupõe que o gestor tenha clareza de que só será possível a consolidação do SUS se implementado uma política de valorização do trabalhador de saúde. Para tanto, o trabalhador deve ser visto como um sujeito no seu processo de trabalho que pode contribuir significativamente com o planejamento, formulação e execução das ações de saúde. É importante que ele participe das decisões e se sinta coresponsável na execução das ações. Para que isto aconteça, é necessário promover um ambiente de trabalho democrático, saudável e participativo que possibilite o “sentimento de pertencimento” (Brasil, 2009).

Para essa discussão toma-se, como referência, o debate que Campos vem fazendo em torno da gestão no setor saúde em relação à concepção de cogestão. O processo de cogestão pressupõe a ampliação dos espaços públicos e coletivos, viabilizando o exercício do diálogo e da pactuação de diferenças. Configura-se como um modelo que inclui os diferentes sujeitos no processo de análise e tomada de decisão. Uma das marcas da cogestão é a

perspectiva de construção compartilhada de conhecimentos (e intervenções), considerando as subjetividades e singularidades dos sujeitos e coletivos (Brasil, 2008; Campos, 2006).

Sob o ponto de vista de Guizardi e Cavalcanti (2010) a cogestão no âmbito das instituições de saúde representa uma passagem do entendimento da gestão como organização da operação de tarefas e ações e suas distribuições no trabalho da equipe, para o plano da articulação em rede das atividades de produção de saúde. Isso significa, necessariamente, extrapolar os limites das equipes e unidades em direção às conexões possíveis com o território produtivo em que se situam. Nesse sentido, a cogestão é uma forma de ruptura da tendência de centralização e concentração do poder normativo dos processos decisórios da administração.

Por isso, a Política Nacional de Humanização (PNH) aponta como diretriz geral a necessidade de ampliar o diálogo entre os gestores, profissionais e a população visando e promovendo a gestão participativa (Santos Filho, 2007a; Brasil, 2004).

A PNH apresenta três princípios fundamentais: o da transversalidade, indicando novos padrões de relação e comunicação entre sujeitos e serviços, buscando a alteração das fronteiras dos saberes e dos territórios de poder; o de indissociabilidade entre a atenção e a gestão, afirmando que há uma relação inseparável entre modos de cuidar e de gerir e se apropriar do trabalho; e a afirmação do protagonismo e autonomia dos sujeitos e coletivos, implicando atitudes de corresponsabilidade nos processos de gerir e cuidar (Santos Filho, Figueiredo, 2009; Seixas, 2009).

Sobre o ponto de vista da gestão, o gestor em saúde deve estar apto à construção de organizações/instituições que busquem a humanização do trabalho, por intermédio de uma gestão democrática, flexível e de programas de enriquecimento pessoal dos seus atores, considerando os resultados como um trabalho coletivo.

Humanizar significa reconhecer as pessoas que buscam nos serviços de saúde a resolução de suas necessidades de saúde como sujeitos de direitos; é observar cada pessoa e cada família, em sua singularidade, em suas necessidades específicas, com sua história particular, com seus valores, crenças e desejos, ampliando as possibilidades para que possam exercer sua autonomia (Zoboli, Martins, Fortes, 2001).

A PNH aponta como diretrizes específicas para a atenção primária (Brasil, 2004):

1. Elaborar projetos de saúde individuais e coletivos para usuários e sua rede social, considerando as políticas intersetoriais e as necessidades de saúde.
2. Incentivar práticas promocionais de saúde.
3. Estabelecer formas de acolhimento e inclusão do usuário que promovam a melhoria dos serviços, o fim das filas, a hierarquização de riscos e o acesso aos demais níveis do sistema.
4. Comprometer-se com o trabalho em equipe, de modo a aumentar o grau de corresponsabilidade, e com a rede de apoio profissional, visando a maior eficácia na atenção em saúde.

Como apresentado acima, é de fundamental importância a troca de saberes, o diálogo entre os profissionais e modos de trabalhar em equipe. Para Kunkel e Ferla (2001), humanizar o atendimento também passa pelo trabalho em equipe, em que há igualdade na importância do trabalho e do conhecimento de cada uma das profissões e na complementação entre eles. Para que de fato o processo de mudança nos serviços de saúde ocorra é indispensável ofertar atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais (Brasil, 2004).

Santos Filho (2007b) enfatiza que a PNH deve ser pensada como estratégia de qualificação da atenção e da gestão do trabalho. Os gestores devem repensar a avaliação tendo por base a humanização do cuidado e a valorização dos trabalhadores, por meio de indicadores que reflitam as transformações no âmbito da produção de serviços (mudança nos processos, organização, resolutividade e qualidade) e da produção dos sujeitos (mobilização, crescimento e autonomia dos trabalhadores e dos usuários). Também é necessário que os gestores do SUS compreendam o papel fundamental dos trabalhadores da saúde no processo de humanização, pois segundo Santana (1999) o verdadeiro controle de todo o processo de cuidar em saúde depende dos profissionais que operam os serviços, principalmente aqueles que estão na “ponta da linha”. Daí a importância do reconhecimento do gestor do SUS que ele não governa sozinho o(s) seu(s) serviço(s) de saúde. Merhy (2001) vai mais longe, defendendo que na saúde, governa desde o porteiro de uma unidade qualquer, passando por todos os profissionais de

saúde mais específicos, até o dirigente máximo do serviço. E, aliás, esta é uma marca bem típica da saúde: a constatação de que a obtenção da qualidade do seu produto, o cuidado em saúde, é dependente do exercício mais autônomo de seus trabalhadores individualmente e em equipe, com base em um processo coletivo de protagonismo para que as ações ocorram a contento.

A valorização do trabalhador da saúde representa um dos fatores determinantes para a motivação e a manutenção no bom funcionamento dos serviços de saúde, e na produção do cuidado (Scalco, Lacerda, Calvo, 2010). Entretanto, o que se constata é o despreparo dos gestores do SUS, na gestão do trabalho e do trabalhador em saúde. Pierantoni, Varella e França (2004) realizaram estudo com dirigentes de municípios com mais de 100.000 habitantes e apontam que o planejamento das ações de recursos humanos não está incorporado na prática dos gestores da saúde. Já Fontoura et al. (2001) argumentam que existem falas comuns entre gerentes e gestores a respeito do tema. Por exemplo: **“Recursos humanos. Não tenho tempo para me preocupar com isso. É muito complicado, afinal tenho muito trabalho, prazos, relatórios, reuniões (...)”**.

Segundo Fraccolli e Egry (2001), a gestão do processo de trabalho na atenção primária, porta de entrada do SUS, envolve um duplo movimento: de um lado, a execução de práticas gerenciais que tomam como seu campo de ação o território de formulação e decisão política e, de outro lado, o território de práticas gerenciais que enfrentam o fabricar “bens” do trabalho em saúde.

O trabalho em saúde é um processo produtor de interseções, e a análise dessas interseções, no interior dos processos de trabalho, articuladas à

micropolítica instituída ou instituinte desses processos, se constitui em uma estratégia que pode revelar “ruídos” e “linhas de fuga” para o trabalho vivo operador de mudanças (Merhy, 1997). É fundamental o entendimento que o trabalho em saúde se produz do encontro, no ato de contato entre o trabalhador e usuário, bem como das relações e atitudes dos gestores com a forma que concebem a organização dos serviços de saúde.

O trabalhador da saúde, ao desempenhar sua ação de cuidado aos usuários no âmbito da atenção, o faz a partir de um modo de se organizar no trabalho, modo que se deseja construído em um coletivo (equipe de saúde), configurando um processo de trabalho no qual tenha voz ativa, processo desejado como democrático e participativo de gestão (Santos Filho, 2007a).

Reafirmando o posicionamento de Souza e Moreira (2008) a PNH, em seu escopo, promove um avanço relevante no campo político, já que o documento aponta que a saúde não se resume às práticas assistenciais. Ao considerar relevantes a reflexão no interior dos processos de trabalho e a saúde como um espaço de produção, a PNH abre-se para os valores, conceitos, significados e perspectivas diferenciadas que constituem o campo das relações humanas e da produção de subjetividade. Ao falar em produção de saúde, a PNH amplifica o campo, incluindo no mesmo os processos de trabalho como uma de suas dimensões, e vai ao encontro do princípio da integralidade.

Por isso, corroborando com Baduy et al. (2011), somente ocorrerá a produção da integralidade, quando a gestão tomar para si a produção do cuidado e o trabalho em saúde como objetos de ação, como política de

governo. Não basta montar sistemas de informação, fluxogramas, protocolos e normas. É necessário efetua-los no cotidiano, na interação entre os diversos serviços, com aqueles que ali estão presentes, gestores, trabalhadores e usuários. Nos encontros e nas redes de conversação é que acontece a produção do trabalho em saúde e se efetua os princípios de valorização da vida e da integralidade, centrais para a consolidação do SUS.

CONCLUSÃO

Concluiu-se que a PNH constitui-se em um instrumento legal que serve de diretriz para os gestores de serviços públicos de saúde na operacionalização e construção do SUS, bem como fomenta a discussão junto com os trabalhadores da saúde no desencadeamento do processo de mudança para aprimorar a gestão do trabalho. Ao se repensar nessa nova forma de gestão, com base na PNH, faz-se necessário a implantação e institucionalização de sistemas de cogestão no SUS, pois esses permitem uma melhor explicitação e acolhimento dos interesses, necessidades e anseios dos atores envolvidos que interagem na produção do cuidado na atenção à saúde.

REFERÊNCIAS

1. BADUY, R.S. et al. A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 2, p. 295-304, fev, 2011

2. BARROS, R.B.; BARROS, M.E.B. Da dor ao prazer no trabalho. In: SANTOS FILHO, S.B.; BARROS, M.E.B. **Trabalhador da saúde: muito prazer!** Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Ed. Unijuí, 2007. p. 61-71.
3. BATISTA JÚNIOR, F. Gestão do SUS: o que fazer? In: BRAVO, M.I.S. 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. p. 42-5.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização:** a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 20 p.
5. _____. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS:** documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
6. _____. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **Reflexões aos novos gestores municipais de saúde.** Brasília: CONASEMS, 2009. 200p.
7. 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. p.53-92.
8. CARVALHO, S.R.; CUNHA, G.T. A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização da saúde. In:

- CAMPOS, G.W.S. et al. (Orgs.) **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec/ Fiocruz, 2006. p. 837-68.
9. CECÍLIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 113-26.
 10. FONTENELE, M.F.M. Gestão do desempenho humano: um estudo de caso em um Hospital Geral de Fortaleza (CE). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. supl 1, p. 1315-24, 2010.
 11. FONTOURA, C.M. et al. Alguns aspectos do trabalho em saúde: os trabalhadores e os processos de gestão. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 62, p. 272-81, set./dez. 2001.
 12. FRACOLLI, L.A.; EGRY, M.Y. Processo de trabalho de gerência: instrumento potente para operar mudanças nas práticas de saúde? **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 9, n. 5, p. 13-8. set./out. 2001.
 13. GUIZARDI, F. L.; CAVALCANTI, F. O. A gestão em saúde:nexos entre o cotidiano institucional e a participação política no SUS. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.14, n.34, p.633-45, jul./set. 2010
 14. JUNQUEIRA, T.S. et al. As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n. 5, p. 918-28, maio 2010.
 15. KUNKEL, M.B.; FERLA, A.A. Humanização na saúde e cidadania: o caminho para o SUS. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de

- Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Ver-SUS Brasil: cadernos de textos** Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 264-75.
16. MAGALHÃES, M.F.L. Recursos humanos e modelo assistencial – um encontro instigante. In: REIS, A.T. et al. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã, 1998. p. 193-200.
 17. MERHY, E.E. Introdução ao debate sobre os componentes da caixa de ferramentas dos gestores em saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Ver-SUS Brasil: cadernos de textos** Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 62-83.
 18. _____. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 71-112.
 19. MONTEIRO, M.R.M.B. A importância da gestão de pessoas para as instituições de saúde. **Revista de Administração em Saúde**, v. 11, n. 42, p. 43-8, jan./mar. 2009.
 20. PASCHE, D.F. Gestão e subjetividade em saúde: elementos para uma reforma na saúde. In: PASCHE, D.F.; CRUZ, M.B.M. (Orgs.). **Saúde Coletiva: diálogos contemporâneos**. Ijuí: Ed. Unijuí, 2005. p. 93-110.
 21. PIERANTONI, C.R.; VARELLA, T.C.; FRANÇA, T. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática. In: BRASIL.

- Ministério da Saúde. **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, v. 2, p. 51-70.
22. ROLLO, A.A. É possível valorizar o trabalho na saúde num mundo globalizado? In: SANTOS FILHO, S.B.; BARROS, M.E.B. **Trabalhador da saúde: muito prazer!** Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Ed. Unijuí, 2007. p. 19-59.
23. SANTANA, J.P. A gestão do trabalho nos estabelecimentos de saúde: elementos para uma proposta. In: SANTANA, J.P.; CASTRO, J.L. **Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde CADRHU**. Natal: EDUFRN, 1999. p. 387-400.
24. SANTOS, M.A. et al. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 1, p. 75-85, jan. 2007.
25. SANTOS FILHO, S.B. Um olhar sobre o trabalho em saúde nos marcos teórico-políticos da saúde do trabalhador e do HumanizaSUS. In: SANTOS FILHO, S.B.; BARROS, M.E.B. **Trabalhador da saúde: muito prazer!** Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Ed. Unijuí, 2007a. p. 73-96.
26. _____. Perspectivas de avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cienc. Saude Colet**, v. 12, n. 4, p. 999-1010, 2007b.
27. SANTOS FILHO, S.B.; FIGUEIREDO, V.O. N. Contratos internos de gestão no contexto da Política de Humanização: experimentando uma

- metodologia no referencia de cogestão. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 13, n. supl. 1, p. 615-26, 2009.
28. SCALCO, S.V.; LACERDA, J.T.; CALVO, M.C.M. Modelo para avaliação da gestão de recursos humanos em saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n. 3, p. 613-14, mar. 2010.
29. SEIXAS, P. Avanços e perspectivas na política de gestão de recursos humanos: desenvolvimento de pessoas e qualificação dos profissionais do SUS/SP. **Boletim do Instituto de Saúde**, v. 3, n. 48, p.15-25, nov. 2009.
30. SOUZA, W.S.; MOREIRA, M.C.N. A temática da humanização na saúde: alguns apontamentos para debate. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 12, n. 25, p.327-38, abr./jun. 2008.
31. ZOBOLI, E.L.C.P.; MARTINS, C.L.; FORTES, P.A.C. O Programa Saúde da Família na busca da humanização e da ética na atenção à saúde. **Manual de Enfermagem**. São Paulo: IDS USP, 2001, p. 47-50.

4 ARTIGO 3 - O USO DE CONTRATOS DE GESTÃO E INCENTIVOS PROFISSIONAIS NA GESTÃO POR DESEMPENHO NO SETOR PÚBLICO DE SAÚDE ¹

THE USE OF MANAGEMENT CONTRACTS AND PROFESSIONAL INCENTIVES ON MANAGEMENT BY PERFORMANCE IN THE PUBLIC HEALTH SECTOR

RESUMO: A gestão por resultados ou por desempenho constitui um dos pilares da reforma em curso na gestão pública, inclusive na área da saúde, sendo a base para outras inovações como: a institucionalização de contratos de gestão e utilização de incentivos profissionais. O objetivo desse artigo de revisão de literatura é apresentar e discutir o uso de contratos de gestão e incentivos profissionais na gestão por resultados no setor público de saúde, tendo em vista que o tema ainda é pouco pesquisado e publicado na saúde pública. A gestão por resultados permanece como uma prática complexa e controversa, deixando muitas lacunas não bem resolvidas na relação de corresponsabilidade e compromisso mútuo entre os trabalhadores e nível diretivo-gerencial. A exploração crítica da literatura disponível permite aventar a hipótese de que somente com relações interpessoais horizontalizadas, com apropriação dos indicadores contratualizados e definição coletiva dos resultados almejados, envolvendo usuários de serviços, equipes de saúde e gestores com base em contextos locais, os contratos de gestão conseguirão ser efetivos e produzir impacto na qualidade do cuidado em saúde.

Palavras-chave: Contratos de Gestão; Estado; Administração de Serviços de Saúde; Gestão em Saúde; Nova Administração Pública

ABSTRACT: The management by results or by performance is a cornerstone of the current reform in public management, including the health area, having become the basis for other innovations, such as: the institutionalization of management contracts and the use of professional incentives. The aim of this review article is to introduce and discuss the use of this kind of management in the public sector of health, given that this

¹ Artigo submetido a Cadernos de Saúde Pública

subject has been poorly researched or published on public health. The management by results still remains a complex and controversial practice, with many gaps which are not well solved relating to co-responsibility and mutual commitment between workers and management-level directors. A critical exploration of the available literature allows the hypothesis that only through horizontal interpersonal relationships, with the achievement of the contracted indicators and collective definition of the aimed goals, involving service users, health workers, and managers based upon local contexts, the management contracts will become effective and have impact on the quality of health care.

Keywords: Managerial contracts; State; Health Services Administration; Health Management; Modernization of the Public Sector

INTRODUÇÃO

Atualmente, diversos atores em saúde têm enfatizado o papel da avaliação de desempenho nas ações e programas de saúde, com o objetivo de garantir a qualidade da atenção e subsidiar decisões que atendam às reais necessidades da população, alcançando resultados na produção de serviços e impacto na saúde.¹ A avaliação da situação de saúde da população, do trabalho em saúde e dos resultados das ações, decorre em grande parte das atividades de acompanhamento, monitoramento e avaliação realizadas a partir das informações produzidas no cotidiano da atenção.² Caracterizam o que se poderia chamar, grosso modo, de “gestão do cotidiano”.

Tais atividades, embora sejam insuficientes para apreender a complexidade da produção social em saúde e as respectivas mudanças desejáveis, são essenciais para orientação dos processos de implantação, consolidação e reformulação das práticas de saúde.² O monitoramento do cotidiano, que é constitutivo de uma gestão ampliada e responsável, implica em que o gestor exerça liderança democrática, trabalhando com sua equipe de maneira a compor os conhecimentos e habilidades do grupo na busca de um ambiente onde ocorra a sinergia e o desenvolvimento contínuo das pessoas. O gestor imprime ao trabalho a sua personalidade, impulsionando ou não a equipe por meio de seu próprio trabalho, ou seja, torna-se modelo político-institucional e referência em decorrência da postura que adota frente ao jogo de forças que influenciam o cotidiano do serviço, frequentemente expresso em termos de conflitos de poder.

Nessa perspectiva, o pressuposto é que o gestor de saúde, seja qual for sua esfera de atuação, deve ter uma visão ampliada de saúde, ser capaz de uma priorização adequada dos problemas e necessidades da comunidade e de executar o modelo de atenção integral e da gestão participativa.³

Entretanto, as diversas realidades municipais colocam os gestores locais de saúde frente a enormes desafios na busca de garantia da atenção universal, equitativa e integral. Fica evidenciada dessa forma a necessidade de se fazer avançarem as lógicas que orientam os pactos entre os gestores, criticando racionalidades produtivistas e resgatando uma matriz de valores em que o eixo principal seja o compromisso, a responsabilidade sanitária, solidária e compartilhada.⁴

Tais gestores têm a responsabilidade de articular o planejamento, negociar a execução, buscar o provimento de recursos, coordenar processos de trabalho e avaliar resultados alcançados no território-população sob sua responsabilidade político-gerecncial.⁵ É, sem dúvida, tarefa demandante e desafiadora, sobretudo quando a gestão estratégica local traz inexoravelmente como corolário, o esforço de interpretar e se relacionar com as necessidades, angústias e representações das pessoas que habitam determinado território e obter comprometimento e motivação das equipes de trabalho.

Tal conjunto complexo de atribuições e tarefas gera problemas de toda ordem, mas que podem se beneficiar da contribuição emanada da pesquisa científica, bem como de aportes tecnológicos capazes de oferecer soluções plausíveis. Se a gestão local em saúde, no Sistema Único de Saúde (SUS), tem a incumbência de agregar conhecimentos e tecnologias de gestão, com o objetivo maior de resolver problemas de saúde como função de equidade social, da eficiência e eficácia operativa e da democratização do acesso a ações e serviços de saúde, então há um fértil solo epistemológico a ser trabalhado.

Dentre os possíveis mecanismos de gestão em saúde e distintas realidades locais, algumas cidades brasileiras incumbidas com a gestão plena do sistema de saúde iniciaram um processo de revisão dos planejamentos locais e dos protocolos assistenciais, que culminaram com a implantação dos Contratos de Gestão e incentivos profissionais na gestão por desempenho no SUS. O objetivo desse artigo é apresentar e discutir o uso de contratos de gestão e incentivos profissionais na gestão por resultados no setor público de saúde.

OS CONTRATOS DE GESTÃO NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

O tema dos contratos de gestão em saúde é parte de uma importante agenda de discussão no cenário brasileiro e internacional na organização de serviços de saúde.^{6,7} A contratualização de resultados é apontada por alguns autores como uma das principais estratégias da Nova Gestão Pública, ou seja, dentre as que mais promoveram mudanças substantivas na qualidade dos serviços públicos.⁸

Nessa lógica, os contratos de gestão são instrumentos de implantação de uma administração por objetivos e busca inexorável por resultados no setor público, visando à qualidade de serviços e a eficiência das organizações. Esses contratos são compromissos gerenciais entre o governo e a diretoria de uma empresa ou setor estatal, com objetivos e metas periódicas, cuja supervisão é realizada pelo Estado.^{9,10}

Segundo André¹¹ o contrato de gestão é um instrumento que tem o propósito de induzir mudanças culturais que façam com que o Estado e cada uma das entidades de interesse social dele dependentes ou a ele vinculadas construam e mantenham níveis elevados de: a) efetividade: atingindo os resultados sociais aspirados pela sociedade, inclusive oferecendo-lhe serviços de interesse social compatíveis com suas necessidades em extensão, qualidade e preços; b) eficácia: comprometendo-se política e institucionalmente com um competente planejamento e com o cumprimento responsável da sua execução; c) eficiência: usando com economia, zelo e dedicação os bens e os recursos públicos.

A contratualização de resultados tem sido também considerada como uma nova forma administrativa de controle interno na gestão pública e mobilizadora de processo contínuo de aperfeiçoamento e de mudança gerencial.¹² A principal questão do modelo de contratualização é a definição de resultados por meio de indicadores e metas, no qual implica em processo permanente de avaliação e ajustes. Não se trata, portanto, de um contrato estanque, mas sim de uma pactuação, seguida de apresentação de resultados, análise e, se necessário, de repactuação.¹³

O contrato de gestão nos serviços de saúde tem como finalidades: estimular a descentralização da gestão, dar mais responsabilidade aos gestores e equipes locais, controlar o desempenho quantitativo e qualitativo dos prestadores, ajudar no planejamento local, estimular a utilização de ferramentas e tecnologias de informação,

melhorar a gestão da clínica, gestão da patologia e a gestão do caso, focalizar as necessidades em saúde da população do território sob responsabilidade da Unidade Básica de Saúde (UBS), buscar o envolvimento e compromisso de toda a equipe na busca de resultados, proporcionar mais transparência junto ao controle social.¹⁴

Por conseguinte, a contratualização dos serviços de saúde deve ter como objetivo uma melhor resposta às necessidades e expectativas de saúde da população, por meio de uma prestação de serviços eficiente e de qualidade, com um processo bem definido.¹⁵ No processo de contratualização pressupõe a definição de demanda e objetivos, metas quantitativas e qualitativas por serviços, obrigações e responsabilidades para cada parte envolvida, critérios e instrumentos de monitoramento, avaliação de resultados e cumprimento de metas estabelecidas, mecanismos de participação e controle social, além da regulação do SUS como um todo.¹⁶

Para a efetivação desse processo, Araujo¹⁷ comenta que o contrato de gestão tem que apresentar: metas, meios, controle e incentivos. Metas bem definidas servem para orientar a ação de gestão; os meios criam condições para o alcance de metas; o controle permite acompanhar os processos, a alocação de recursos, avaliar a implantação das ações; e os incentivos constituem os elementos mobilizadores do comportamento humano em direção das metas.

Os contratos de gestão devem ser negociados e acordados entre as partes, como dispositivos de diálogo e contratação de compromissos e responsabilidades em torno de objetivos e metas afinadas com as necessidades entre os gestores e trabalhadores da saúde. É importante que haja interlocução entre os sujeitos envolvidos para construir mudanças, gerando novos padrões de relação e comunicação no âmbito das organizações/serviços de saúde.¹⁸ De acordo com Robles e Fischmann¹⁹, o processo de implantação dos Contratos de Gestão constitui-se numa forma de aprendizado mútuo do governo, de modo a se adequar práticas e procedimentos e exercitar-se condições de negociação e o conhecimento de condicionantes existentes para ambas as partes.

A utilização de contratos de gestão tem sido comum na parceria de Organizações Sociais (OS) e Fundações Estatais de Direito Privado na gestão de vários hospitais, principalmente no estado de São Paulo. Essa ferramenta, atualmente tem sido utilizada por alguns governos municipais, em especial em Curitiba-PR, Porto Alegre-RS e Belo

Horizonte-MG, como forma de maior participação e corresponsabilidade dos atores envolvidos na garantia de da qualidade do cuidado e dos serviços de saúde.

Para o Banco Mundial²⁰, com sua crítica obstinada à quantidade e qualidade do gasto público em políticas sociais, os municípios devem aplicar mecanismos para fortalecer a responsabilização, tais como contratos de gestão que induzam os administradores a focarem em objetivos específicos e resultados mensuráveis. Este instrumento, o contrato de gestão, poderia servir como mecanismo de base para o planejamento, monitoração e avaliação. Uma maior autonomia para unidades de saúde específicas deveria ser articulada com expectativas claras de desempenho (metas) e prestação de contas.

Contudo, uma estratégia fundamental para o processo de contratualização é estabelecer um método de acompanhamento avaliativo, cuidando para que as metas sejam aferidas (em seu cumprimento), não no sentido de “fiscalização de seu alcance absoluto”, mas no que se refere como avaliação formativa capaz de ir incluindo as razões que explicam seu maior ou menor êxito, subsidiando regulações no processo de repactuação de metas.²¹

Dessa forma, Costa e Silva et al²² argumentam que os municípios devem apostar em um modelo de gestão negociado, de ajustamento mútuo e comunicativo e de um conjunto de práticas que intensifiquem o espírito de gestão por compromissos. Para que o processo de gestão orientado por resultados ocorra nos municípios, os governantes devem criar mecanismos de aferição do desempenho, da satisfação dos usuários e de controle social, com incentivos profissionais vinculados a produtividade e eficiência que, articulados, configuram as condições indispensáveis para a responsabilização dos gestores públicos.¹⁷

A UTILIZAÇÃO DE INCENTIVOS PROFISSIONAIS NA PRODUÇÃO DO CUIDADO E COMO FERRAMENTA GERENCIAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAUDE

A utilização de incentivos profissionais adquire grande interesse nessa nova abordagem na gestão por resultados e de recursos humanos, tendo em vista os desafios apresentados atualmente pelas reformas do setor saúde em curso no mundo.²³

A proposta de sistemas de incentivos tem sido definida como o componente da estratégia gerencial constituído pelo conjunto de estímulos, financeiros ou não, que visam ajustar e otimizar os componentes do processo produtivo nos serviços de saúde, que é extremamente complexo e deve ter como objetivo principal os interesses e necessidades dos usuários.²⁴ O uso de sistemas de incentivos no trabalho em saúde continua sendo um tema polêmico sobre o qual não se chegou a uma posição consensual, existindo na literatura distintos posicionamentos quanto a sua efetividade enquanto instrumento de gestão do trabalho.^{23,24}

Entretanto, o fato é que formuladores de políticas, planejadores e gestores continuam buscando meios efetivos para recrutar e reter pessoal na área da saúde. A Organização Mundial de Saúde, em seu Relatório “*Working together for health*”²⁵ calculou uma escassez global de 4,3 milhões de trabalhadores de saúde em todo o mundo. Traduzindo isto em termos de acesso aos cuidados em saúde, tal escassez pode significar que mais de um bilhão de pessoas não têm nenhum acesso a cuidados profissionais. Alguns acreditam que um modo para alcançar melhor equacionamento gerencial-trabalhista, nesta questão, seria desenvolvendo e implementando esquemas de gestão de pessoal com incentivos financeiros e não financeiros.²⁶

No caso brasileiro, especialmente na atenção primária e na Estratégia Saúde da Família, muitos municípios sofrem a dificuldade de incorporar e reter profissionais de saúde, e as razões são diversas. Estudo realizado com dirigentes de municípios com mais de 100.000 habitantes²⁷ aponta que 60% das cidades avaliadas apresentam alguma forma de utilização de incentivos como forma de retribuição direta ou indireta para os trabalhadores de saúde. Atualmente, há necessidade de que os planos de cargos, carreiras e salários dos profissionais de saúde contemplem tipos de vínculos empregatícios e formas de remuneração compatíveis com as funções típicas de carreira de saúde e promovam, entre outras, a fixação do trabalhador (incluindo uma política de incentivos) e a possibilidade de vínculos flexíveis e adaptáveis a condições locais, pactuados entre trabalhadores, gestores e sociedade.

Para que um o programa de incentivos seja eficaz para os profissionais de atenção à saúde, ele deve apresentar as seguintes características: a) tem que ter objetivos claros; b) ser realista e aplicável; c) refletir as necessidades e as preferências dos profissionais de saúde; d) ser bem desenhado estrategicamente e apto para os seus fins;

e) estar adequado ao contexto local; f) ser justo, equitativo e transparente; g) pode ser medido e acompanhado; h) incorporar elementos financeiros e não financeiros.²⁶

Chiavenatto²⁸ acredita que a valorização do trabalhador pode ser realizada por diferentes meios capazes de recompensar o trabalho realizado: recompensas financeiras diretas, como salário, prêmios, comissões; recompensas financeiras indiretas em forma de férias, gratificações, horas-extras, 13º salário, adicionais; recompensas não financeiras oferecidas em forma de oportunidades de desenvolvimento, reconhecimento, segurança no emprego, qualidade de vida no trabalho, promoções, liberdade e autonomia.

A operacionalização de incentivos profissionais financeiros implica nos seguintes princípios básicos²⁴: a) é um mecanismo de gratificação do trabalho que se estabelece a partir de uma remuneração básica, não sendo, portanto substitutivo do salário; b) sua aplicação só deve ocorrer quando metas e indicadores foram alcançados, não podendo transformar-se numa gratificação permanente ou automática.

Os incentivos são ganhos extras que visam mobilizar os trabalhadores para o alcance de determinadas metas ou reforço de determinados comportamentos, não devem ser adotados como mecanismos de equiparação salarial entre diferentes categorias profissionais ou compensação de defasagens na remuneração dos trabalhadores da saúde.²³

De acordo com Cecílio et al²⁹, ao se adotar uma política de avaliação de desempenho que resulte em pagamento de gratificação financeira para os trabalhadores da saúde, está sendo proposta uma cadeia de apostas, na qual ao se cumprir tal conduta espera-se que ocorra um determinado resultado que pode desencadear um novo processo ou produto em saúde. No entanto, a utilização de sistemas de incentivos não deve jamais ser confundida com a lógica de mercado na produção de serviços de saúde, nem, tampouco, assemelhar-se com a remuneração por unidades ou atos praticados. A direcionalidade desses sistemas deve sim apontar para a satisfação dos usuários e ao atendimento de necessidades de saúde, o que inclui as dimensões de cobertura e impacto dos serviços prestados.²⁴

Também há que se destacar que o simples fato de premiar ou recompensar os trabalhadores da saúde com base em resultados, não vai garantir automaticamente maior e melhor desempenho na realização do trabalho, bem como provocar mudanças

duradouras nas atitudes e comportamentos nos cuidados em saúde.²³ Por isso, a utilização por longo período do incentivo profissional, pode provocar o risco da universalização da premiação, que pode induzir um comportamento oportunista e conservador na definição de metas, contribuindo negativamente para sua efetividade e transformando o prêmio num simples 14º salário.³⁰ Santana²⁴ ainda lembra a importância da gestão definir a forma e os meios de implantar, revisar e atualizar os critérios e os objetivos a serem alcançados com o sistema de incentivos e, também deve refletir as características do processo do cuidado nos serviços de saúde, marcada por relações de trabalho complexas e diversificadas.

Desta forma, é importante destacar que a presença dos trabalhadores da saúde junto com os dirigentes na definição de metas e objetivos se faz necessário para a garantia do compromisso mútuo e espírito de corresponsabilidade.³¹

Como apontado acima, os atores envolvidos devem utilizar indicadores que meçam a qualidade e fomentem a discussão permanentemente, no cotidiano dos serviços de saúde, sendo que o fundamental é que as equipes de saúde ponham o tema da qualidade do atendimento como parte de suas preocupações e consigam avaliar aspectos substantivos do seu trabalho.²⁹ Para isso, segundo Santos et al³¹, os indicadores propostos na avaliação por desempenho não devem somente envolver aspectos quantitativos, mas pressupõem um determinado nível pactuado de qualidade no atendimento prestado.

Vale destacar que o processo de avaliação de desempenho não deve resumir-se somente a critérios exclusivos de premiação dos servidores, mas privilegiar o compromisso das equipes com os objetivos institucionais e vincular a gratificação ao alcance de metas de trabalho planejadas e pactuadas, que tenham como finalidade a garantia da eficiência do serviço de saúde e a qualidade do atendimento aos usuários.³²

Por isso, nenhum sistema de avaliação de desempenho será eficaz, seja qual for o propósito, a não ser que as pessoas que estão sendo avaliadas saibam o que se espera delas e conheçam os critérios pelos quais estão sendo julgadas.³³

De forma a direcionar os programas de pagamento por desempenho realizados no setor público, a Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômico³⁴, apontou as lições e os aprendizados das experiências internacionais em curso nos países

européus, que deveria ser (re)pensadas na implantação ou manutenção dos incentivos profissionais:

- **O *design* deve levar em consideração a cultura do país e da organização.** O equilíbrio entre fatores individuais e coletivos na remuneração é peça fundamental na gestão por desempenho. Esquemas focados em equipes apresentam efeitos mais positivos do que os focados em somente aspectos individuais;
- **A remuneração variável é parte de um sistema mais amplo.** Transparência em todo o processo é um fator fundamental para garantir o sucesso do programa que depende mais da qualidade e da forma de mediação do processo de mensuração do desempenho do que puramente da distribuição da remuneração;
- **Problemas de implementação devem ser antecipados,** devendo ser preparados os servidores e as chefias;
- **O programa deve estar vinculado a uma gestão de pessoas fundada na delegação.** É mais fácil vincular objetivos individuais aos da organização se há certa autonomia para os gerentes atuarem;
- **Não deve superestimar o significado e o impacto do programa de avaliação por desempenho na motivação.** A avaliação por desempenho tem papel secundário como ferramenta de gestão para aumentar a motivação. Critérios como a satisfação no trabalho, oportunidades de promoção ou a flexibilidade de organização do trabalho são muito mais eficazes na motivação da equipe e na remuneração ao desempenho;
- **Os programas devem ser aplicados em ambientes onde as relações de trabalho sejam fundadas na confiança.** No ambiente de trabalho, os processos formais e informais devem ser equilibrados, deve haver diálogo e troca de informações, e a negociação deve ser possível e estimulada, dando prioridade ao respeito mútuo e transparência;
- **A avaliação por desempenho deve ser utilizada como incentivo e estímulo a uma transformação mais abrangente.** Os incentivos financeiros devem ser utilizados principalmente como estímulo e ponte para a introdução de uma mudança ampla de direção e organização, ao invés de ser apenas uma ferramenta motivacional para o pessoal.

Com a implantação de novos mecanismos gerenciais no setor saúde, tais como o uso de contrato de gestão e incentivos profissionais, espera-se que estes provoquem mudanças no processo de trabalho e gerência.

A gestão por desempenho só será possível quando existir corresponsabilidade e compromisso mútuo entre os trabalhadores e nível diretivo. Por isso, as metas preestabelecidas, incluindo aspectos qualitativos e de avanço da cidadania democrática, devem ser pactuadas entre todos os atores envolvidos e avaliadas de forma periódica para que os incentivos profissionais sejam garantidos.

Somente com apropriação dos indicadores e resultados pelos profissionais de saúde e população de usuários em sua realidade local, os contratos de gestão ampliarão as possibilidades de serem efetivos, produzindo impacto na qualidade do cuidado em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Szwarcwald CL, Mendonça MHL, Andrade CLT. Indicadores de atenção básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, 2005: resultados de inquérito domiciliar de base populacional. *Cien Saude Col* 2006; 11(3):643-655.
2. Felisberto E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. *Rev Bras Saude Mater Infant* 2004;4(3):317-321.
3. André AM, Ciampone MHT. Desafios para a gestão de unidades básicas de saúde. *Rev Adm Saude* 2007; 9(34):16-21.
4. Silva SF, Dobashi BF. Um novo pacto no SUS. *Divulg Saude Debate* 2006;34:9-17.
5. Morozowski-Filho N, Sutile VM, Thomaz M, Cubas RF. Gestão local e saúde bucal. In: Moysés SJ, Silveira-Filho AD, Ducci L, Simão MG, Gevaerd SP, organizadores. *Os dizeres da boca em Curitiba: Boca Maldita, Boqueirão, bocas saudáveis*. Rio de Janeiro: CEBES, 2002.
6. Josephson GW, Karcz A. The impact of physician economic incentives on admission rates of patients with ambulatory sensitive conditions: an analysis comparing two managed care structures and indemnity insurance. *Am J Man Care* 1997;3(1):49-56.

7. Teixeira L, Bugarin M.; Dourado MC. Intermunicipal health care consortia in Brazil: strategic behavior, incentives and sustainability. *Int J Health Plann Manag* 2006; 21(4):275-296.
8. Jann W, Reichard C. Melhores práticas na modernização do Estado. *Rev Serv Publico* 2002;53(3):31-50.
9. André AM. Contrato de gestão: contradições e caminhos da administração pública. *RAP* 1995;35(3):6-13.
10. El-Warrak LO. A contratualização no âmbito da gestão pública da saúde: a experiência da área de planejamento 4 do município do Rio de Janeiro. [Dissertação]. Rio de Janeiro(RJ): Escola Nacional de Saúde Pública, 2008.
11. André AM A efetividade dos contratos de gestão na reforma do estado. *RAP* 1999; 39(3):42-52.
12. Giacomini CH. Gestão para Resultados em Curitiba: a experiência de contratualização. Curitiba: IMAP, 2009.
13. Ribeiro AKA, Schlichting M. Fases de desenvolvimento dos contratos de gestão na prefeitura de Curitiba. In: Giacomini CH. Gestão para Resultados em Curitiba: a experiência de contratualização. Curitiba: IMAP, 2009. p. 93-98.
14. Marty IK. 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: IMAP, 2009. p. 43-56.
15. Leite JDBL, Souza HF, Nascimento ECV. Contratualização na Saúde: proposta de um Contrato Único para os programas no Estado de Minas Gerais. *Rev Adm Saude* 2010; 12(46):15-22.
16. Brasil. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Reflexões aos novos gestores municipais de saúde. Brasília: CONASEMS, 2009.
17. Araújo MAD. Responsabilização pelo controle de resultados no Sistema Único de Saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2010; 27(3):230-236.
18. Santos-Filho SB, Figueiredo VON. Contratos internos de gestão no contexto da Política de Humanização: experimentando uma metodologia no referencia de cogestão. *Interface - Comunic, Saude, Educ* 2009;13(Supl. 1): 615-626.
19. Robles LT, Fischmann AA. Contratos de gestão no estado de São Paulo: o caso das empresas estatais não-financeiras. *RAP* 1995;35(4):52-64.

20. Banco Mundial. Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil: melhorando a qualidade do gasto público e gestão de recursos. Brasília: Banco Mundial. 2007.
21. Santos-Filho SB. Articulando planejamento e contratos de gestão na organização de serviços substitutivos de Saúde Mental: experiência do SUS em Belo Horizonte. *Saude em Debate* 2008;32(78/79/80):172-181.
22. Costa-e-Silva V, Rivera FJU, Hortale VA. Projeto Integrar: avaliação da implantação de serviços integrados de saúde no Município de Vitória, Espírito Santo, Brasil *Cad Saude Publica* 2007;23(6):1405-1414.
23. Fekete MC, Almeida MJ. Sistemas de incentivo ao trabalho em saúde. Espaço para a saúde 2000;2(1):1-21.
24. Santana JP. A gestão do trabalho nos estabelecimentos de saúde: elementos para uma proposta. In: Santana JP, Castro JL, organizadores. Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde CADRHU. Natal: EDUFRN, 1999. p. 387-400.
25. World Health Organization (WHO). The world health report 2006: working together for health. Geneva: WHO, 2006.
26. International Council of Nurses, International Hospital Federation, International Pharmaceutical Federation, World Confederation for Physical Therapy, World Dental Federation, World Medical Association. Guidelines: incentives for health professionals. Commissioned by the Global Health Workforce Alliance, World Health Organization. Geneva. 2008.
27. Pierantoli CR, Varella TC, França T. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática. In: Brasil. Ministério da Saúde. Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, v. 2, p. 51-70.
28. Chiavenatto J. Gestão de pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações. Rio de Janeiro: Campus, 1999.
29. Cecílio LC, Rezende MFB, Magalhães MG, Pinto SA. O pagamento de incentivo financeiro para os funcionários como parte da política de qualificação da assistência de um hospital público, Volta Redonda, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica* 2002;18(6):1655-1663.

30. Reis Neto MT, Assis LOM. Principais características do sistema de remuneração variável no choque de gestão em Minas Gerais: o acordo de resultados e o prêmio por produtividade. *Gestão & Regionalidade* 2010;26 (76):75-90.
31. Santos AF, Ferreira JM, Batista FP, Lages NS. Criando um sistema de informação estratégico em saúde – a experiência do projeto de avaliação de desempenho. In: Reis AT, Santos AF, Campos CR, Malta DC, Merhy EE, organizadores. *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã, 1998. p. 193-200.
32. Magalhães MFL. Recursos humanos e modelo assistencial – um encontro instigante. In: Reis AT, Santos AF, Campos CR, Malta DC, Merhy EE, organizadores. *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã, 1998. p. 193-200.
33. Fontenele, MFM. Gestão do desempenho humano: um estudo de caso em um Hospital Geral de Fortaleza (CE). *Cien Saude Col* 2010;15(Supl. 1):1315-1324.
34. Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE). *Paying for performance: policies for government employees*. Paris: OECD Publishing, 2005.

5 ARTIGO 4 – A PACTUAÇÃO DE METAS COMO FERRAMENTA DE GESTÃO E ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA: O TERMO DE COMPROMISSOS (TERCOM) EM CURITIBA, BRASIL ¹

THE AGREED TARGETS AS A TOOL OF MANAGEMENT AND ORGANIZATION OF PRIMARY ATTENTION: THE STATEMENT OF COMMITMENT (TERCOM) IN CURITIBA, BRAZIL

RESUMO: O presente artigo tem como objetivo descrever e discutir a percepção dos trabalhadores da saúde no município de Curitiba-PR, Brasil, sobre o uso do Contrato Interno de Gestão/Termo de Compromissos (TERCOM) como ferramenta na gestão e organização da atenção primária à saúde. Para tal, o método proposto analisou os dados secundários produzidos pelo Banco Mundial em pesquisa sobre inovações em gestão no Brasil. O presente estudo focalizou nos dados referentes à gestão dos cuidados primários à saúde no referido município, buscando compreender o impacto da utilização das metas e indicadores pactuados na organização da atenção à saúde em Curitiba-PR. Concluiu-se que por meio de metas e objetivos preestabelecidos no Contrato Interno de Gestão, o município vem desenvolvendo mecanismos e ferramentas que ressaltam a importância da corresponsabilidade e da instituição de compromissos mútuos entre os trabalhadores da saúde em nível local, a gestão municipal e a população. No entanto, há ainda lacunas importantes na concreta efetivação da gestão pactuada, sendo necessário que os profissionais de saúde se apropriem de todas as fases e etapas de planejamento, elaboração, execução e avaliação das ações e programas pactuados no TERCOM.

Palavras-chave: Contratos de Gestão; Estado; Administração de Serviços de Saúde; Gestão em Saúde; Nova Administração Pública

ABSTRACT: This article aims to describe and discuss the perception of health workers in the county of Curitiba-PR, Brazil, about the use of Internal Management Contract/Statement of Commitment (TERCOM) as a tool for the management and

¹ Artigo submetido a Cadernos de Saúde Pública.

organization of primary health care. In order to achieve it, the proposed method analyzed the secondary data produced by the World Bank on research about management innovations in Brazil. This study focused on data regarding to the management of primary health care in that district, seeking to understand the impact of using agreed targets and goals in the organization of health care in the county of Curitiba-PR. It was concluded that through previously established goals and objectives in the Internal Contract of Management, the county has been developing means and tools which highlight the importance of co-responsibility as well as the establishment of mutual commitment among local health workers, the county management and citizens. However, there are still important gaps in the concrete fulfillment of the agreed management, requiring health professionals to take ownership of all phases and stages of planning, design, implementation and evaluation of actions and programs agreed upon at TERCOM.

Keywords: Managerial contracts; State; Health Services Administration; Health Management; Modernization of the Public Sector

INTRODUÇÃO

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, especialmente após o ano de 1990, impôs a busca por novas e mais apropriadas formas de gestão em saúde. As instâncias deliberativas/executivas passaram por um efetivo processo de descentralização e as decisões foram deslocadas para os níveis locais, mais próximas dos usuários dos serviços de saúde.

Integrando o repertório dos possíveis mecanismos de gestão em saúde, algumas cidades no Brasil iniciaram um processo de revisão dos planejamentos locais e dos protocolos assistenciais, que culminaram com a implantação dos Contratos de Gestão. Giacomini et al.¹ definem que o contrato de gestão é o nome genérico para instrumentos de pactuação de resultados, essenciais para melhorar o desempenho de organizações públicas e ao mesmo tempo proporcionar formas de controle (de resultados) mais apropriadas.

Os dispositivos que podem viabilizar essa forma de atuação estatal são disponibilizados na forma de contratos endógenos e exógenos, uma vez que definem

obrigações e direitos entre as duas partes. Os contratos endógenos são aqueles em que o “contratante” e o “contratado” são instituições/entidades estatais. Por exemplo, os contratos que secretarias municipais de saúde estabelecem com suas unidades de prestação de serviços – equipes de saúde da família, unidades ambulatoriais, hospitais, entre outros, ou com unidades administrativas desconcentradas (distritos sanitários) que permanecem, entretanto, como organismos estatais subordinados.² Os contratos endógenos instituídos internamente nas instituições públicas brasileiras têm sido também denominados de Termo de Compromissos, cuja lógica operacional e fundamentos legais derivam, em grande parte, da experiência na definição de metas e resultados dos contratos de gestão utilizados nas Organizações Sociais.³ Por outro lado, os contratos exógenos são aqueles em que o ente contratante é uma instituição estatal que se relaciona com entes prestadores externos, como instituições públicas não estatais, instituições privadas filantrópicas ou instituições privadas lucrativas.⁴

Esses contratos pressupõem a definição de objetivos e volume de oferta/demanda, com base em necessidades locais, bem como metas quantitativas e qualitativas por serviços, obrigações e responsabilidades de cada parte envolvida, critérios e instrumentos de monitoramento, avaliação de resultados e aferição do cumprimento de metas estabelecidas, mecanismos de participação e controle social, além da regulação do SUS como um todo.⁵

A Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba (SMS), no estado do Paraná, a partir do seu processo de municipalização, buscou reorganizar suas atividades, ações, programas e serviços de saúde. Conceitos como vigilância à saúde, descentralização, territorialização, confecção de mapas inteligentes e a implantação dos distritos sanitários, entre outros, vieram para reforçar a importância de se repensar a atenção à saúde com qualidade, imprimindo uma modalidade de gestão por resultados.^{6,7}

Conforme explicitado em documentos oficiais e publicações, a SMS optou por redesenhar sua política de saúde e gestão da mesma, passando do controle vertical centralizado em instâncias superiores, para a gestão, monitoramento e avaliação de resultados, com base em negociações políticas e técnicas contextualizadas. A primeira e principal tarefa realizada foi o planejamento e a programação das ações de saúde, em relações horizontalizadas entre população e equipe de saúde, em nível local, num processo ascendente para o nível distrital e nível central. Nesse processo de discussão, a

SMS criou o cargo de Autoridade Sanitária Local (ASL), como forma de melhor gerir a Atenção Primária, sendo a ASL responsável pela gestão territorial (geopopulacional), da unidade de saúde e da saúde da população na sua área de abrangência. Embora seja escolhido pelo secretário de saúde, o cargo de ASL não é prerrogativa, muito menos exclusividade, de determinadas profissões. São cargos que podem ser exercidos por médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, farmacêuticos e assistentes sociais, dentre outros. Para que o secretário de saúde indique determinado profissional para o cargo de ASL é necessário que este seja servidor público de carreira; ter um tempo mínimo de SMS de até dois anos; ter competência técnica para dirigir uma equipe, cumprir o plano operativo, e ter liderança sobre a equipe.⁸

Em 2002, com o pressuposto de aperfeiçoar o Sistema Municipal de Saúde, foram realizadas oficinas com o corpo gerencial, discutindo e construindo uma proposta inovadora de monitoramento e gestão do desempenho que culminou com o Contrato de Gestão que foi implantado em todas as Unidades de Saúde e Distritos Sanitários no ano de 2003. Tais oficinas objetivaram aumentar a participação, negociação e responsabilidade mútua entre gestores e equipes de saúde, o que, potencialmente, beneficiou os usuários.^{7,8}

Esse contrato, além de administrativo, também traz um componente ético e moral; por isto, tem sido denominado de “acordo de serviço” ou de “termo de compromissos”, porque não dispõe de uma base legal para a cobrança dos compromissos assumidos.^{4,7} Tais contratos, localmente designados como Termo de Compromissos (TERCOM), são firmados anualmente entre a equipe de saúde, o gestor da Unidade de Saúde e o gestor distrital, culminando com o gestor municipal que deve responder à população, em última instância. Têm como elementos constitutivos básicos os objetivos e metas decorrentes do Plano Plurianual e da Agenda Municipal de Saúde, além de outros documentos que eventualmente constituam desdobramentos dos processos pactuados em Conferências e Conselhos de Saúde (locais, distritais, municipal), bem como na pactuação intergestores do SUS.⁶

Como parte do Contrato de Gestão, as unidades de saúde e os distritos sanitários assinam o TERCOM, formalizando a organização do processo de trabalho, buscando identificar e resolver problemas, estabelecendo prioridades e incentivando relações intersetoriais com outras áreas da administração municipal.⁸ Um dos componentes do

TERCOM é Plano Operacional Anual (POA), composto por indicadores e metas para cada nível institucional. Assim, quanto mais próximo do nível local maior é a desagregação da informação. Com isso pretende-se mostrar o desenvolvimento das ações às próprias equipes que desenvolvem a atenção primária à saúde. Desta maneira, permitem-se aos servidores locais pactuarem suas metas com base nos recursos disponíveis conjuntamente, capacidade operacional instalada, séries históricas atingidas e, sempre, em conformidade com as necessidades sociais, epidemiológicas e clínicas da população residente no território de abrangência. Afirma-se o caráter responsável e democrático desta pactuação ao se respeitar a possibilidade, na dinâmica do tempo real dos serviços, de se renegociarem as metas não alcançadas, mediante justificativas oportunas e bem fundamentadas.⁹

Baseando-se nos argumentos apresentados, o presente artigo tem como objetivo descrever e discutir a percepção das Autoridades Sanitárias Locais e dos trabalhadores das equipes locais de saúde, quanto o uso do Contrato Interno de Gestão/Termo de Compromissos (TERCOM) como ferramenta para a organização qualificada e resolutiva da Atenção Primária à Saúde no município de Curitiba-PR.

MÉTODOS

Entre os meses de julho a agosto de 2005, como parte de uma pesquisa maior sobre inovações em gestão no Brasil, incluindo a gestão hospitalar em São Paulo e a gestão dos cuidados primários à saúde no município de Curitiba, o Banco Mundial realizou no âmbito da SMS um levantamento da percepção dos servidores que atuavam em suas Unidades de Saúde sobre o uso e aplicabilidade do Contrato Interno de Gestão (TERCOM).¹⁰ A pesquisa foi enviada, por meio do sistema de correio interno da SMS, para 372 funcionários elegíveis (nível superior) em uma amostra representativa de Unidades de Saúde do município. O total de participantes que responderam ao questionário foi de 254 servidores (a taxa de resposta foi de 68%). As 31 unidades participantes da amostra foram escolhidas para fornecer uma representação adequada de todos os Distritos de Saúde, bem como a distribuição por tipo de cargos e carreiras superiores constituintes da equipe mínima da atenção primária no município (ASL, médico, enfermeiro e cirurgião-dentista), e da distribuição entre Unidades Básicas com

Equipes de Saúde da Família (USF) e Unidades Básicas sem Equipes de Saúde da Família (UBS). Foram excluídas do inquérito as Unidades de Emergência 24 Horas.¹⁰

As questões do instrumento de coleta de dados de pesquisa foram propostas, após discussão com a direção da SMS, tendo em vista que o principal objetivo das entrevistas de campo seria compreender se o sistema de gestão por resultados, com a pactuação de metas, teria potencial para influenciar o desempenho institucional global. O questionário foi composto de 29 questões de múltipla escolha, das quais foram selecionadas para o presente artigo aquelas que tratavam sobre os usos e os benefícios do Contrato Interno de Gestão (Termo de Compromissos de Gestão) e a forma como estes são negociados.

Análise da Base de Dados

A presente análise foi precedida da obtenção de consentimento da SMS para a cessão e uso da base de dados secundários gerados com a pesquisa do Banco Mundial, citada anteriormente. O protocolo de pesquisa apresentado como pré-requisito à execução deste trabalho foi submetido à análise pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, tendo sido devidamente aprovado sob nº 5667 e parecer nº 004066/10, em 30 de junho de 2010.

Ao processar a base de dados, foi realizado um trabalho prévio de filtragem e consistência dos dados, excluindo-se da análise as ASL e os profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas) que apresentavam menos de um ano atuando nas Unidades de Saúde, ao tempo em que as entrevistas foram realizadas. Considerou-se o critério de que para interpretar e responder aos itens pesquisados os participantes deveriam ter já se apropriado do sistema de avaliação do desempenho, com um mínimo de tempo de serviço, quando já tivessem recebido ao menos uma avaliação anualizada de desempenho.

Para a avaliação da percepção das diferentes categorias profissionais sobre o TERCOM, o recorte metodológico proposto buscou identificar a existência de diferenças na percepção das ASL frente à opinião dos médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas sobre a utilização das metas e indicadores pactuados na organização da atenção primária à saúde em Curitiba.

A análise dos dados foi realizada pelo *software* SPSS® for Windows v. 13.0. O teste de U Mann-Whitney, com nível de significância de 5%, foi aplicado para verificar a diferença entre as opiniões das ASL comparado com os outros cargos profissionais participantes sobre os Contratos Internos de Gestão.

RESULTADOS

O Contrato Interno de Gestão foi apontado pela maioria dos servidores pesquisados como um instrumento importante na organização do processo de trabalho nas Unidades de Saúde em Curitiba (Tabela 1). No entanto, ao comparar as diferentes opiniões entre as ASL e os profissionais da equipe básica de saúde, constatou-se divergências na distribuição de respostas, já que os médicos (17,8%) e cirurgiões-dentistas (23,2%) apontam pouco ou parcial efeito sobre a organização do processo de trabalho.

Ao analisar a utilidade do TERCOM na identificação e solução dos problemas nas Unidades de Saúde (Tabela 2), os diferentes servidores participantes sinalizaram que ele é uma ferramenta que tem maior potencial para identificar do que para solucionar os problemas existentes. Também se constatou que os ASL apresentam percepção mais positiva nestes itens do que os profissionais que atuam na atenção à saúde.

A Tabela 3 revela que a maioria dos profissionais identificou ser o TERCOM um instrumento bastante importante para o estabelecimento de prioridades. Todavia, ao analisar a percepção discriminada entre os diferentes profissionais avaliados, os enfermeiros avaliaram mais positivamente esta questão do que as ASL; por outro lado, os médicos e cirurgiões-dentistas avaliaram mais negativamente este item, sendo esta diferença de posições estatisticamente significativa.

Relativamente ao processo de pactuação das metas dos indicadores no Contrato Interno de Gestão (Tabela 4), a maioria dos participantes sustentou que existe algum nível de diálogo no processo de negociação das metas, já que o gestor do Distrito Sanitário impõe algumas metas e renegocia outras. Entretanto, ao verificar a comparação entre as ASL e as demais categorias profissionais pesquisadas, pode-se perceber que 15,5% dos médicos, 13,8% dos enfermeiros e 11,6% dos cirurgiões-dentistas destacam a imposição de metas pela gestão municipal, sendo este percentual

de somente 4,2% entre as ASL. Outro ponto a ser identificado, apesar do número reduzido de servidores respondentes a esta questão, é que somente as ASL e os médicos apontaram que a gestão municipal sugere algumas metas ao invés de impô-las.

Entretanto, na eventualidade de ocorrer à situação da equipe não cumprir as metas pactuadas (Tabela 5), somente as ASL concordaram plenamente que o Distrito Sanitário estaria aberto a renegociá-las; já os demais profissionais pesquisados afirmam que não é sempre que o Distrito Sanitário é aberto à renegociação; somente em algumas situações permite-se justificar (e mudar) as metas pactuadas no TERCOM. Essa diferença entre a opinião das ASL e os outros profissionais é estatisticamente significativa, já que a distribuição das respostas é bem divergente, pois enquanto as ASL apontam somente os itens “concordo parcialmente” e “concordo plenamente”, os outros servidores já apresentam distribuição nos itens “discordo totalmente”, “discordo parcialmente” e “indiferente”.

DISCUSSÃO

O contrato de gestão é um instrumento gerencial proposto, idealmente, para diminuir a distância entre a gestão estratégica e o centro operacional, isto é, entre o planejamento e a implementação das ações, conjugando, em um ambiente institucional “pacificado” a negociação e a adoção de compromissos pactuados. Nesse mesmo sentido, a contratação pode compensar a diferenciação entre o técnico e o administrativo e a diferenciação entre categorias profissionais, reduzindo tensionamentos gerados por subjetividades, expectativas ambíguas, bem como conflitos de autoridade – por exemplo, entre a autoridade do especialista (conhecimento) e a autoridade administrativa (hierarquia). Visa, discursivamente, o desenvolvimento de fóruns de discussão ampliada, com ênfase no trabalho em equipe. Desse modo, a lógica hierárquica é substituída por uma norma dialogicamente negociada, que propicia interações, e coloca os sujeitos / equipes em interlocução para construir mudanças, gerando novos padrões de relação e comunicação no âmbito dos serviços de saúde.^{2,11}

No entanto, para que isso ocorra, Fortuna et al.¹² apontam que é necessário romper com a dicotomia na organização do processo de trabalho instituída em grande parte dos municípios, em que o gestor ou uma equipe técnica é responsável pelo planejamento e avaliação das ações e programas de saúde e que os trabalhadores, na

linha de frente nas unidades básicas de saúde, são somente responsabilizados pela execução, numa delegação de tarefas muitas vezes alienante.

Por isso, os municípios deveriam apostar em uma modalidade de gestão negociada, de ajustamento mútuo e comunicativo e de um conjunto de práticas que intensifiquem o espírito de gestão por compromissos. Nesse contexto, deve ser construído coletivamente, no âmbito dos processos de trabalho em saúde, um sistema de incentivos – contratos de gestão – contemplando, além do compromisso político e ético, também os interesses econômico-financeiros e técnico-científicos.^{11,13}

Sobre o sistema gerencial de saúde em Curitiba, Mendes¹⁴ argumenta que este possui pontos fortes, pois é sustentado por um planejamento estratégico; desenvolve-se por meio de um plano tático que deriva de uma planilha de programação contida em cada protocolo clínico; a partir destas planilhas fazem-se as programações anuais em cada unidade de saúde; estas programações anuais geram um contrato de gestão entre a Secretaria e os profissionais de cada unidade; e estes contratos podem gerar um sistema de incentivos para as equipes que cumprem as metas programadas.

O Banco Mundial¹⁵, em documento técnico, propõe que os municípios devem aplicar mecanismos para fortalecer a responsabilização, tais como contratos de gestão que induzam os administradores a focarem em objetivos específicos e resultados mensuráveis. Esse instrumento de responsabilização deve servir como mecanismo de base para o planejamento, monitoração e avaliação no setor saúde. Uma maior autonomia para unidades de saúde específicas deveria ser articulada com expectativas claras de desempenho (metas) e prestação de contas. As metas de desempenho devem ser utilizadas como referências em torno das quais cada secretaria e unidades de saúde podem desenvolver revisões contínuas, diálogo, e medidas corretivas apropriadas para aumentar o desempenho da unidade.

Uma avaliação preliminar junto aos servidores da saúde sobre essa nova forma gerencial na gestão em saúde pública em Curitiba concluiu que o TERCOM é útil para organizar os processos de trabalho, identificar e resolver problemas, esclarecer objetivos e estabelecer prioridades, dentre outros benefícios.^{10,14} A SMS de Curitiba também apresenta em documento publicado pelo Ministério da Saúde que com a implantação desta ferramenta observou-se que houve mudanças nos processos de trabalho e gerência, planejamento, acompanhamento de indicadores. Aprendeu-se manejo clínico,

estratificação do risco, protocolos, perfil epidemiológico, gestão por resultados. Melhorou indicadores locais (programas/estratificação do risco). Reforçou compromisso das equipes, clareou atribuições, melhoraram a convivência e o reforço a atitudes positivas, o reconhecimento de objetivos comuns e o incremento de ação multiprofissional.⁹

No entanto, apesar de os dados combinados para todas as categorias profissionais pesquisadas, mais as ASL, serem sugestivos de avanços em algumas dimensões do processo de trabalho com repercussões sobre a gestão/avaliação, a presente pesquisa identificou que algumas condições avaliadas sobre o Contrato Interno de Gestão não foram unanimemente percebidas e respondidas. Ao analisar a resposta às questões sobre a utilidade do TERCOM na organização do processo de trabalho e no estabelecimento de prioridades, médicos e cirurgiões-dentistas divergiram da percepção das ASL e dos enfermeiros.

Azevedo⁷ reaplicando as mesmas questões avaliadas pelo Banco Mundial, mas agora incluindo as categorias profissionais de nível médio, também identificou diferenças entre as respostas entre as ASL e os profissionais de saúde de nível superior e de nível médio, no qual constatou também que as melhores percepções sempre foram identificadas pelas ASL, seguidas pelos profissionais de nível superior e os de nível médio, respectivamente.

Esses dados permitem algumas outras interrogações e o diálogo com a literatura, pois segundo Alves et al.¹⁶ o enfermeiro é o profissional de saúde que historicamente tem ocupado a grande maioria dos cargos de chefia/coordenação de unidades de saúde. Também argumentam que o curso de graduação em Enfermagem é um dos poucos da área da saúde que possuem conteúdos/disciplinas curricularmente voltados para a formação em administração. Ainda assim, não consegue formar um gerente com as capacidades exigidas na contemporaneidade, para fazer face às novas demandas e desafios impostos pela administração pública. Outro ponto levantado pelos mesmos autores é que, entre os servidores da saúde, o enfermeiro por ter essa formação diferenciada acaba se destacando em seu posicionamento no cumprimento e viabilização de normas e no repasse de ideologias institucionais. Certamente estes argumentos não são consensuais e inquestionáveis, mas, correndo o risco de uma generalização, há de se considerar a hipótese de que os enfermeiros estão mais

habituaados a processos administrativos em unidades de saúde, a rotinas e processos de normatização e regras na organização do processo de trabalho, além de apresentarem maior familiaridade na utilização de informações e indicadores de saúde no planejamento local em saúde.

Por referência ao argumento acima, é possível que enfermeiros e ASL consigam perceber mais nitidamente uma das principais finalidades do TERCOM, que segundo Azevedo⁷ visa o aprimoramento do planejamento e avaliação local, na medida em que o monitoramento das ações é permanente, melhorando a viabilidade técnica, política e financeira das ações prestadas pela SMS à população de Curitiba. Isto pode ser percebido, nas questões que analisaram se o TERCOM é útil para a identificação e solução de problemas, pois os profissionais participantes afirmam que ele tem grande poder de identificação e substancial potencial para a solução dos problemas.

Dessa maneira, corroborando com Fontenele¹⁷, um instrumento somente captura a eficácia, efetividade e eficiência no processo de avaliação, quando as conclusões geradas por ele permitem a compreensão mais plena das necessidades sociais, quando possuem credibilidades por parte dos atores envolvidos, e geram ações mais resolutivas com custos compatíveis.

Segundo Araújo¹⁸, outro aspecto da gestão direcionada para o uso de indicadores, definição de metas e a elaboração de planos e relatório de gestão, é a prática da avaliação *ex-post*, que significa a comparação das metas estabelecidas com as metas realizadas. Somente com essa avaliação é possível verificar os acertos e erros da tomada de decisão em um determinado momento, ao mesmo tempo em que permite planejar o futuro. Permite, também, que o profissional de saúde se aproprie das metas e indicadores pactuados pela gestão é que ele participe das decisões e se sinta corresponsável na execução das ações. Para que isto aconteça, é necessário promover um ambiente de trabalho democrático, saudável, participativo, que possibilite o “sentimento de pertencimento”. Para tanto, o trabalhador deve ser visto como um sujeito no seu processo de trabalho que pode contribuir significativamente com o planejamento, formulação e execução das ações de saúde.⁵

Outro aspecto relevante é que com a institucionalização da pactuação na atenção primária entre o município, o estado e Ministério da Saúde, a SMS de Curitiba intensificou o processo de contratualização, tornando indispensável envolver todo o

corpo técnico e gerencial para que as metas pactuadas fossem atingidas.⁶ No entanto, conforme identificado nos resultados, alguns profissionais da saúde de Curitiba enfatizam que ainda ocorre, de modo subliminar, a imposição de metas e falta de negociação por parte da gestão municipal.

Ayala e Oliveira¹⁹ ao avaliarem as tensões entre os profissionais de saúde e gestores no município de Joinville-SC, argumentam que entre os vários problemas que conspiram contra a pactuação destaca-se o fato do gestor operar, muitas vezes, com base em mecanismos impositivos para o alcance de metas, em detrimento da capacidade ou das condições dos trabalhadores, frequentemente operando acima dos seus limites, comprometendo a qualidade dos serviços ofertados e sendo pouco resolutivos quanto às necessidades dos usuários.

Torna-se indispensável que no processo de definição de metas e seu acompanhamento os profissionais da saúde se apropriem de sua realidade, conheçam e operem responsabilmente estratégias específicas para conseguir atingir as metas locais, com base no trabalho coletivo, sendo tal concretização dependente também de envolvimento, iniciativa e contribuição individual.²⁰

Talvez baseada nesses preceitos, a SMS demonstra preocupação com esta questão, pois as metas são consideradas coletivamente, por Unidade de Saúde, o que demonstra um ganho em relação ao trabalho em equipe, pois é estimulado um dispositivo tal qual um “efeito sentinela”, desencadeando uma preocupação em rede na busca da produção do cuidado em saúde que foi pactuado, o que acaba mobilizando todos os trabalhadores da saúde e favorecendo principalmente aos usuários.⁸

Os resultados demonstraram também que alguns gestores tendem a apresentar uma percepção mais simplista e “romântica” dessa ferramenta de gestão, comparados aos servidores que atuam na linha de frente do cuidado, pois estes acabam sendo a “face” visível no cotidiano das relações institucionais com a população, experimentado as contradições e desafios da atenção à saúde, e tendo que cumprir metas, processos e rotinas.

Alguns autores defendem que é imprescindível que os municípios pensem em uma regulamentação própria para a ascensão de profissionais à posição de gestor de serviços públicos de saúde, pois deve ser instituído um sistema de avaliação de competências e certificação de formação profissional meritória, no qual cursos

específicos de Gestão em Saúde fossem pré-requisitos.^{16,21} Outro importante questionamento apontado por Fortuna et al.¹² é que, na grande maioria dos municípios brasileiros, os administradores das unidades de saúde são indicados politicamente pelos gestores municipais, sem ao menos permitir aos trabalhadores da saúde em âmbito local discutirem e participarem no processo decisório da escolha da melhor pessoa para assumir o referido cargo. Mesmo em tempo de intensas mudanças na saúde e de utilização de modelos de gestão mais ousados e flexíveis em Curitiba, surpreende ao analista mais crítico que a SMS não tenha ainda colocado entre os vários pré-requisitos para a indicação do cargo de ASL a necessidade de formação gerencial prévia.

Em relação a algumas contradições percebidas nos resultados, será importante que a gestão municipal reveja o eventual caráter impositivo de algumas metas e a forma de renegociá-las, pois trabalhadores da saúde acabam não compreendendo o porquê de algumas metas não serem passíveis de renegociação. Para isso, faz-se necessário por parte da SMS desvelar que muitos desses indicadores e metas são pactuados primeiramente em nível federal e estadual, antes mesmo de serem discutidos e acordados em nível local. Somente quando os servidores da saúde souberem o que a gestão espera delas e conheçam realmente os critérios que estão sendo pactuados, a SMS de Curitiba estará desenvolvendo um sistema de gestão por resultados ainda mais eficaz e que tenha como objetivo principal a qualidade de seus serviços de saúde.

CONCLUSÃO

A Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, ao implantar mecanismos gerenciais como o Termo de Compromissos (TERCOM), institucionalizou a ideia de que resultados prioritários devem ser pactuados e alcançados na gestão da atenção primária. Por meio de metas e objetivos preestabelecidos no Contrato Interno de Gestão, os quais são avaliados objetivamente e de forma contínua, o município vem desenvolvendo mecanismos e ferramentas que ressaltam a importância da corresponsabilidade e da instituição de compromissos mútuos entre os trabalhadores da saúde em nível local, a gestão municipal e a população. Iniciativas como esta reforçam a importância da presença dos servidores da saúde no processo de definição de metas e objetivos institucionais, demonstrando ser uma maneira criativa e inovadora para enfrentar e repensar os problemas na gestão em saúde pública.

Restam os desafios de se repensar a gestão por resultados de uma forma em que o processo de trabalho seja analisado sob o ponto de vista coletivo, e não somente na singularidade da produção individual. Com base nos resultados apresentados, há ainda lacunas importantes separando a enunciação discursiva da efetivação concreta da gestão pactuada, sendo necessário que os profissionais de saúde se apropriem de todas as fases e etapas de planejamento, elaboração, execução e avaliação das ações e programas pactuados no TERCOM. Também é importante que a pactuação de resultados seja um investimento humano permanente, respeitando parâmetros não somente quantitativos e de produtividade, mas observando centralmente que a produção do cuidado em saúde com qualidade exige a humanização do trabalho, a satisfação dos usuários e a geração de impacto sócio-epidemiológico.

REFERÊNCIAS

1. Giacomini CH, Marini C, Afonso A. Em busca de uma terceira geração de reformas gerenciais: o modelo de gestão para resultados da cidade de Curitiba. In: II Congresso Consad de Gestão Pública (Painel 40: Gestão dos municípios). Brasília, 2009. [acessado 25 nov]: [cerca de 21 p.]. Disponível em: http://www.seplag.rs.gov.br/uploads/Painel_40_Homero_Giacomini_formatado.pdf
2. Costa-e-Silva V. O processo de implantação do Sistema Integrado de Serviços de Saúde em Vitória-ES: contribuição à discussão da integralidade na atenção à saúde. [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2004.
3. Barbosa NB, Elias PEM. As organizações sociais de saúde como forma de gestão público/privado. Cien Saude Col 2010;15(5):2483-2495.
4. Mendes EV. Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará. 2002.
5. Brasil. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Reflexões aos novos gestores municipais de saúde. Brasília: CONASEMS, 2009.
6. Marty IK. O desafio dos contratos pactuados de gestão de responsabilização a partir do nível local. Divulg Saude Debate 2006; 36: 76-83.

7. Azevedo JCR. 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. [dissertação]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009.
8. Ducci L. Curitiba firma Contrato de Gestão com metas para a saúde. Rev Bras Saúde da Família 2007;8(14):48-57.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Contrato interno de gestão - Secretaria Municipal De Saúde Curitiba/PR. Brasília: MS, 2006.
10. 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.
11. Santos-Filho SB, Figueiredo VON. Contratos internos de gestão no contexto da Política de Humanização: experimentando uma metodologia no referencia de cogestão. Interface - Comunic, Saude, Educ 2009;13(Supl. 1): 615-626.
12. Fortuna CM, Matumoto S, Pereira MJB, Mishima SM. Alguns aspectos do trabalho em saúde: os trabalhadores e os processos de gestão. Saúde em Debate 2002;26(62):272-281.
13. Costa-e-Silva V, Rivera FJU, Hortale VA. Projeto Integrar: avaliação da implantação de serviços integrados de saúde no Município de Vitória, Espírito Santo, Brasil Cad Saude Publica 2007;23(6):1405-1414.
14. Mendes EV. Revisão bibliográfica sobre redes de atenção à saúde. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. 2007.
15. Banco Mundial. Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil: melhorando a qualidade do gasto público e gestão de recursos. Brasília: Banco Mundial. 2007.
16. Alves M, Penna CMM, Brito MJM. Perfil dos gerentes de Unidades Básicas de Saúde. Rev Bras de Enferm 2004;57(4):441-446.
17. Fontenele, MFM. Gestão do desempenho humano: um estudo de caso em um Hospital Geral de Fortaleza (CE). Cien Saude Col 2010;15(Supl. 1):1315-1324.
18. Araújo MAD. Responsabilização pelo controle de resultados no Sistema Único de Saúde no Brasil. Rev Panam Salud Publica 2010; 27(3):230-236.

19. Ayala ALM, Oliveira WF. A divisão do trabalho no setor da saúde e a relação social de tensão entre trabalhadores e gestores. *Trab Educ Saude* 2007;5(2): 217-241.
20. Magalhães MFL. Recursos humanos e modelo assistencial – um encontro instigante. In: Reis AT, Santos AF, Campos CR, Malta DC, Merhy EE, organizadores. *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã, 1998. p. 193-200.
21. André AM, Ciampone MHT. Competências para a gestão de Unidades Básicas de Saúde: percepção do gestor. *Rev Esc Enferm USP* 2007;41(Esp):835-840.

Tabela 1 – Avaliação do TERCOM como ferramenta na organização do processo de trabalho pelos diferentes profissionais participantes no município de Curitiba-PR.

Cargo	O TERCOM é útil para a organização do processo de trabalho				Media Rank	Teste U Mann-Whitney (p)
	Minimamente	Parcialmente	Substancialmente	Totalmente		
Autoridade Sanitária	0	0	8 (32,0%)	17 (68,0%)	58,54	0,006*
Médico	2 (2,9%)	10 (14,7%)	29 (42,6%)	27 (39,7%)	42,76	
Autoridade Sanitária	0	0	8 (32,0%)	17 (68,0%)	30,18	0,281
Enfermeiro	0	3 (10,0%)	10 (33,3%)	17 (56,7%)	26,18	
Autoridade Sanitária	0	0	8 (32,0%)	17 (68,0%)	57,02	0,024*
Cirurgião-dentista	2 (2,9%)	14 (20,3%)	20 (29,0%)	33 (47,8%)	44,05	

Tabela 2 – Avaliação do TERCOM como ferramenta para a identificação e solução de problemas pelos diferentes profissionais participantes no município de Curitiba-PR

Cargo	O TERCOM é útil para a identificação de problemas				Media Rank	Teste U Mann-Whitney (p)
	Minimamente	Parcialmente	Substancialmente	Totalmente		
Autoridade Sanitária	0	2 (8,3%)	7 (29,2%)	15 (62,5%)	51,27	0,208
Médico	0	12 (17,9%)	22 (32,8)	33 (49,3%)	44,11	
Autoridade Sanitária	0	2 (8,3%)	7 (29,2%)	15 (62,5%)	28,40	0,668
Enfermeiro	0	3 (10,0%)	10 (33,3%)	17 (56,7%)	26,78	
Autoridade Sanitária	0	2 (8,3%)	7 (29,2%)	15 (62,5%)	53,81	0,116
Cirurgião-dentista	4 (5,8%)	10 (14,5%)	23 (33,3%)	32 (46,4%)	44,63	
Cargo	O TERCOM é útil para a solução de problemas				Media Rank	Teste U Mann-Whitney (p)
	Minimamente	Parcialmente	Substancialmente	Totalmente		
Autoridade Sanitária	0	4 (16,7%)	8 (33,0%)	12 (50%)	54,25	0,056
Médico	4 (6%)	13 (19,4%)	32 (47,8%)	18 (26,9%)	43,04	
Autoridade Sanitária	0	4 (16,7%)	8 (33,0%)	12 (50,0%)	27,67	0,939
Enfermeiro	0	4 (13,3%)	12 (40,0%)	14 (46,7%)	27,37	
Autoridade Sanitária	0	4 (16,7%)	8 (33,0%)	12 (50,0%)	54,00	0,151
Cirurgião-dentista	6 (8,6%)	18 (25,7%)	18 (25,7%)	28 (40,0%)	45,27	

Tabela 3 – Avaliação do TERCOM como ferramenta para o estabelecimento de prioridades pelos diferentes profissionais participantes no município de Curitiba-PR.

Cargo	O TERCOM é útil para o estabelecimento de prioridades				Média Rank	Teste U Mann-Whitney (p)
	Minimamente	Parcialmente	Substancialmente	Totalmente		
Autoridade Sanitária	0	1 (4,2%)	4 (16,7%)	19 (79,2%)	54,08	0,030*
Médico	2 (3,0%)	8 (12,1%)	20 (30,3%)	36 (54,5%)	42,38	
Autoridade Sanitária	0	1 (4,2%)	4 (16,7%)	19 (79,2%)	30,13	0,175
Enfermeiro	0	0	12 (40,0%)	18 (60,0%)	25,40	
Autoridade Sanitária	0	1 (4,2%)	4 (16,7%)	19 (79,2%)	57,65	0,016*
Cirurgião-dentista	0	11 (15,7%)	23 (32,9%)	36 (51,4%)	44,02	

Tabela 4 – Avaliação do processo de negociação de metas no TERCOM pelos diferentes profissionais participantes no município de Curitiba-PR.

Cargo	Sobre o processo de pactuação do TERCOM o Distrito Sanitário				Média Rank	Teste U Mann-Whitney (p)
	Impõe metas	Impõe metas e negocia outras	Negocia metas	Sugere metas		
Autoridade Sanitária	1 (4,2%)	13 (54,2%)	9 (37,5%)	1 (4,2%)	55,85	0,069
Médico	11 (15,5%)	42 (59,2%)	16 (22,5%)	2 (2,8%)	45,35	
Autoridade Sanitária	1 (4,2%)	13 (54,2%)	9 (37,5%)	1 (4,2%)	29,48	0,234
Enfermeiro	4 (13,8%)	16 (55,2%)	9 (31,0%)	0	24,95	
Autoridade Sanitária	1 (4,2%)	13 (54,2%)	9 (37,5%)	1 (4,2%)	54,02	0,089
Cirurgião-dentista	8 (11,6%)	43 (62,3%)	18 (26,1%)	0	44,56	

Tabela 5 – Avaliação no caso de não cumprimento das metas pactuadas pelos diferentes profissionais participantes do município de Curitiba-PR.

Cargo	No caso do não cumprimento das metas pactuadas, o Distrito Sanitário é aberto a negociá-las					Media Rank	Teste U Mann-Whitney (<i>p</i>)
	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Indiferente	Concordo parcialmente	Concordo plenamente		
Autoridade Sanitária	0	0	0	7 (28,0%)	18 (72,0%)	60,66	0,002*
Médico	4 (5,8%)	1 (1,4%)	8 (11,6%)	29 (42,0%)	27 (39,1%)	42,63	
Autoridade Sanitária	0	0	0	7 (28,0%)	18 (72,0%)	32,92	0,008*
Enfermeiro	0	4 (13,8%)	3 (10,3%)	10 (34,5%)	12 (41,4%)	22,83	
Autoridade Sanitária	0	0	0	7 (28,0%)	18 (72,0%)	54,52	0,032*
Cirurgião-dentista	3 (4,5%)	2 (3,0%)	4 (6,1%)	24 (36,4%)	33 (50,0%)	42,77	

6 ARTIGO 5 – PAGAMENTO POR DESEMPENHO COMO FERRAMENTA GERENCIAL NA ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM CURITIBA, BRASIL ¹

RESUMO

O presente artigo tem como objetivo descrever e discutir a percepção dos trabalhadores da saúde no município de Curitiba-PR, Brasil, sobre o programa de Incentivo ao Desenvolvimento da Qualidade (IDQ) como ferramenta na gestão e organização da atenção pública à saúde. Para tal, o método proposto analisou os dados secundários produzidos pelo Banco Mundial em pesquisa sobre inovações em gestão no Brasil. O presente estudo focalizou nos dados referentes à gestão dos cuidados primários à saúde no referido município, buscando compreender como o IDQ, por meio dos incentivos ao melhor desempenho da equipe e dos profissionais individualmente tem refletido no processo de organização dos serviços e do processo de trabalho. Concluiu-se que a política de avaliação de desempenho com respectivos incentivos oferecidos aos trabalhadores (IDQ), estabelecida pela SMS de Curitiba-PR, pode ser apontada como importante aliada na busca da motivação e comprometimento dos profissionais de saúde com a inovação do processo de trabalho e alcance de metas/resultados pactuados com os gestores, bem como uma adequada ferramenta na busca da qualidade dos serviços de saúde. No entanto, há a necessidade de gestão municipal aprimorar o retorno aos profissionais de saúde sobre os processos de avaliação individual realizada pelas respectivas chefias, assim como a avaliação da comunidade atendida pelas equipes de saúde, de modo a tornar mais efetivo o trabalho realizado.

Descritores: Incentivos; Gestão do Desempenho em Saúde; Administração de Serviços de Saúde; Gestão em Saúde; Nova Administração Pública

INTRODUÇÃO

A mensuração de desempenhos profissionais e o alcance de resultados planejados nos serviços públicos em geral, constitui um dos pilares da reforma gerencial em curso em diversos países. Para o cumprimento efetivo de tais aspirações políticas e gerenciais, alguns exemplos de dispositivos, mecanismos ou ferramentas podem ser lembrados e têm sido instrumentalizados no repertório do que

¹ Artigo a ser submetido à Health Affairs ou Revista de Saúde Pública.

se denomina “gestão por resultados”, inclusive na área da saúde pública: a contratualização de resultados e a remuneração variável por desempenho podem ser incluídas em tais exemplos.^{11,19}

Não obstante, é comum constatar-se a ausência de uma cultura avaliativa de longo prazo por parte de muitas organizações do setor público no Brasil e outros países. Ainda mais, há insuficiente uso de mecanismos sistemáticos que tornem transparente a lógica avaliativa empregada, sobretudo no aspecto relativo à negociação/pactuação de metas e critérios qualiquantitativos para mediar a produção e os resultados gerados no processo de trabalho, trazendo ambiguidades e conflitos no ambiente de trabalho e impedindo que trabalhadores se apropriem dos objetivos centrais do processo, criando obstáculos para a implementação de ações preventivas ou corretivas sobre os desvios de desempenho ou pobre alcance de metas desejáveis.¹⁰

Frente aos desafios apresentados pela reforma gerencial necessária ao setor saúde, os sistemas de incentivos adquirem grande interesse não só para pesquisadores e agentes financiadores, mas também para tomadores de decisão e gestores.⁹ Exemplo disso é o que vem ocorrendo na Grã-Bretanha, no qual a política de mensuração de resultados em saúde se aprofunda, com a adoção recente da mensuração da satisfação do paciente sobre a qualidade da atenção recebida, com impactos na remuneração dos profissionais de saúde por meio de incentivos financeiros.^{11,18,19, 21,22}

Para Fekete e Almeida⁹ (2000), sistemas de incentivos podem ser entendidos como componentes da estratégia de gestão que, aplicados a partir de uma remuneração básica, visam estimular a equipe de trabalho, otimizando os componentes do processo produtivo nos serviços de saúde e possibilitando o alcance dos objetivos organizacionais de acordo com os preceitos da qualidade.

Alguns autores advogam que os incentivos poderão ajudar no alcance dos objetivos da política de saúde, favorecendo o acesso aos serviços de saúde necessários aos cidadãos, garantindo alta qualidade do atendimento e melhoria da equidade, bem como promovendo a utilização efetiva e eficiente dos recursos de saúde.^{14,22} No entanto, embora programas de incentivos por desempenho estejam sendo utilizados no planejamento e implementação de ações e serviços de saúde, poucas são as evidências existentes sobre a sua efetividade ou as suas potenciais consequências intencionais e não intencionais (externalidades), com respectivos efeitos sobre a relação profissional-paciente e impactos sobre a saúde da população.^{10,11,23}

No Brasil, para fazer face às novas demandas da gestão no Sistema Único de Saúde (SUS), faz-se necessário a produção de novas relações entre os diversos atores e processos institucionais envolvidos. Acredita-se que somente os gestores orientados por princípios que incorporam a inovação de abordagens e métodos conseguirão fomentar as inovações de práticas de saúde.²⁰ Por isso, é

necessário dotar as organizações de novas capacidades, criar instrumentos de avaliação de desempenho e de garantia de qualidade, incentivar e recompensar o bom desempenho, adotar políticas de remuneração mais flexíveis e motivadoras.¹⁵

Respalado nessas novas demandas do SUS, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Curitiba implantou no ano de 2002 o Contrato de Gestão, como forma de melhorar o gerenciamento das ações e serviços de saúde e com o objetivo de aumentar a participação, negociação e responsabilização mútua entre gestores e equipes das Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família, o que, por consequência desejável, deveria beneficiar os usuários de tais ações e serviços.⁷

Nesse mesmo ano, a SMS também implantou o Programa de Incentivo ao Desenvolvimento da Qualidade (IDQ), propondo o pagamento de incentivos financeiros mensais, por meio de gratificações que representa 20 a 50% sobre o salário-base aos funcionários que apresentarem bons resultados em seu desempenho⁷. O IDQ é avaliado trimestralmente por meio de quatro planilhas: a) avaliação individual do profissional da saúde (realizada pela chefia), b) autoavaliação, c) avaliação da unidade de saúde, d) avaliação da comunidade.^{1,3,7,26}

Os quatro itens da avaliação do IDQ desde sua implantação são analisados da seguinte forma:^{7,26}

- 1º) Avaliação individual do trabalhador (ponderação 45%). O superior imediato faz uma avaliação prévia (*baseline*) e, em seguida, novamente no final do trimestre. Os critérios são: conhecimento, atitude profissional, habilidades interpessoais, qualidade do trabalho e conformidade com as normas administrativas. Esta avaliação fornece um “*feedback*” para os trabalhadores sobre o seu desempenho e indica ações específicas para melhorar a qualidade do processo de trabalho. O mínimo de 80 pontos é necessário para ser elegível para o bônus financeiro;
- 2º) Autoavaliação (ponderação 5%). No final do trimestre, cada funcionário avalia o seu próprio desempenho, comportamento e produtividade em relação aos resultados esperados, usando os mesmos critérios no primeiro item;
- 3º) Avaliação da Unidade de Saúde (ponderação 35%). Esta avaliação, no final de cada trimestre, avalia se o desempenho e alcance de metas contratadas com a Unidade de Saúde foram atingidos. Os itens analisados constam na planilha de indicadores de desempenho do contrato de gestão firmado institucionalmente entre chefias e equipes (contrato assinado no Termo de Compromissos - TERCOM);
- 4º) Avaliação da Comunidade (ponderação 15%). A SMS realiza por meio de contratação de instituto independente de pesquisas, consultas telefônicas trimestrais com amostras

representativas de usuários das Unidades de Saúde (Avaliação da Comunidade) para perguntar sobre a qualidade do atendimento e serviços prestados. As Unidades de Saúde com pontuação acima de 70 por cento ("excelente" e "bom") são elegíveis para participar do programa de IDQ.

Com base nas premissas apresentadas, o presente artigo tem como objetivo descrever e discutir a percepção dos gestores locais (Autoridades Sanitárias Locais – ASL) e dos trabalhadores das equipes básicas de saúde (médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas), quanto à operacionalização do programa de Incentivo ao Desenvolvimento da Qualidade (IDQ) como ferramenta na organização da Atenção Primária à Saúde no município de Curitiba-PR, Brasil.

MÉTODOS

Pesquisa avaliativa retrospectiva foi realizada, a partir da base de dados secundários gerada em pesquisa maior, conduzida pelo Banco Mundial, sobre inovações em gestão no Brasil, incluindo a gestão hospitalar em São Paulo e a gestão dos cuidados primários à saúde no município de Curitiba.²⁶ A coleta primária de dados pelo Banco Mundial ocorreu por meio do sistema de correio interno da SMS. Foram selecionados 372 funcionários elegíveis (nível superior) em uma amostra representativa de Unidades de Saúde do município. As 31 unidades participantes da amostra foram escolhidas para fornecer uma representação adequada de todos os Distritos de Saúde, bem como a distribuição por tipo de cargos e carreiras superiores constituintes da equipe mínima da atenção primária no município (ASL, médico, enfermeiro e cirurgião-dentista), e da distribuição entre Unidades Básicas com Equipes de Saúde da Família (USF) e Unidades Básicas sem Equipes de Saúde da Família (UBS). Foram excluídas do inquérito as Unidades de Emergência 24 Horas. O total de participantes que responderam ao questionário foi de 254 servidores, com taxa de resposta de 68%.²⁶

As questões do instrumento de coleta de dados de pesquisa foram elaboradas, tendo em vista que o principal objetivo das entrevistas de campo seria compreender se o sistema de gestão por resultados, com uso de incentivos financeiros profissionais, teria potencial para influenciar o desempenho institucional neste campo de atividades, a atenção primária à saúde. O questionário foi composto de 29 questões de múltipla escolha, das quais foram selecionadas para o presente artigo aquelas que tratavam das seguintes questões: a) o impacto que o programa de IDQ apresenta sobre o comportamento e desempenho individual; b) sobre o trabalho em equipe; c) o papel das avaliações da comunidade.

Análise da Base de Dados

A presente análise foi precedida da obtenção de consentimento da SMS para a cessão e uso da base de dados secundários gerados com a pesquisa do Banco Mundial, citada anteriormente. O protocolo de pesquisa apresentado como pré-requisito à execução deste trabalho foi submetido à análise pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, tendo sido devidamente aprovado sob nº 5667 e parecer nº 004066/10, em 30 de junho de 2010.

Ao processar a base de dados, foi realizado um trabalho prévio de filtragem e consistência dos dados, excluindo-se da análise as ASL e os profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas) que apresentavam menos de um ano atuando nas Unidades de Saúde, ao tempo em que as entrevistas foram realizadas. Considerou-se que, para interpretar e responder aos itens pesquisados, os participantes deveriam já ter se apropriado do sistema de avaliação do desempenho, com um mínimo de tempo de serviço, quando já tivessem recebido ao menos uma avaliação anualizada de desempenho.

Para a avaliação da percepção das diferentes categorias profissionais sobre o IDQ, o recorte metodológico proposto buscou identificar a existência de diferenças na percepção das ASL frente à opinião dos médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas quanto aos mecanismos de avaliação por desempenho, por meio de incentivos profissionais, utilizados na organização da atenção primária à saúde em Curitiba.

A análise dos dados foi realizada pelo *software* SPSS[®] for Windows v. 13.0. O teste de U Mann-Whitney, com nível de significância de 5%, foi aplicado para verificar a diferença entre as opiniões das ASL frente aos demais trabalhadores da saúde pesquisados.

RESULTADOS

Na Tabela 1, os resultados demonstram que o IDQ apresentou impacto na diminuição de faltas, atrasos, indisciplina e afastamentos dos profissionais de saúde. Também se verificou que o presente sistema de mensuração e incentivos por desempenho parece exercer algum papel no aumento de motivação dos trabalhadores da saúde da SMS de Curitiba-PR. Os gestores locais também apontam que o IDQ aumentou substancialmente o valor do salário dos servidores da SMS de Curitiba. No entanto, os próprios profissionais reconhecem que se trata de um incentivo financeiro temporário e não gera um benefício permanente em seu salário-base, com incorporação, por exemplo, nas aposentadorias. Em todas as categorias profissionais (médico, enfermeiro e cirurgião-dentista)

identificaram-se diferenças na distribuição das respostas, quando comparados com a percepção da ASL.

Entretanto, quando observada a questão se o IDQ constitui-se em uma ferramenta que contribui para o aperfeiçoamento do processo de trabalho, os participantes (médicos e cirurgiões-dentistas) diferiram na distribuição de respostas comparadas com a percepção das Autoridades Sanitárias Locais (ASL): enquanto estes últimos apontam que o processo de avaliação por desempenho, na grande maioria das vezes, tem reflexo positivo sobre o processo de trabalho (Tabela 2), alguns servidores assinalaram em suas respostas que este dispositivo tem “nenhum” ou “mínimo” impacto na melhoria do processo de trabalho, sendo a pior avaliação a dos médicos (19%), seguido pelos cirurgiões-dentistas (16,9%) e os enfermeiros (7,5%).

Ao analisar o aspecto da melhoria no trabalho em equipe, verificaram-se várias divergências no padrão de respostas dos servidores participantes. Os gestores locais, na sua maioria (80%), concordaram que o IDQ melhorou positivamente o trabalho em equipe. Porém, os médicos foram os que mais diferiram da opinião das ASL e os cirurgiões-dentistas seguiram esta tendência, sendo os que menos apontaram que o IDQ trouxe melhorias no trabalho em equipe (Tabela 2). Quanto o aumento da produtividade por meio do IDQ, identificou-se que este sistema de incentivo teve grande reflexo na produtividade dos profissionais de saúde. Um fato digno de nota é que, dentre todos os servidores participantes, os cirurgiões-dentistas foram os que mais concordaram plenamente com o aumento na produtividade.

Na Tabela 3 constatou-se que as ASL apontam que na maioria dos casos o IDQ ainda surte efeitos positivos, desde sua implantação original, nos itens avaliados anteriormente (diminuição de faltas, atrasos, indisciplina e afastamento; aumento na motivação dos profissionais; contribui para aperfeiçoar o processo de trabalho; aumento no salário; melhora no trabalho em equipe e aumento na produtividade dos profissionais). Já os profissionais de saúde apontam que somente em alguns casos ainda acaba tendo o efeito originalmente pensado.

Sobre o processo de avaliação individual (Tabela 4) realizada pela chefia imediata, os profissionais de saúde e os gestores locais acham que o processo é bastante coerente. Já em relação à transparência da avaliação, constatou-se grande controvérsia entre as percepções das ASL com os profissionais de saúde, pois os primeiros estão convencidos de que o processo é muito claro (87,5%), enquanto os últimos evidenciam a necessidade de esclarecer melhor o processo e o resultado da avaliação individual. Da mesma forma, ao analisar a imparcialidade no processo avaliativo da chefia, verificou-se que a opinião dos gestores locais difere da opinião dos profissionais da saúde, principalmente dos enfermeiros e dos cirurgiões-dentistas. Isto pode sinalizar a possibilidade da

existência de privilégios e avaliações diferenciadas pelas ASL, dependendo das relações interpessoais e da categoria profissional.

Sobre o processo de avaliação da comunidade presente no IDQ, os gestores locais afirmam em sua quase totalidade, que os profissionais de saúde são informados sobre todos os resultados da percepção dos usuários atendidos pelo serviço de saúde. Em contraposição, aproximadamente 1/3 dos profissionais de saúde pesquisados afirmam que recebem “parcialmente” ou “nenhum” posicionamento da ASL sobre os resultados de satisfação da comunidade. O que se caracteriza nessa questão, é que existe grande divergência/contradição de opiniões entre os diferentes servidores participantes (Tabela 5).

DISCUSSÃO

Um sistema de incentivos financeiros, para ser coerente, deve ser adequado ao contexto local. Aqui se inclui a função e a infraestrutura do serviço de saúde, as necessidades de saúde da população local e as prioridades na prestação dos serviços.¹²

As avaliações de desempenho devem ser compreendidas como dispositivos de tomada de decisões e de definição de políticas de gestão de pessoas, como base em critérios consensuais e que levam ao julgamento de valor de uma intervenção. O processo de avaliação é tão importante quanto às conclusões geradas por ele, pois permite a compreensão de necessidades de mudanças, desde que possuam a credibilidade das pessoas envolvidas, a legitimidade política e institucional, bem como o reconhecimento dos seus potenciais beneficiários – os cidadãos que pagam o funcionamento dos serviços públicos.¹⁰

Autores advogam que a remuneração baseada em desempenho também requer seleção cuidadosa dos indicadores em que o desempenho será medido e um projeto cuidadoso de incentivos para que possa alinhar o comportamento de saúde do trabalhador com os objetivos da instituição ou serviços de saúde.^{6,25} Provavelmente, um dos principais ganhos com o estabelecimento de sistemas de incentivos de desempenho, é que o profissional de saúde passa a ser avaliado por critérios objetivos de produtividade e eficiência, ao mesmo tempo em que se garante ao usuário a prerrogativa de mensurar a qualidade do atendimento recebido.¹⁷ Argumenta-se que estes sistemas facilitam a adesão para práticas inovadoras e facilitam as rupturas necessárias quando se impõe a transição de modelos de atenção de um paradigma fragmentado para um integrado. Dessa maneira, o sistema de incentivo financeiro pode ser uma ferramenta indutora da qualidade que prestigia e provoca a melhoria contínua dos serviços prestados.⁵

Entretanto, a ausência de uma cultura de muitas organizações do setor público no Brasil em estabelecer metas e o predomínio de uma visão avaliativa que privilegia somente a produtividade, muitas vezes no sentido mais injustificado que se reduz a contagem de procedimentos e controle contábil, produz ambiguidades e conflitos no ambiente de trabalho, impedindo que os trabalhadores distingam outros objetivos mais nobres do processo de cuidado à saúde.¹⁰ Os sistemas de gratificações financeiras devem romper com a ênfase frequentemente baseada somente na melhoria na produtividade, independentemente de impacto qualitativo das intervenções nos indicadores sanitários ou epidemiológicos, ou na consideração de quem tais serviços sejam realmente necessários.^{16,25}

Em Curitiba, o programa de IDQ tem demonstrado impacto no que se refere à diminuição de faltas, atrasos, indisciplina e afastamentos dos profissionais de saúde. Isso ocorre pelo fato de que, em caso de ausência repetida, notificação de penalidades e advertências, períodos anormais de licença, ou atrasos frequentes no horário de trabalho, tais ocorrências desqualificam o profissional relapso para receber a gratificação financeira do IDQ no trimestre.²⁶

Além disto e, talvez mais importante, há um prejuízo coletivo pois o mal desempenho individual traz consequências negativas para a avaliação de toda a equipe, o que acaba impondo um controle intersubjetivo entre pares na busca de melhor desempenho de todos os envolvidos.

O uso de incentivos financeiros, por meio do IDQ, foi destacado pelos servidores da SMS de Curitiba como um fator motivador no processo de trabalho que ainda exercer influência sobre o processo de trabalho, mesmo decorridos anos após sua implantação. No entanto, deve-se pensar a gestão da força de trabalho em saúde em um sentido que contemple a produção de um ambiente organizacional orientado para a satisfação dos funcionários que vai além da implantação de uma política seletiva de incentivos monetários. As condições e situações que geram nos funcionários sensações de injustiça, opressão ou insatisfação não se restringem aos aspectos de ordem econômica/salarial. Embora a remuneração seja um fator importante, reconhecidamente é insuficiente, e em muitas situações até mesmo inadequado, para se compreenderem alguns dos complexos problemas que afetam a motivação dos trabalhadores nesta área tão dependente do fator humano.⁸ Como evidenciado acima, os incentivos financeiros podem, todavia, não provocar os efeitos para os quais foram pensados, já que estes dependem de motivação profissional. A motivação intrínseca tem tradicionalmente sido considerada como um atributo essencial de alta qualidade na prática profissional. Vigilância constante dos gestores, no sentido da supervisão autoritária e vertical, além de mecanismos excessivos de controle das práticas podem minar a motivação, provocando assim, conflitos internos dentro da equipe de atenção primária.¹⁸

Vale destacar, como aponta Benevides e Passos² (2009) que em qualquer processo de avaliação é imprescindível que seja tácita a parceria e negociação entre a gestão e a linha de frente de produção de serviços, pois nos processos de monitoramento e acompanhamento faz-se necessário a participação de todos os sujeitos envolvidos (gestores, trabalhadores da ponta e usuários). Entretanto, Azevedo¹ (2009) em estudo com 538 servidores da SMS sobre o contrato interno de gestão (TERCOM) e o conhecimento dos indicadores que são avaliados no IDQ para o recebimento de incentivo financeiro, constatou que grande parte dos trabalhadores pesquisados desconhece os itens e como são avaliados pelo gestor local (ASL).

Sobre o impacto do IDQ no aperfeiçoamento do processo de trabalho, os profissionais de saúde não são unânimes em afirmar que este instrumento reflete positivamente dentro das Unidades de Saúde. Como aponta Cecílio et al⁴ (2002) a gestão somente conseguirá intervir nos processos de trabalho, dentro dos serviços de saúde, quando os trabalhadores de saúde experimentarem um protagonismo ativo na condução da política de avaliação de desempenho. Já outros autores comentam que a avaliação de desempenho, dependendo de como for avaliada, pode provocar um efeito negativo no processo de trabalho estabelecido (contraprodutividade), pois os profissionais de saúde poderão simplesmente blefar com as medidas e metas estabelecidas, ou ainda apostar em falhas no sistema de monitoramento/avaliação, de modo a continuarem recebendo os incentivos financeiros, em vez de se concentrarem na qualidade do atendimento ofertado aos usuários.^{15,16,21,23}

Também há necessidade de se repensar o uso de incentivos financeiros, pois segundo Lacaz et al¹³ (2010) ao avaliarem alguns municípios brasileiros, a inclusão do prêmio por produtividade e desempenho estaria vinculada à correção de distorções salariais internas ao sistema de saúde. Por isso, Fekete e Almeida⁹ (2000) defendem que os incentivos são ganhos extras que visam modificar os trabalhadores para o alcance de determinadas metas ou reforço de determinados comportamentos, mas não devem ser adotados como mecanismos de equiparação salarial entre diferentes categorias profissionais ou compensação de defasagens na remuneração dos trabalhadores da saúde.

Outro aspecto que não pode ser negligenciado é que sistemas de incentivos financeiros valorizem não só o desempenho individual, mas principalmente o trabalho em equipe, uma vez que os incentivos, nesse caso, não devem ser concedidos individualmente.⁵ Sutton e McLean²⁴ (2006) comentam que para o sucesso no uso de incentivos financeiros é necessário que a avaliação dos resultados se concentre na produção do cuidado em saúde de forma integral realizada pela equipe multidisciplinar, com base em evidências que orientem o trabalho para o alcance dos melhores indicadores de saúde na população atendida.

A SMS de Curitiba, presumivelmente, tem se preocupado com esta questão, pois as metas avaliadas no IDQ são consideradas coletivamente, por Unidade de Saúde e contexto populacional local, o que demonstra um ganho em relação ao trabalho em equipe. Assim, cria-se a preocupação em rede na busca da produção do cuidado em saúde, o que acaba mobilizando todos os trabalhadores da saúde e favorecendo principalmente aos usuários.⁷ Os servidores participantes (ASL, médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas) identificaram que o processo de avaliação individual é bastante coerente com as necessidades da gestão e da atenção à saúde. Ducci⁷ (2007) esclarece que o fato de cada Unidade de Saúde trabalhar de acordo com sua realidade local, acaba tornando o processo de avaliação coerente com as necessidades da população e com as metas a serem pactuadas e negociadas com os profissionais de saúde. Ainda assim, na presente pesquisa, os profissionais de saúde participantes demonstraram que existe a necessidade de aperfeiçoar essa ferramenta para que de fato estimule o trabalho em equipe.

Quanto ao aspecto do sistema de avaliação de desempenho (IDQ) ser um instrumento transparente para os profissionais de saúde da SMS, verificou-se que a gestão apresenta dificuldades em desvelar os mecanismos de avaliação realizados pela ASL. Dessa forma, isto tende a estimular o distanciamento dos profissionais de saúde, já que estes se percebem não ouvidos em suas sugestões e não participantes das tomadas de decisões, o que pode afetar na satisfação crescente com a organização. Complementarmente, Snyder e Neubauer²³ (2007) defendem que o processo de avaliação não seja somente transparente para os profissionais de saúde, pois os pacientes também devem saber quais as medidas de qualidade que estão sendo submetidos para que os funcionários recebam os incentivos financeiros.

A imparcialidade na avaliação individual do IDQ também deve ser repensada, pois enfermeiros e cirurgiões-dentistas alegam existir “moderada” ou “mínima” imparcialidade na avaliação realizada pela chefia. É interessante notar que médicos apresentaram opinião quase semelhante com as ASL, de que existe sim imparcialidade na avaliação individual. Esta sintonia de respostas pode refletir uma situação particular, no âmbito dos poderes corporativos que são óbvios nas instituições, em que, muitas vezes, como forma de fixação no emprego, concedem-se regalias para a categoria profissional dos médicos que muitas vezes goza de condições especiais de trabalho e renda, o que acaba caracterizando para as outras categorias profissionais a falta de imparcialidade da gestão local.

Quanto à avaliação da comunidade sobre o serviço de saúde presente no IDQ, a maioria dos profissionais de saúde pesquisados afirma conhecer os resultados do processo avaliativo; no entanto, aproximadamente 1/3 apontam desconhecer ou conhecer parcialmente os resultados obtidos. O relatório do Banco Mundial, ao analisar outras questões não incluídas no presente estudo, identificou

que os servidores que têm acesso aos resultados da avaliação da comunidade relataram que tal fato se refletiu na melhoria do serviço, na melhoria da organização da demanda e das instalações físicas e na redução do tempo de espera.²⁶

Devido às limitações presentes na pesquisa quantitativa e corroborando com Cecílio et al⁴ (2002), seria necessário uma investigação qualitativa para melhor avaliar o quanto o pagamento de incentivos financeiros, por si só, potencializa uma maior adesão dos trabalhadores e quais os seus reflexos na qualidade da atenção em seus aspectos subjetivos.

A política de avaliação de desempenho, estabelecida pela SMS de Curitiba-PR, consolidou-se como dispositivo na busca da motivação e comprometimento dos profissionais de saúde, sendo apontada como uma ferramenta adequada na busca da qualidade dos serviços de saúde.

Entretanto, inovações em gestão tendem a ter um efeito de curta duração, por isso há necessidade de criar novos mecanismos em longo prazo para que os servidores se sintam motivados e comprometidos com os resultados globais da instituição, que em última instância são essenciais para a sociedade. Reconhecidamente, sistemas de incentivos financeiros têm caráter temporário como ferramenta na política de gestão de pessoas e isto também vale para o IDQ. É preciso manter no centro do debate que problematiza a avaliação por desempenho, a perspectiva crítica de que a finalidade última são as necessidades e interesses dos cidadãos-usuários dos serviços de saúde, portanto o foco é a qualidade dos serviços ofertados.

Como desafios a serem repensados para aperfeiçoar o programa de IDQ, há a necessidade de gestão municipal aprimorar o retorno aos profissionais de saúde sobre os processos de avaliação individual realizada pela chefia e a avaliação da comunidade. A imparcialidade e a transparência nas avaliações do IDQ devem ser os principais fatores a serem discutidos pela SMS, pois explicitando melhor o processo avaliativo a todos os atores envolvidos provavelmente se descortina um horizonte de maior corresponsabilidade na execução das ações. Desta maneira, a SMS conseguirá implantar em cada Unidade de Saúde um ambiente de trabalho democrático, saudável e participativo, que terá como ênfase a melhoria no processo de cuidado à saúde.

REFERÊNCIAS

1. Azevedo JCR. 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. [dissertação]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009.

2. Benevides R, Passos E. Prefácio: uma (in)esperada avaliação. In: Santos-Filho SB. Avaliação e humanização em saúde: aproximações metodológicas. Ijuí: Ed. Unijuí, 2009. p. 17-24.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. contrato interno de gestão - secretaria municipal de saúde Curitiba/PR. Brasília: MS, 2006.
4. Cecílio LC, Rezende MFB, Magalhães MG, Pinto SA. O pagamento de incentivo financeiro para os funcionários como parte da política de qualificação da assistência de um hospital público, Volta Redonda, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica* 2002;18(6):1655-1663.
5. Costa-e-Silva V. O processo de implantação do Sistema Integrado de Serviços de Saúde em Vitória-ES: contribuição à discussão da integralidade na atenção à saúde. [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2004.
6. Dal Poz MR, Pierantoni CR, Varella TC. Produtividade e desempenho dos recursos humanos nos serviços de Saúde. Washington: OPAS, 1997.
7. Ducci L. Curitiba firma Contrato de Gestão com metas para a saúde. *Rev Bras Saúde da Família* 2007;8(14):48-57.
8. Farias LO, Vaitsman J. Interação e conflito entre categorias profissionais em organizações hospitalares públicas. *Cad Saude Publica* 2002;18(5):1229-1241.
9. Fekete MC, Almeida MJ. Sistemas de incentivo ao trabalho em saúde. *Espaço para a saúde* 2000;2(1):1-21.
10. Fontenele, MFM. Gestão do desempenho humano: um estudo de caso em um Hospital Geral de Fortaleza (CE). *Cien Saude Col* 2010;15(Supl. 1):1315-1324.
11. Glickman SW, Peterson ED. Innovative health reform models: pay-for-performance initiatives. *Am J Manag Care*. 2009;15:S300-S305
12. International Council of Nurses, International Hospital Federation, International Pharmaceutical Federation, World Confederation for Physical Therapy, World Dental Federation, World Medical Association. Guidelines: incentives for health professionals. Commissioned by the Global Health Workforce Alliance, World Health Organization. Geneva. 2008.
13. Lacaz FAC, Vieira NP, Cortizo CT, Junqueira V, Santos APL, Santos FS. Qualidade de vida, gestão do trabalho e plano de carreira como tecnologista em saúde na atenção básica do Sistema Único de Saúde em São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica* 2010; 26(2):253-263.
14. Langenbrunner JC, Cashin C, O'Dougherty S. Designing and implementing health care provider payment systems: how-to manuals. Washington: The World Bank, 2009.
15. Leite JDBL, Souza HF, Nascimento ECV. Contratualização na Saúde: proposta de um Contrato Único para os programas no Estado de Minas Gerais. *Rev Adm Saude* 2010; 12(46):15-22.

16. Loevinsohn B. Performance-based contracting for health services in developing countries: a toolkit. Washington: The World Bank, 2008.
17. Magalhães MFL. Recursos humanos e modelo assistencial – um encontro instigante. In: Reis AT, Santos AF, Campos CR, Malta DC, Merhy EE, organizadores. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998. p. 193-200.
18. McDonald R, Harrison S, Checkland K, Campbell SM, Roland M. Impact of financial incentives on clinical autonomy and internal motivation in primary care: ethnographic study. *BMJ* 2007; 334: 1357.
19. Pacheco RS. Mensuração de desempenho no setor público: os termos do debate. *Cad Gestão Pública e Cidadania* 2009;14(55):149-161.
20. Pasche DF. Gestão e subjetividade em saúde: elementos para uma reforma na saúde. In: Pasche DF, Cruz MBM, organizadores. *Saúde Coletiva: diálogos contemporâneos*. Ijuí: Ed. Unijuí, 2005. p. 93-110.
21. Rother J. A consumer perspective on physician payment reform. *Health Affairs* 2009; 28(2):w235-w237.
22. Smith PC, York, N. Quality incentives: the case of U.K. general practitioners. *Health Affairs* 2004; 23(3): 112-118.
23. Snyder L, Neubauer RL. Pay-for-performance principles that ensure promotion of patient-centered care: An ethics manifesto. *Ann Intern Med* 2007;147:792-794.
24. Sutton M, Mclean G. Determinants of primary medical care quality measured under the new UK contract: cross sectional study. *BMJ* 2006; 332: 389-90.
25. Vujicic M, Ohiri K, Sparkes S. Working in health: financing and managing the public sector health workforce. Washington: The World Bank, 2009. 271p.
26. 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.

Tabela 1 – O efeito do IDQ no comportamento individual e no aumento do salário segundo os diferentes atores envolvidos no município de Curitiba-PR.

Cargo	O IDQ diminuiu faltas, atrasos, indisciplina e afastamentos					Media Rank	U Mann-Whitney (p)
	Nenhum	Mínimo	Moderado	Substancial	Total		
Autoridade Sanitária	1 (4%)	3 (12%)	4 (16%)	12 (48%)	5 (20%)	55,74	0,580
Médico	4 (5%)	8 (10%)	17 (21,3%)	40 (50%)	11 (13,8%)	52,14	
Autoridade Sanitária	1 (4%)	3 (12%)	4 (16%)	12 (48%)	5 (20%)	33,92	0,604
Enfermeiro	1 (2,6%)	1 (2,6%)	15 (38,5%)	16 (41%)	6 (15,4%)	31,59	
Autoridade Sanitária	1 (4%)	3 (12%)	4 (16%)	12 (48%)	5 (20%)	49,14	0,888
Cirurgião-dentista	3 (4,2%)	5 (7,9%)	19 (25,6%)	29 (45,1%)	15 (17,2%)	48,27	
Cargo	O IDQ aumentou a motivação dos profissionais					Media Rank	U Mann-Whitney (p)
	Nenhum	Mínimo	Moderado	Substancial	Total		
Autoridade Sanitária	1 (4%)	0	5 (20%)	15 (60%)	4 (16%)	59,14	0,260
Médico	1 (1,2%)	9 (11,1%)	22 (27,2%)	36 (44,4%)	13 (16%)	51,76	
Autoridade Sanitária	1 (4%)	0	5 (20%)	15 (60%)	4 (16%)	32,10	0,740
Enfermeiro	0	1 (2,5%)	10 (25%)	19 (47,5%)	10 (25%)	33,56	
Autoridade Sanitária	1 (4%)	0	5 (20%)	15 (60%)	4 (16%)	46,12	0,596
Cirurgião-dentista	1 (4,2%)	3 (12,7%)	17 (22,5%)	28 (35,2%)	22 (25,4%)	49,34	
Cargo	O IDQ aumentou o salário					Media Rank	U Mann-Whitney (p)
	Nenhum	Mínimo	Moderado	Substancial	Total		
Autoridade Sanitária	0	2 (8%)	2 (8%)	13 (52%)	8 (32%)	65,28	0,012*
Médico	5 (6,3%)	14 (17,7%)	22 (27,8%)	20 (25,3%)	18 (22,8%)	48,46	
Autoridade Sanitária	0	2 (8%)	2 (8%)	13 (52%)	8 (32%)	38,52	0,047*
Enfermeiro	0	2 (5%)	15 (37,5%)	16 (40%)	7 (17,5%)	29,55	
Autoridade Sanitária	0	2 (8%)	2 (8%)	13 (52%)	8 (32%)	62,12	0,005*
Cirurgião-dentista	4 (5,6%)	11 (15,3%)	26 (36,1%)	16 (22,2%)	15 (20,8%)	44,44	

Tabela 2 – O efeito do IDQ na organização do processo de trabalho segundo diferentes atores envolvidos no município de Curitiba-PR.

Cargo	O IDQ contribuiu para aperfeiçoar o processo de trabalho					Media Rank	U Mann-Whitney (p)
	Nenhum	Mínimo	Moderado	Substancial	Total		
Autoridade Sanitária	0	0	3 (12%)	14 (56%)	8 (32%)	66,46	0,005*
Médico	3 (3,8%)	12 (15,2%)	18 (22,8%)	32 (40,5%)	14 (17,7%)	48,11	
Autoridade Sanitária	0	0	3 (12%)	14 (56%)	8 (32%)	36,96	0,144
Enfermeiro	0	3 (7,5%)	8 (20%)	20 (50%)	9 (22,5%)	30,53	
Autoridade Sanitária	0	0	3 (12%)	14 (56%)	8 (32%)	57,92	0,039*
Cirurgião-dentista	3 (4,2%)	9 (12,7%)	16 (22,5%)	25 (35,2%)	18 (25,4%)	45,18	
Cargo	O IDQ melhorou o trabalho em equipe					Media Rank	U Mann-Whitney (p)
	Nenhum	Mínimo	Moderado	Substancial	Total		
Autoridade Sanitária	0	1 (4%)	4 (16%)	15 (60%)	5 (20%)	63,94	0,022*
Médico	6 (7,6%)	7 (8,9%)	26 (32,9%)	28 (35,4%)	2 (15,2%)	48,88	
Autoridade Sanitária	0	1 (4%)	4 (16%)	15 (60%)	5 (20%)	37,78	0,080
Enfermeiro	1 (2,5%)	2 (5%)	14 (35%)	18 (45%)	5 (12,5%)	30,01	
Autoridade Sanitária	0	1 (4%)	4 (16%)	15 (60%)	5 (20%)	54,84	0,103
Cirurgião-dentista	3 (4,3%)	9 (13%)	24 (34,8%)	14 (20,3%)	19 (27,5%)	44,84	
Cargo	O IDQ aumentou a produtividade dos profissionais					Media Rank	U Mann-Whitney (p)
	Nenhum	Mínimo	Moderado	Substancial	Total		
Autoridade Sanitária	0	0	7 (28%)	13 (52%)	5 (20%)	61,02	0,113
Médico	7 (8,8%)	6 (7,5%)	24 (30%)	28 (35%)	15 (18,8%)	50,49	
Autoridade Sanitária	0	0	7 (28%)	13 (52%)	5 (20%)	33,34	0,900
Enfermeiro	2 (5%)	1 (2,5%)	8 (20%)	21 (52,5%)	8 (20%)	32,79	
Autoridade Sanitária	0	0	7 (28%)	13 (52%)	5 (20%)	52,00	0,377
Cirurgião-dentista	3 (4,3%)	9 (12,9%)	17 (24,3%)	23 (32,9%)	18 (25,7%)	46,57	

Tabela 3 – Se o IDQ ainda surte efeitos segundo diferentes atores envolvidos no município de Curitiba-PR.

Cargo	O IDQ ainda surte efeitos				Media Rank	Teste U Mann-Whitney (p)
	Maioria dos casos	Alguns casos	Poucos casos	Não surte mais efeito		
Autoridade Sanitária	20 (80%)	3 (12%)	1 (4%)	1 (4%)	45,80	0,076
Médico	48 (58,5%)	25 (30,5%)	8 (9,8%)	1 (1,2%)	56,50	
Autoridade Sanitária	20 (80%)	3 (12%)	1 (4%)	1 (4%)	30,72	0,190
Enfermeiro	26 (61,9%)	15 (35,7%)	0	1 (2,4%)	35,95	
Autoridade Sanitária	20 (80%)	3 (12%)	1 (4%)	1 (4%)	43,28	0,184
Cirurgião-dentista	45 (63,4%)	22 (31%)	3 (4,2%)	1 (1,4%)	50,34	

Tabela 4 – Percepção sobre o processo de avaliação individual do IDQ segundo os diferentes atores envolvidos no município de Curitiba-PR.

Cargo	A avaliação individual do IDQ é coerente			Media Rank	U Mann-Whitney (p)
	Minimamente	Moderadamente	Muito		
Autoridade Sanitária	0	13 (52%)	12 (48%)	59,26	0,278
Médico	8 (9,8%)	41 (50%)	33 (40,2%)	52,40	
Autoridade Sanitária	0	13 (52%)	12 (48%)	37,36	0,305
Enfermeiro	4 (9,3%)	22 (51,2%)	17 (39,5%)	32,84	
Autoridade Sanitária	0	13 (52%)	12 (48%)	52,34	0,518
Cirurgião-dentista	7 (9,6%)	33 (45,2%)	33 (45,2%)	48,53	
Cargo	A avaliação individual do IDQ é transparente			Media Rank	U Mann-Whitney (p)
	Minimamente	Moderadamente	Muito		
Autoridade Sanitária	0	3 (12,5%)	21 (87,5%)	66,06	0,007*
Médico	3 (3,7%)	32 (39%)	47 (57,3%)	49,82	
Autoridade Sanitária	0	3 (12,5%)	21 (87,5%)	38,94	0,045*
Enfermeiro	2 (4,7%)	13 (30,2%)	28 (65,1%)	31,24	
Autoridade Sanitária	0	3 (12,5%)	21 (87,5%)	61,63	0,004*
Cirurgião-dentista	4 (5,4%)	29 (39,2%)	41 (55,4%)	45,57	
Cargo	A avaliação individual do IDQ é imparcial			Media Rank	U Mann-Whitney (p)
	Minimamente	Moderadamente	Muito		
Autoridade Sanitária	0	7 (28,2%)	17 (70,8%)	62,27	0,069
Médico	5 (6,1%)	35 (42,7%)	42 (51,2%)	50,93	
Autoridade Sanitária	0	7 (29,2%)	17 (70,8%)	40,46	0,022*
Enfermeiro	5 (11,6%)	19 (44,2%)	19 (44,2%)	30,40	
Autoridade Sanitária	0	7 (29,2%)	17 (70,8%)	60,44	0,009*
Cirurgião-dentista	4 (5,5%)	39 (53,4%)	30 (41,1%)	45,24	

Tabela 5 – Avaliação do conhecimento dos resultados da avaliação da comunidade segundo os diferentes atores envolvidos no município de Curitiba-PR.

Cargo	Conhecimento dos resultados da avaliação da comunidade			Media Rank	Teste U Mann-Whitney (p)
	Sim	Parcialmente	Não		
Autoridade Sanitária	24 (96%)	1 (4%)	0	41,46	0,002*
Médico	54 (65,1%)	19 (22,9%)	10 (12%)	58,43	
Autoridade Sanitária	24 (96%)	1 (4%)	0	30,34	0,038*
Enfermeiro	33 (76,7%)	9 (20,9%)	1 (2,3%)	36,92	
Autoridade Sanitária	24 (96%)	1 (4%)	0	41,40	0,012*
Cirurgião-dentista	54 (72%)	16 (21,3%)	5 (6,7%)	53,53	

***PAYMENT FOR PERFORMANCE MANAGEMENT AS A TOOL IN THE ORGANIZATION OF
PRIMARY CARE IN CURITIBA, BRAZIL***

ABSTRACT

This article aims to describe and discuss the perception of health workers in the county of Curitiba-PR, Brazil, related to the Program of Quality Development Incentive (IDQ) as a tool in the management and organization of public health care. In order to achieve it, the proposed method analyzed the secondary data produced by the World Bank on its research about the management innovations in Brazil. This study focused on data regarding to the management of primary health care in the county of Curitiba, seeking to understand how the IDQ, through incentives for better team performance, as well as by individual practitioners, has reflected on the process of service organization and working process. It was concluded that the policy of performance evaluation with according incentives offered to workers (IDQ), established by the Municipal Health System (MHS) of Curitiba, may be considered an important partner in the search of motivation and commitment of health professionals through the innovation of the working process and achievement of goals agreed with the managers, as well as an appropriate tool for providing quality health services. However, the county management needs to feedback the health professionals about the processes of individual evaluation carried out by the their bosses, as well as an evaluation done by the community served by the health teams, in order to make the work more effective .

Keywords: Incentives; Performance Management in Health; Health Services Administration; Health Management; Modernization of the Public Sector

INTRODUCTION

The measurement of performance and professional achievement of results in planned public services in general, it is one of the pillars of management reform underway in several countries. For the effective enforcement of such policies and managerial aspirations, some examples of devices as mechanisms or tools can be remembered, and it has been instrumental in the repertoire that dominates the "management by results," including the health public area: results from the contracting and payment variable for performance may be included in such instances.^{11,19}

Nonetheless, it is common to notice the absence of an evaluative culture of long-term part of many public sector organizations in Brazil and other countries. Even more, there is insufficient use of systematic mechanisms that make transparent the logic of evaluation used, especially in regard to negotiation / agreed targets and criteria for measuring the qualitative and quantitative production and the generated results in the process working, and ambiguities and conflicts in the workplace and preventing employees' ownership of central goals in the process, creating obstacles to the implementation of certain preventative or corrective actions on variances of poor performance or achievement of goals desirable.¹⁰

Facing the challenges of management reform necessary to the health sector, the incentive system acquires great interest not only for researchers and donors, but also for decision makers and managers.⁹ An example of this is what is happening in Britain, where the policy of measuring outcomes in health has deepened, with the recent adoption of the Patient Satisfaction Measurement on the quality of care received, with impact on compensation of the health professionals by through financial incentives.^{11,18,19,21,22}

For Fekete and Almeida⁹ (2000), incentive systems can be understood as components of management strategies applied apathy of a basic remuneration shall seek to stimulate the work team, optimizing the achievement of organizational objectives according to the precepts of quality.

Some authors believe that incentives can help achieve the objectives of health policy, promote access to needed health services to citizens, ensuring high service quality and health.^{14,22} However, while incentives for performance programs are being used in planning and implementing actions and health services, few are the existing evidence on their effectiveness or their potential intended and unintended consequences (externalities), with its effects on the relation professional-patient relationship and impacts on population health.^{10,11,23}

In Brazil, to meet the new demands of management in the Unified Health System (SUS), it is necessary to produce new relationships between various factors and institutional processes involved. It is believed that only managers guided by principles that incorporate innovative approaches and methods will be able to promote the innovation health practices²⁰ So it is necessary to provide organizations of new capacity, developing tools for evaluating performance and ensuring quality, encourage and reward the good performance, to adopt compensation policies more flexible and motivating.¹⁵

Backed these new demands of the NHS, the Municipal Health System (MHS) deployed in Curitiba in the year 2002 the Management Agreement as a way to improve management of stocks and health services and aiming to increase participation, negotiation and mutual accountability among

managers and staff of the Basic Health Units / Family Health, which therefore desirable, should benefit the users of such services and actions⁷

That same year, the SMS has also implemented a program to Encourage the Development of Quality (IDQ), proposing the payment of monthly financial incentives through bonuses which represents 20-50% of base salary to employees who make good results in performance.⁷ The IDQ is evaluated quarterly by through four worksheets: a) evaluation of individual health professionals (held by the supervisors), b) self-assessment, c) assessment of the health unit, d) community assessment.^{1,3,7,26}

The IDQ is based in four elements of evaluation. Each element receives a score of 0-100 which is weighted into a final score of 0-100. An employee with a score above 80 points will receive the monthly bonus, but there are specific “excluding factors” - repeated absence, penalties received, abnormal leave periods, or late arrival - which disqualify the employee from receiving the bonus. The four elements (and the weighting) are as follows^{7,26}:

1°) Individual Evaluation of the employee (weighting 45%). The immediate superior makes a preliminary evaluation halfway through the quarter, then again at the end of the quarter. The criteria are: knowledge, professional attitude, interpersonal skills, work quality and compliance with administrative rules. This evaluation provides a feedback to employees about their performance and indicates specific actions to enhance quality and productivity. A minimum of 80 points is necessary to be eligible for the bonus.

2°) Self-evaluation (weighting 5%). At the end of the quarter, each employee assesses his/her own performance, behavior and productivity in relation to the expected outcomes, using the same criteria.

3°) Health Unit Evaluation (weighting 35%). This evaluation, at the end of every quarter, assess whether the performance targets set by the Health Unit were achieved. The targets analyzed are performance indicators from the management contract (Term Commitments).

4°) Community Evaluation (weighting 15%). The SMS uses quarterly sample telephone surveys (Community Assessments) to ask about the quality of treatment and services. The Units with scores above 70 percent (“excellent” and “good”) are eligible to participate in the IDQ program.

Based on the assumptions presented, this article aims to describe and discuss the perceptions of local managers (Local Health Authorities - ASL) and workers of primary care teams (doctors, nurses, dentists) regarding the operationalization of the program Development Incentive for Quality (IDQ) as a tool in the organization of Primary Health Care in Curitiba-PR, Brazil

METHODS

A retrospective evaluative research was conducted from the base of secondary data generated in larger research project conducted by the World Bank on innovations in management in Brazil, including Sao Paulo hospital management and management of primary health care in the municipality of Curitiba.²⁶ The primary survey by the World Bank came through the internal mail system of SMS. We selected 372 eligible employees (higher level) in a representative sample of health units in the city. The 31 attendees in the sample units were chosen to give adequate representation of all the Health Districts, and the distribution by type of jobs and careers components of higher minimum team of primary care in the city (ASL, physicians, nurses and dentists), and their distribution among the basic units with Health Teams Family (USF) and Basic Units without the Family Health Teams (UBS). Were excluded from the investigation Units Emergency 24 Hours The total number of participants who completed the questionnaire was 254 servers, with a response rate of 68%²⁶

The issues of instrument to collect research data have been prepared in view that the main objective of the field interviews would understand if the system of managing for results, using a professional financial incentives, would have the potential to influence institutional performance in this field activities, the primary health care. The questionnaire consisted of 29 multiple choice questions, which were selected for this article those that treated of the following questions: a) the impact the program has IDQ on behavior and individual performance, b) on teamwork C) the role of assessments in the community.

Base Analysis

This analysis was preceded by obtaining consent to the transfer of MHS and use of secondary data base generated through research by the World Bank, quoted above. The research protocol submitted as a prerequisite for the implementation of this work was submitted for consideration by the Committee for Research Ethics at the Catholic University of Parana, having been duly approved under n°. 5667 and n°. 004066/10 opinion on June 30, 2010.

When processing the database, work was undertaken prior to filtering and data consistency, excluding the analysis of ASL and health professionals (doctors, nurses and dentists) who had less than a year working in units Health at the time the interviews were conducted. It was considered that to interpret and respond to survey items, participants should have already appropriated the performance appraisal system, with a minimum length of service, when he had received at least an annual assessment of performance.

To evaluate the perceptions of the various categories on the IDQ, the proposed methodological approach attempted to identify the differences in the perception of ASL against the opinion of doctors, nurses and dentists about the mechanisms of evaluation of performance through incentives professionals employed in the organization of primary health care in Curitiba, Brazil.

Data analysis was performed using SPSS ® for Windows v. 13.0. The U Mann-Whitney test, with a significance level of 5% was applied to detect differences between the views of ASL compared to other health workers surveyed.

RESULTS

In Table 1, results showed that the IDQ has had an impact on the reduction of absences, tardiness, removals and discipline of health professionals. It was also found that this measurement system and performance incentives seems to have some role in increasing motivation of health workers from the MHS of Curitiba. Local managers also indicate that the IDQ has substantially increased the salary of the servers of MHS in Curitiba. However, the professionals themselves recognize that this is a temporary financial incentive and does not generate a lasting benefit on his base salary, incorporating, for example, pensions. In all professional categories (physicians, nurses and dentists) have identified the differences in the distribution of responses when compared with the perception of ASL.

However, when the question whether the observed IDQ is in a tool that helps improve the work process, participants (doctors and dentists) differed in the distribution of responses compared with the perception of local health authorities (ASL): while the latter indicate that the process of evaluation of performance, in most cases, have a positive impact on the work process (Table 2), some servers in their responses indicated that this device is "no" or "minimal" impact improving the work process, being the worst rating of the physicians (19%), followed by dentists (16.9%) and nurses (7.5%).

By analyzing the aspect of improvement in teamwork, there were several differences in the response of the participating servers. Local managers, the majority (80%) agreed that the IDQ positively improved teamwork. However, doctors were most likely differ from the opinion of the ASL and the dentists followed this trend, being the least showed that the IDQ has brought improvements in teamwork (Table 2). As the increase of productivity through the IDQ, we identified that this system had a great encouraging reflection on the productivity of health professionals. One fact worth noting is that among all participating servers, the dentists were most fully agreed with the increase in productivity.

In Table 3 we found that the ASL show that in most cases the IDQ still be positive, since its original deployment in the items evaluated previously (decrease in absences, tardiness, discipline and removal, increased motivation professionals, contributes to improving the work process, increases in wages, improved teamwork and increased worker productivity). Already health professionals point out that only in some cases still end up having the effect originally thought.

On the process of individual assessment (Table 4) conducted by their immediate supervisors, health workers and local managers think the process is fairly consistent. Regarding the transparency of the evaluation, there was great controversy between the perceptions of the ASL with health professionals, because the early are convinced that the process is very clear (87%), while the latter showed the need to clarify process and outcome of individual assessment. In the same way, when analyzing the fairness in the evaluation process of leadership, it was found that the managers' opinions differ on the opinion of local health professionals, especially nurses and dentists. This may signal the possibility of differential privileges and evaluations by ASL, depending on the interpersonal relationships and the professional category.

On the process of community assessment in this IDQ, local managers say almost entirely, which health professionals are informed about the results of the perception of users served by the health service. In contrast, approximately one third of health professionals surveyed say they receive "partial" or "no" positioning of the ASL on the results of community satisfaction. What characterizes this issue is that there is great disagreement / conflict of views between the different servers participants (Table 5).

DISCUSSION

A system of financial incentives, to be consistent, must fit the local context. This includes the function and health service infrastructure, health needs of local people and priorities in service provision.¹²

Performance appraisals should be understood as devices for making decisions and setting policies for personnel management based on agreed standards and that lead to value judgments of an intervention. The evaluation process is as important as the conclusions generated by it, because it gives an understanding of changing needs, providing they have the credibility of those involved, political legitimacy and institutional as well as recognition of their potential beneficiaries - individuals who pay for the operation of public services.¹⁰

Authors recommend that the performance-based compensation also requires careful selection of indicators for which performance is measured and careful design to may line up incentives for the behavior of the worker with the goals of the institution or health services.^{6,25} Probably one of the major gains in establishing systems of performance incentives, is that the health professional shall be measured by objective criteria of productivity and efficiency, while it grants the user the privilege to measure the quality of care received.¹⁷ It is argued that these systems facilitate accession to practice and facilitate the necessary breaks when it calls for the move to health care models to a fragmented to an integrated paradigm. Thus, the system of financial incentives can be a tool to induce the quality and prestige leads to continuous improvement of services.⁵

However, the absence of a culture to many public sector organizations in Brazil to establish goals and the predominance of a vision of evaluation that focuses only productivity, often in the more unjustified it reduces the counting procedures and accounting control, and produces ambiguities Conflict in the workplace, preventing workers from other distinguished noblest aims of the process to health care systems.¹⁰ The financial bonuses should break with the emphasis often based only on productivity improvements, irrespective to qualitative impact of interventions on health indicators or epidemiological studies, or consideration to whom these services are really necessary.^{16,25}

In Curitiba, IDQ program has demonstrated impact with regard to reduction to absences, tardiness, removals and discipline of health professionals. This is the fact that in the absence repeated notification, penalties and warnings, abnormal periods to leave, or frequent delays during work hours, such occurrences disqualify the professional relapse to receive financial reward from the IDQ in the quarter.²⁶

In addition, and perhaps most importantly, there is a collective loss for the poor performance carries consequences for individual assessment of the entire team, which ends up imposing a control intersubjective peer in search to better performance from all involved.

The use of financial incentives through the IDQ was highlighted by the SMS server of Curitiba as a motivating factor in the process to work that still influence the work process, even after a year after its implementation. However, one should think about the management of the workforce in health in a way that includes the production to an organizational environment oriented to the satisfaction of employees goes beyond the implementation to a selective policy of monetary incentives. The conditions and situations that generate feelings in employees of injustice, oppression and dissatisfaction are not limited to the aspects of economic / wage. While compensation is an important factor, known to be insufficient, and in many cases even inappropriate, to understand some of the complex issues that affect the motivation of workers in this area so dependent on the human factor.⁸ As

evidenced above, financial incentives may however, do not induce the purposes for which it was thought, since this depends on professional motivation. Intrinsic motivation has traditionally been regarded as an essential attribute of high quality in professional practice. Constant vigilance by management towards the vertical and authoritarian supervision, and mechanisms to control excessive practices can undermine the motivation and cause internal conflicts within the primary health care team.¹⁸

Notably, as pointed Passos and Benevides² (2009) that in any evaluation process is indispensable that the implied partnership and negotiation between management and frontline service production, as in the monitoring and follow-up is necessary to participation of all actors involved (managers, workers and end users). However, Azevedo¹ (2009) study with 538 SMS servers on the internal contract management (TERCOM) and knowledge of indicators that are evaluated in IDQ to receive financial incentives, found that most of the workers surveyed are unaware of the items and how are evaluated by the local manager (ASL).

On the impact of the IDQ in process improvement work, health professionals are not unanimous in stating that this instrument reflects positively within the Health Units. As pointed Cecilio et al⁴ (2002) management only able to intervene in work processes, within the health services when health workers to experience an active role in the policy of performance evaluation. Other authors have commented that the performance evaluation, depending on how it is evaluated, may cause a negative effect on the work process established (counterproductive) because health professionals may simply bluff with measures and targets, or even bet on failure the system to monitoring / evaluation in order to continue receiving financial incentives, instead of focusing on quality of care offered to users.^{15,16,21,23}

There is also a need to rethink the use of financial incentives, for the second Lacaz et al¹³ (2010) to evaluate some municipalities, the inclusion of the premium for productivity and performance would be linked to the correction of wage distortions to the internal health system. Therefore, Fekete and Almeida⁹ (2000) argue that incentives are aimed at modifying gains extra workers to reach certain goals or reinforcement to certain behaviors, but should not be adopted as a mechanism to wage parity between different occupational categories or compensation lags in the pay of health workers. Another aspect that can not be overlooked is that financial incentive schemes to value not only individual performance, but especially the team work, since the incentives, if so, should not be granted in individual.⁵ McLean and Sutton²⁴ (2006) comment that for the successful use to financial incentives is necessary for the evaluation of the results to focus on production of health care to fully carried out by a multidisciplinary team, based on evidence to guide the work to achieve the best health indicators in population answered.

The MHS of Curitiba, presumably, has been concerned with this issue, because the goals evaluated in IDQ are considered collectively by the Health Unit and the local population context, which shows a gain in relation to teamwork. Thus, it creates concern in the production network in search of health care, which ends up mobilizing health workers and encouraging especially to users.⁷ Participating servers (ASL, doctors, nurses and dentists) have identified that the process of individual assessment is quite consistent with the needs of management and health care. Ducci ⁷ (2007) clarifies the fact that each Health Unit to work according to their local reality, ends up making the evaluation process consistent with the needs of the population and the targets to be agreed upon and negotiated with health professionals. Still, in this study, health professionals attendees showed that there is a need to improve this tool to actually encourage teamwork.

Regarding the aspect of system performance evaluation (IDQ) is a transparent tool for healthcare professionals from the MHS, it was found that the management has difficulties in revealing the mechanisms to evaluation conducted by ASL. Thus, this tends to stimulate the detachment of health professionals, since they do not perceive themselves heard in their suggestions and participating in decision making, which can affect the growing satisfaction with the organization. In addition, Snyder and Neubauer ²³ (2007) argue that the evaluation process is not only transparent to health professionals because patients must also know the quality measures that are being submitted for employees to receive financial incentives.

Impartiality in evaluating individual IDQ should also be reconsidered, because nurses and dentists claim there is "moderate " or "minimal" impartiality in the assessment by management. It is interesting to note that medical opinion showed almost similar to the ASL, but that there is fairness in individual assessment. This line to response may reflect a particular situation, within the corporate powers that are obvious in the institutions in which, often as a means to attachment to the job, grant the privileges for the category of physicians which often enjoys special conditions for work and income, which ends up characterizing other professional groups to the lack of impartiality of local management.

The Community Evaluation about the health service in this IDQ, the majority of health professionals surveyed say they know the results of the evaluation process, however, approximately 1 / 3 argue ignore or partially know the results. The World Bank report, to consider other issues not included in this study showed that servers have access to the results of the evaluation of the community reported that this fact was reflected in improved service, improved organization and the demand of the physical facilities and reducing the waiting time.²⁶

Due to limitations in the quantitative research and present agreeing with Cecilio et al ⁴ (2002) would require a qualitative research to better assess how the payment of financial incentives by itself, enhances a greater accession of employees and what are its effects on quality of attention on subjective aspects.

The performance evaluation policy established by MHS in Curitiba-PR, has established itself as a device in search of motivation and commitment of health professionals, being suggested as an appropriate tool for providing quality health services.

However, innovations in management tend to have an effect of short duration, so no need to create new mechanisms in the long term so that the servers will be motivated and committed to the overall results of the institution, which ultimately are essential to society . Admittedly, financial incentive schemes have a temporary policy as a tool in managing people and this also goes for the IDQ. You need to keep the center of the debate which questions the evaluation of performance, the critical perspective that the ultimate goal is the needs and interests of citizens-users of health services, so the focus is the quality of services offered.

As challenges to be rethought to optimize the IDQ program, there is the need to improve municipal management the return to health professionals about the processes of individual assessment and evaluation conducted by the leadership of the community. Impartiality and transparency in the evaluations of IDQ should be the main factors to be rediscussed by SMS, for better explaining the evaluation process to all stakeholders probably opens up a horizon of greater responsibility in the implementation of actions. Thus, the SMS will be able to deploy in each Health Unit a democratic working environment, healthy and participatory, which will focus on improvement in their health care.

REFERENCES

1. Azevedo JCR. Internal contract management and annual operational plan of the municipal secretariat of health of Curitiba, Parana: the perception of local managers and workers in health teams. [dissertation]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009.
2. Benevides R, Passos E. Preface: an (un) expected evaluation. In. Santos-Filho SB. Assessment and human health care: methodological approximations. Ijuí: Ed. Unijuí, 2009. p. 17-24.
3. Brazil. Ministry of Health Care. Secretariat Health. National Policy of Humanization. internal contract management - municipal health Curitiba / PR. Brasília: MS, 2006.

4. Cecílio LC, Rezende MFB, Magalhães MG, Pinto SA. Financial incentives for employees as part of a policy to upgrade care in a public hospital in Volta Redonda, Rio de Janeiro State, Brazil. *Cad Saude Publica* 2002;18(6):1655-1663.
5. Costa-e-Silva V. The implementation process of the Integrated Health Services in Vitória-ES: a contribution to the discussion of completeness in health care. [dissertation]. Rio de Janeiro: Sergio Arouca National School of Public Health; 2004.
6. Dal Poz MR, Pierantoni CR, Varella TC. Productivity and performance of human resources in health services. Washington: OPAS, 1997.
7. Ducci L. Curitiba Management Contract with firm targets for health. *Rev Bras Saúde da Família* 2007;8(14):48-57.
8. Farias LO, Vaitsman J. Interaction and conflict among professional categories in public hospitals. *Cad Saude Publica* 2002;18(5):1229-1241.
9. Fekete MC, Almeida MJ. Incentive systems to work in health. *Espaço para a saúde* 2000;2(1):1-21.
10. Fontenele, MFM. Administration of the human acting: a case study in a General Hospital of Fortaleza, Ceará State. *Cien Saude Col* 2010;15(Supl. 1):1315-1324.
11. Glickman SW, Peterson ED. Innovative health reform models: pay-for-performance initiatives. *Am J Manag Care*. 2009;15:S300-S305
12. International Council of Nurses, International Hospital Federation, International Pharmaceutical Federation, World Confederation for Physical Therapy, World Dental Federation, World Medical Association. Guidelines: incentives for health professionals. Commissioned by the Global Health Workforce Alliance, World Health Organization. Geneva. 2008.
13. Lacaz FAC, Vieira NP, Cortizo CT, Junqueira V, Santos APL, Santos FS. Quality of life, work management, and career planning as a primary care technology in the Unified National Health System in São Paulo State, Brazil. *Cad Saude Publica* 2010; 26(2):253-263.
14. Langenbrunner JC, Cashin C, O'Dougherty S. Designing and implementing health care provider payment systems: how-to manuals. Washington: The World Bank, 2009.
15. Leite JDBL, Souza HF, Nascimento ECV. Contracting in Health: proposal of Contrato Único for programs in the State of Minas Gerais. *Rev Adm Saude* 2010; 12(46):15-22.
16. Loevinsohn B. Performance-based contracting for health services in developing countries: a toolkit. Washington: The World Bank, 2008.

17. Magalhães MFL. Human resources and health care model - an exciting meeting. In: Reis AT, Santos AF, Campos CR, Malta DC, Merhy EE. *Health System in Belo Horizonte: rewriting the public*. São Paulo: Xamã, 1998. p. 193-200.
18. McDonald R, Harrison S, Checkland K, Campbell SM, Roland M. Impact of financial incentives on clinical autonomy and internal motivation in primary care: ethnographic study. *BMJ* 2007; 334: 1357.
19. Pacheco RS. Performance measurement in the public sector: the terms of debate. *Cad Gestão Pública e Cidadania* 2009;14(55):149-161.
20. Pasche DF. Management and subjectivity in health: elements of health reform. In: Pasche DF, Cruz MBM. *Public Health: contemporary dialogues*. Ijuí: Ed. Unijuí, 2005. p. 93-110.
21. Rother J. A consumer perspective on physician payment reform. *Health Affairs* 2009; 28(2):w235-w237.
22. Smith PC, York, N. Quality incentives: the case of U.K. general practitioners. *Health Affairs* 2004; 23(3): 112-118.
23. Snyder L, Neubauer RL. Pay-for-performance principles that ensure promotion of patient-centered care: An ethics manifesto. *Ann Intern Med* 2007;147:792-794.
24. Sutton M, Mclean G. Determinants of primary medical care quality measured under the new UK contract: cross sectional study. *BMJ* 2006; 332: 389-90.
25. Vujicic M, Ohiri K, Sparkes S. *Working in health: financing and managing the public sector health workforce*. Washington: The World Bank, 2009. 271p.
26. 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.

Table 1 - The effect of the IDQ in individual behavior and to increase the salaries according to the different stakeholders involved in Curitiba-PR.

Health workers	The IDQ decrease in absences, tardiness, discipline and removal					Media Rank	U Mann-Whitney (p)
	No	Minimum	Moderate	Substantial	Total		
ASL	1 (4%)	3 (12%)	4 (16%)	12 (48%)	5 (20%)	55,74	0,580
Physicians	4 (5%)	8 (10%)	17 (21,3%)	40 (50%)	11 (13,8%)	52,14	
ASL	1 (4%)	3 (12%)	4 (16%)	12 (48%)	5 (20%)	33,92	0,604
Nurses	1 (2,6%)	1 (2,6%)	15 (38,5%)	16 (41%)	6 (15,4%)	31,59	
ASL	1 (4%)	3 (12%)	4 (16%)	12 (48%)	5 (20%)	49,14	0,888
Dentists	3 (4,2%)	5 (7,9%)	19 (25,6%)	29 (45,1%)	15 (17,2%)	48,27	
Health workers	The IDQ increased motivation professionals					Media Rank	U Mann-Whitney (p)
	No	Minimum	Moderate	Substantial	Total		
ASL	1 (4%)	0	5 (20%)	15 (60%)	4 (16%)	59,14	0,260
Physicians	1 (1,2%)	9 (11,1%)	22 (27,2%)	36 (44,4%)	13 (16%)	51,76	
ASL	1 (4%)	0	5 (20%)	15 (60%)	4 (16%)	32,10	0,740
Nurses	0	1 (2,5%)	10 (25%)	19 (47,5%)	10 (25%)	33,56	
ASL	1 (4%)	0	5 (20%)	15 (60%)	4 (16%)	46,12	0,596
Dentists	1 (4,2%)	3 (12,7%)	17 (22,5%)	28 (35,2%)	22 (25,4%)	49,34	
Health workers	The IDQ increased the salary					Media Rank	U Mann-Whitney (p)
	No	Minimum	Moderate	Substantial	Total		
ASL	0	2 (8%)	2 (8%)	13 (52%)	8 (32%)	65,28	0,012*
Physicians	5 (6,3%)	14 (17,7%)	22 (27,8%)	20 (25,3%)	18 (22,8%)	48,46	
ASL	0	2 (8%)	2 (8%)	13 (52%)	8 (32%)	38,52	0,047*
Nurses	0	2 (5%)	15 (37,5%)	16 (40%)	7 (17,5%)	29,55	
ASL	0	2 (8%)	2 (8%)	13 (52%)	8 (32%)	62,12	0,005*
Dentists	4 (5,6%)	11 (15,3%)	26 (36,1%)	16 (22,2%)	15 (20,8%)	44,44	

Table 2 - The effect of the IDQ in organizing the work process by different stakeholders involved in Curitiba-PR.

Health workers	The IDQ contributed to improve the work process					Media Rank	U Mann-Whitney (<i>p</i>)
	No	Minimum	Moderate	Substantial	Total		
ASL	0	0	3 (12%)	14 (56%)	8 (32%)	66,46	0,005*
Physicians	3 (3,8%)	12 (15,2%)	18 (22,8%)	32 (40,5%)	14 (17,7%)	48,11	
ASL	0	0	3 (12%)	14 (56%)	8 (32%)	36,96	0,144
Nurses	0	3 (7,5%)	8 (20%)	20 (50%)	9 (22,5%)	30,53	
ASL	0	0	3 (12%)	14 (56%)	8 (32%)	57,92	0,039*
Dentists	3 (4,2%)	9 (12,7%)	16 (22,5%)	25 (35,2%)	18 (25,4%)	45,18	
Health workers	The IDQ improved teamwork					Media Rank	U Mann-Whitney (<i>p</i>)
	No	Minimum	Moderate	Substantial	Total		
ASL	0	1 (4%)	4 (16%)	15 (60%)	5 (20%)	63,94	0,022*
Physicians	6 (7,6%)	7 (8,9%)	26 (32,9%)	28 (35,4%)	2 (15,2%)	48,88	
ASL	0	1 (4%)	4 (16%)	15 (60%)	5 (20%)	37,78	0,080
Nurses	1 (2,5%)	2 (5%)	14 (35%)	18 (45%)	5 (12,5%)	30,01	
ASL	0	1 (4%)	4 (16%)	15 (60%)	5 (20%)	54,84	0,103
Dentists	3 (4,3%)	9 (13%)	24 (34,8%)	14 (20,3%)	19 (27,5%)	44,84	
Health workers	The IDQ increased worker productivity					Media Rank	U Mann-Whitney (<i>p</i>)
	No	Minimum	Moderate	Substantial	Total		
ASL	0	0	7 (28%)	13 (52%)	5 (20%)	61,02	0,113
Physicians	7 (8,8%)	6 (7,5%)	24 (30%)	28 (35%)	15 (18,8%)	50,49	
ASL	0	0	7 (28%)	13 (52%)	5 (20%)	33,34	0,900
Nurses	2 (5%)	1 (2,5%)	8 (20%)	21 (52,5%)	8 (20%)	32,79	
ASL	0	0	7 (28%)	13 (52%)	5 (20%)	52,00	0,377
Dentists	3 (4,3%)	9 (12,9%)	17 (24,3%)	23 (32,9%)	18 (25,7%)	46,57	

Table 3 - If the IDQ still produces effect by different stakeholders involved in Curitiba-PR.

Health workers	The IDQ still produces effect				Media Rank	U Mann-Whitney (p)
	Most cases	Some cases	Few cases	No longer effect		
ASL	20 (80%)	3 (12%)	1 (4%)	1 (4%)	45,80	0,076
Physicians	48 (58,5%)	25 (30,5%)	8 (9,8%)	1 (1,2%)	56,50	
ASL	20 (80%)	3 (12%)	1 (4%)	1 (4%)	30,72	0,190
Nurses	26 (61,9%)	15 (35,7%)	0	1 (2,4%)	35,95	
ASL	20 (80%)	3 (12%)	1 (4%)	1 (4%)	43,28	0,184
Dentists	45 (63,4%)	22 (31%)	3 (4,2%)	1 (1,4%)	50,34	

Table 4 - Perception of the evaluation process of individual IDQ according to the different stakeholders involved in Curitiba-PR.

Health workers	The individual evaluation of IDQ is consistent			Media Rank	U Mann-Whitney (<i>p</i>)
	Minimally	Moderately	Very		
ASL	0	13 (52%)	12 (48%)	59,26	0,278
Physicians	8 (9,8%)	41 (50%)	33 (40,2%)	52,40	
ASL	0	13 (52%)	12 (48%)	37,36	0,305
Nurses	4 (9,3%)	22 (51,2%)	17 (39,5%)	32,84	
ASL	0	13 (52%)	12 (48%)	52,34	0,518
Dentists	7 (9,6%)	33 (45,2%)	33 (45,2%)	48,53	
Health workers	The individual evaluation of IDQ is transparent			Media Rank	U Mann-Whitney (<i>p</i>)
	Minimally	Moderately	Very		
ASL	0	3 (12,5%)	21 (87,5%)	66,06	0,007*
Physicians	3 (3,7%)	32 (39%)	47 (57,3%)	49,82	
ASL	0	3 (12,5%)	21 (87,5%)	38,94	0,045*
Nurses	2 (4,7%)	13 (30,2%)	28 (65,1%)	31,24	
ASL	0	3 (12,5%)	21 (87,5%)	61,63	0,004*
Dentists	4 (5,4%)	29 (39,2%)	41 (55,4%)	45,57	
Health workers	The individual evaluation of IDQ is impartial			Media Rank	U Mann-Whitney (<i>p</i>)
	Minimally	Moderately	Very		
ASL	0	7 (28,2%)	17 (70,8%)	62,27	0,069
Physicians	5 (6,1%)	35 (42,7%)	42 (51,2%)	50,93	
ASL	0	7 (29,2%)	17 (70,8%)	40,46	0,022*
Nurses	5 (11,6%)	19 (44,2%)	19 (44,2%)	30,40	
ASL	0	7 (29,2%)	17 (70,8%)	60,44	0,009*
Dentists	4 (5,5%)	39 (53,4%)	30 (41,1%)	45,24	

Table 5 - Assessment of knowledge of the results of community assessment according to the different stakeholders involved in Curitiba-PR.

Health workers	Knowledge of the results of community assessment			Media Rank	U Mann-Whitney (p)
	Yes	Partly	No		
ASL	24 (96%)	1 (4%)	0	41,46	0,002*
Physicians	54 (65,1%)	19 (22,9%)	10 (12%)	58,43	
ASL	24 (96%)	1 (4%)	0	30,34	0,038*
Nurses	33 (76,7%)	9 (20,9%)	1 (2,3%)	36,92	
ASL	24 (96)%	1 (4%)	0	41,40	0,012*
Dentists	54 (72%)	16 (21,3%)	5 (6,7%)	53,53	

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba-PR ao implantar mecanismos gerenciais como o Termo de Compromissos (TERCOM) e o Programa de Incentivo ao Desenvolvimento da Qualidade (IDQ) institucionalizou a ideia de busca permanente de resultados a serem alcançados, sem negligenciar o processo de cogestão da atenção primária à saúde. Desta forma, criando condições para a melhoria da capacidade de gestão e governança democrática.

O município vem desenvolvendo mecanismos e ferramentas que salientam a importância da corresponsabilidade e de compromissos mútuos entre os trabalhadores em saúde em nível local e o da gestão municipal. Iniciativas como esta, reforçam a importância da presença dos servidores da saúde no processo de definição de metas e objetivos institucionais e vem demonstrando ser uma maneira efetiva para enfrentar e repensar os problemas na gestão em saúde pública. Em relação ao IDQ, a presente política de avaliação de desempenho vem se consolidando como importante aliada na busca da motivação e comprometimento dos profissionais de saúde, bem como é apontada como uma ferramenta adequada na busca da qualidade dos serviços de saúde.

Em relação a dificuldades e problemas ainda presentes, a gestão municipal deve rever o caráter impositivo de algumas metas pactuadas no TERCOM e a forma de renegociá-las, pois alguns trabalhadores da saúde acabam não compreendendo o modo como algumas metas são estabelecidas na gestão tripartite e bipartite do SUS, envolvendo o governo federal e governos estaduais, não sendo passíveis de renegociação pura e simplesmente como iniciativa do nível local. Para isso, faz-se necessário por parte da SMS, desvelar processos políticos e financeiros que fundamentam a organização da saúde no Brasil, exercendo junto aos trabalhadores uma ação pedagógica.

Para aperfeiçoar o programa de IDQ, há a necessidade da gestão municipal aprimorar o processo de devolutiva aos profissionais de saúde sobre a avaliação individual realizada pela chefia e a avaliação da equipe feita pela comunidade. A imparcialidade e a transparência nas avaliações do IDQ devem ser os principais componentes a serem discutidos pela SMS, pois explicitando melhor o processo avaliativo todos os atores envolvidos introjetarão sua corresponsabilidade na execução das boas ações de saúde. Somente, dessa maneira, a SMS conseguirá implantar em cada Unidade de Saúde um

ambiente de trabalho democrático, saudável e participativo, que terá como ênfase a melhoria no processo de cuidado à saúde

Como desafios há necessidade de se repensar a gestão por resultados de uma forma que o processo de trabalho seja analisado sob o ponto de vista coletivo e não na singularidade da produção individual e que os profissionais de saúde da SMS se apropriem de todas as fases e etapas de elaboração, avaliação e planejamento das ações e programas pactuados no TERCOM. Também é importante que a pactuação de resultados seja realizada tendo como parâmetros não somente aspectos quantitativos e de produtividade, mas que considerem a produção do cuidado da saúde e a qualidade do serviço e do atendimento prestado, com humanização do processo de trabalho, respeito à fragilidade dos usuários momento da atenção e impacto nos indicadores epidemiológicos.

Já no que tange a avaliação de desempenho (IDQ), a SMS deve ter ciência que inovações em gestão tendem a ter um efeito de curta duração, por isso há necessidade de criar novos mecanismos em longo prazo para que os servidores se sintam motivados. Vale também ressaltar que o IDQ deve sempre ter como finalidade as necessidades e interesses dos sujeitos, com foco na qualidade nos serviços ofertados. Também é importante continuar a construir mecanismos de seleção de medidas de desempenho baseada em evidências, incluindo dessa forma indicadores e metas que recompensem os aspectos da efetividade obtida com as diversas tecnologias do cuidado.

REFERÊNCIAS

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. 2009. Dissertação (Mestrado Profissional de Gestão de Tecnologia em Saúde). Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, 2009.

BENAVENT, J; JUAN, C; CLOS, J; et al. Using pay-for-performance to introduce changes in primary healthcare centres in Spain: first year results. **Quality in Primary Care**, v.17, n.2, p.123-131. 2009

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Contrato Interno de Gestão Secretaria Municipal de Saúde Curitiba/PR.** Brasília: MS, 2006. 15 p.

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

FONTENELE, M. F. M. Gestão do desempenho humano: um estudo de caso em um Hospital Geral de Fortaleza (CE). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. supl 1, p. 1315-24, 2010.

MARTY, I. K. O desafio dos contratos pactuados de gestão de responsabilização a partir do nível local. **Divulgação em Saúde para o Debate**, Rio de Janeiro, n. 36, p. 76-83, ago. 2006.

GIACOMINI, C H. (Org.). **Gestão para Resultados em Curitiba: a experiência de Contratualização.** Curitiba: Instituto Municipal de Administração Pública - IMAP, 2009. 146p.

GIACOMINI, C. H.; CAIO MARINI, C.; AFONSO, A. B. Em busca de uma terceira geração de reformas gerenciais: o modelo de gestão para resultados da cidade de Curitiba. In: MARINI, C.; MARTINS, H, F. **Governança em ação.** Brasília: Publix Editora, 2009. p. 81-94.

RIBEIRO, A. K. A.; SCHLICHTING, M. Fases de desenvolvimento dos contratos de gestão na prefeitura de Curitiba. In: GIACOMINI, C. H. (Org.). **Gestão para Resultados em Curitiba**: a experiência de Contratualização. Curitiba: Instituto Municipal de Administração Pública - IMAP, 2009. p. 93-98.

SZWARCWALD, C. L.; MENDONÇA, M. H. L.; ANDRADE, C. L. T. Indicadores de atenção básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, 2005: resultados de inquérito domiciliar de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 643-655. 2006.

WORLD BANK. **Enhancing Performance in Brazil's Health Sector**: lessons from innovations in the state of São Paulo and the city of Curitiba. Washington: World Bank, 2006. 126 p.

ANEXO A – APROVAÇÃO PELO CEP / PUCPR



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
Núcleo de Bioética
Comitê de Ética em Pesquisa
Ciência com Consciência

PARECER CONSUBSTANCIADO DE PROTOCOLO DE PESQUISA

Parecer Nº **0004066/10**

Protocolo CEP Nº **5667**

Título do projeto **A pactuação local como ferramenta de gestão da atenção básica em saúde bucal: avanços, dificuldades e desafios**

Grupo

Versão **1**

Protocolo CONEP **0192.0.084.000-10**

Pesquisador responsável **RAFAEL GOMES DITTERICH**

Instituição **PUCPR-CCBS - Curitiba**

Objetivos

OBJETIVO GERAL

Baseado no referencial teórico exposto, a presente pesquisa tem por objetivo analisar a pactuação em nível local e os esquemas gerenciais adotados com as equipes de saúde. A ênfase será nos indicadores e metas de saúde bucal, nos esquemas de gestão de equipes e sua utilização na organização das diferentes modalidades de serviços - Unidade Básica de Saúde (UBS) convencional, ou seja, sem a incorporação da Estratégia Saúde da Família e Unidade de Saúde da Família (USF) no município de Curitiba-PR.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Os objetivos específicos são:

1. Identificar a existência e, caso positivo, quais são e de onde se originam os principais indicadores em saúde bucal disponíveis nos Sistemas de Informações que são utilizados pela gestão municipal, distrital e local na pactuação da atenção básica em Curitiba-PR, comparando os desempenhos das UBS com as USF.
2. Analisar os efeitos produzidos, onde existirem, dos incentivos (inclusive financeiros) às equipes atuantes na atenção básica em Curitiba-PR.
3. Examinar as exigências gerenciais, desafios e possíveis dificuldades que os gestores locais enfrentam na administração das Unidades de Saúde em Curitiba-PR.

Comentários e considerações

A hipótese operativa deste projeto parte da constatação de que a construção do SUS, especialmente nos últimos quinze anos, foi marcada por uma forte expansão da atenção básica, tendo na Estratégia Saúde da Família o seu principal propulsor. Este processo se deu com forte indução do governo federal e pequena participação dos governos estaduais, ocorrendo, em paralelo e mútuo fortalecimento, a reorganização da atenção básica (de fato, na maioria dos municípios a sua implantação) e a ampliação das responsabilidades da gestão local do SUS.

Em decorrência, muitos são os caminhos trilhados pelos municípios na forma de organização da atenção, nos modelos de gestão adotados e, com especial ênfase para os objetivos desta pesquisa, nos aspectos ligados à pactuação do processo de trabalho (inclusive metas e resultados a serem alcançados) entre gestores locais e equipes de atenção básica.

Termo de consentimento livre e esclarecido e/ou Termo de compromisso para uso de dados.

TCLE: adequado.

TCUD: não se aplica.

Conclusões

O projeto está de acordo com as determinações da RES. 196/96, do CNS.

Devido ao exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa da PUCPR, de acordo com as exigências das Resoluções Nacionais 196/96 e demais relacionadas a pesquisas envolvendo seres humanos, em reunião realizada no dia: **30/06/2010**, manifesta-se por considerar o projeto **Aprovado**.

Situação Aprovado

Lembramos aos senhores pesquisadores que, no cumprimento da Resolução 196/96, o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deverá receber relatórios anuais sobre o andamento do estudo, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador nos casos de relevância, além do envio dos relatos de eventos adversos, para conhecimento deste Comitê. Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do estudo.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP-PUCPR de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificado e as suas justificativas.

Se a pesquisa, ou parte dela for realizada em outras instituições, cabe ao pesquisador não iniciá-la antes de receber a autorização formal para a sua realização. O documento que autoriza o início da pesquisa deve ser carimbado e assinado pelo responsável da instituição e deve ser mantido em poder do pesquisador responsável, podendo ser requerido por este CEP em qualquer tempo.

Curitiba, 30 de Junho de 2010.

Prof. MSc. Nairi Akel Filho
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
PUC PR

COMUNICADO IMPORTANTE

Comunicamos que a partir do dia 01/09/2010 não serão mais aceitos projetos impressos, todas as submissões deverão ser realizadas ONLINE.

Acссе: www.pucpr.br/cep



ANEXO B – QUESTIONÁRIO APLICADO PELO BANCO MUNDIAL

Questionário

Unidade de Saúde: _____ Tipo: PSF Básica
 Cargo: Autoridade Sanitária Médico(a) Enfermeiro(a) Dentista
 Trabalha na Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (SMS)
 desde: _____

TERMO DE COMPROMISSO

1- Considerando o Termo de Compromisso/POA, por favor avalie em que medida este instrumento é *útil* para a sua Unidade, marcando apenas uma opção para cada um dos fatores de 01 a 05.

Fatores	Inútil	Minimamente útil	Parcialmente útil	Substancialmente útil	Totalmente útil
01. Organização do processo de trabalho	1	2	3	4	5
02. Identificação de problemas	1	2	3	4	5
03. Solução de problemas	1	2	3	4	5
04. Esclarecimento de objetivos	1	2	3	4	5
05. Estabelecimento de prioridades	1	2	3	4	5

2- Na sua opinião, os *benefícios compensam os custos* de uso do Termo de Compromisso/POA (ex. tempo gasto na negociação, coleta e processamento de grande volume de dados)?

1. Discordo Totalmente 2. Discordo Parcialmente 3. Indiferente 4. Concordo Parcialmente 5. Concordo Plenamente

3- O Sistema de Informação (Prontuário Eletrônico) ajuda na *identificação de problemas* da sua Unidade? 1. Sim 2. Não

4- Se sim, assinale a(s) opção(ões) em que os *problemas* identificados estão mais presentes:

- a. Características epidemiológicas da comunidade
- b. Resolutividade dos atendimentos
- c. Produtividade da equipe
- d. Frequência dos profissionais
- e. Cumprimento das metas do Termo de Compromisso/POA
- f. Outra (especificar): _____

5- Você tem conhecimento sobre o *desempenho* das outras Unidades do Distrito Sanitário? 1. Sim 2. Não

6- Se sim, como você *compara o desempenho* da sua Unidade em relação às outras?

1. Melhor sei 2. Similar 3. Pior 4. Difícil comparar 5. Não sei

Fatores	Alto	Médio	Baixo	Mínimo	Nenhum
01. Definição das metas do Termo de Compromisso /POA	1	2	3	4	5
02. Definição de funções gratificadas	1	2	3	4	5
03. Lotação de profissionais em Unidades	1	2	3	4	5

AVALIAÇÃO IDQ

15 - Quando foi inicialmente implantado, você acha que o IDQ teve algum efeito sobre o **comportamento** dos profissionais da saúde?

1. Sim 2. Não



16 - Se sim, assinale **em que grau** o IDQ teve efeito sobre os seguintes fatores:

Fatores	Nenhum	Mínimo	Moderado	Substancial	Total
01. Diminuiu faltas, atrasos, indisciplina e afastamentos	1	2	3	4	5
02. Aumentou a motivação dos profissionais	1	2	3	4	5
03. Contribuiu para aperfeiçoar o processo de trabalho	1	2	3	4	5
04. Aumentou o salário	1	2	3	4	5
05. Melhorou o trabalho em equipe	1	2	3	4	5
06. Aumentou a produtividade dos profissionais	1	2	3	4	5
07. Outro (especificar fator e marcar o grau):	1	2	3	4	5

17 - Você acha que hoje o IDQ **ainda surte esses efeitos**?

1. Na maioria dos casos 2. Em alguns casos 3. Em poucos casos 4. Não surte mais efeito

18 - Considerando cada um dos fatores abaixo, em que medida a Avaliação Individual do IDQ ajuda o servidor a **melhorar seu desempenho**?

Fatores	Nunca	Raramente	Às vezes	Freqüentemente	Sempre
01. Amplia o diálogo entre o Profissional e Autoridade Sanitária	1	2	3	4	5
02. Identifica necessidades de treinamento do profissional	1	2	3	4	5
03. Propicia a solução de conflitos entre a equipe	1	2	3	4	5
04. Outro (especificar fator e marcar medida):	1	2	3	4	5

19 - Considerando os fatores abaixo, assinale *em que medida* você acha que o processo de Avaliação Individual do IDQ é:

Fatores	Minimamente	Moderadamente	Muito
01. Coerente	1	2	3
02. Transparente	1	2	3
03. Imparcial	1	2	3

20 - Assinale a(s) opção(ões) sobre o que acontece quando o resultado da *Avaliação Individual* do IDQ indica *problemas no desempenho* de um profissional:

- a. Em geral nada acontece
 b. Autoridade Sanitária discute o assunto com o profissional
 c. O profissional faz treinamento relacionado ao problema
 d. Ocorre a transferência do profissional para outra Unidade
 e. O profissional perde o incentivo do IDQ
 f. Outra (especificar): _____

21 - A equipe da sua Unidade se preocupa em atingir os pontos suficientes na *Avaliação da Unidade* para receber o IDQ?

1. Nunca 2. Raramente 3. Às vezes 4. Frequentemente
 5. Sempre

22 - O que a *equipe* faz quando percebe que um colega tem mau desempenho?

- a. Não faz nada
 b. Conversa com o colega para entender o problema
 c. Altera os processos de trabalho
 d. Solicita à Autoridade Sanitária a transferência do colega
 e. Outra (especificar): _____

23 - A equipe da Unidade toma conhecimento dos resultados da *Avaliação da Comunidade*?

1. Sim 2. Parcialmente
 3. Não

24 - As informações da Avaliação da Comunidade são *utilizadas* pela Unidade?

1. Sim 2. Às vezes
 3. Não

25 - Se sim ou às vezes, assinale a(s) opção(ões) em que a Avaliação da Comunidade efetivamente *contribui* na busca de melhoria da Unidade.

- a. Instalações físicas
 b. Qualidade do atendimento
 c. Tempo de espera
 d. Resolutividade dos problemas
 e. Horário de maior demanda
 f. Outra (especificar): _____

**ANEXO C - NORMAS EDITORIAIS DAS REVISTAS CIENTÍFICAS A SEREM
SUBMETIDOS OS ARTIGOS CIENTÍFICOS**



A RAS-Revista de Administração em Saúde, publicação oficial da Sociedade Médica Brasileira de Administração em Saúde, apresenta trimestralmente textos relacionados à temática da administração sanitária, administração hospitalar, de serviços e sistemas de saúde. As colaborações oriundas principalmente dessas áreas do conhecimento devem obedecer aos seguintes formatos:

▪ **Tipos de colaboração aceitos pela revista**

ARTIGOS ORIGINAIS – Trabalhos que apresentem reflexão sobre problemas da realidade sanitária brasileira ou que se fundamentem em pesquisa empírica, ensaio clínico ou pesquisa relevante. Devem conter os seguintes elementos: introdução, objetivos, material e métodos, resultados, discussão, conclusão e bibliografia.

ARTIGOS DE REVISÃO – São trabalhos que têm por objeto resumir, analisar, avaliar ou sintetizar trabalhos de investigação já publicados em revistas científicas.

ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO OU DIVULGAÇÃO – São trabalhos que relatam informações geralmente atuais sobre tema de interesse para a área de administração em saúde, novas técnicas ou novos modelos de gestão, por exemplo, e que têm características distintas de um artigo de revisão bibliográfica.

RELATO DE CASO – São artigos que representam dados descritivos de um ou mais casos explorando um método ou um problema, através de exemplo.

DOCUMENTOS – Oficiais ou não, considerados importantes para o momento ou que tenham um conteúdo de pertinência para o estudo da administração em saúde.

DEPOIMENTOS – Relatos ou entrevistas contendo impressões sobre experiências profissionais aplicadas ou sobre temas atuais relacionados com nossa realidade socioeconômica.

RESENHAS E REVISÕES BIBLIOGRÁFICAS – Análise crítica de livros, artigos, sítios da INTERNET, teses e monografias editadas no Brasil e no exterior e consideradas de interesse para o estudo da administração em saúde e ciências afins.

CARTAS À REDAÇÃO – Serão publicados comentários, críticas, sugestões e esclarecimentos referentes à temática ou observações referentes à própria revista, recebidos através de cartas ou e-mails.

▪ **Forma de apresentação dos originais**

1. Os originais deverão ser encaminhados por e-mail, digitados no programa *WORD* for *WINDOWS*, ou impresso em papel tamanho A4 em três vias. Deverão ser acompanhados de resumos em português e em inglês.

2. Os originais deverão apresentar as seguintes informações sobre o autor:

- instituições a que está ligado;
- cargos que ocupa;
- formação acadêmica;
- titulação do autor;
- endereço profissional completo, CEP e e-mail.

3. Os Artigos Originais, Revisões, Atualização, Relatos de Caso e similares devem ser apresentados contendo resumos e palavras-chave em português (resumo e palavras-chave) e em inglês (*abstract and key-words*). Os resumos não deverão exceder 250 palavras em inglês e o campo palavras-chave (no máximo 6) em português e inglês. Para a seleção dos descritores (palavras-chave) recomenda-se a utilização do DESC Descritores em Ciências da Saúde conforme acesso INTERNET (<http://decs.bvs.br/>).

4. O título do artigo deve ser o mais conciso possível, porém suficientemente informativo, e apresentado em português e em inglês.

5. As referências bibliográficas devem ser numeradas na ordem em que aparecem primeiramente no texto e apresentadas ao seu final. As referências citadas somente em legendas de tabelas ou figuras devem ser numeradas de acordo com uma seqüência estabelecida pela primeira menção da tabela ou da figura no texto.

▪ **Crterios de autoria**

1. A inclusão de um autor em um trabalho encaminhado para publicação só é justificada se ele contribuiu significativamente, do ponto de vista intelectual, para a sua realização. Fica implícito que:

a) o autor participou da concepção e do planejamento do trabalho, bem como da interpretação das evidências, b) escreveu, revisou ou tomou parte em todas as redações preliminares e na definitiva e aprovou a versão final.

A simples coleta e catalogação de dados não constituem critérios para autoria. Igualmente, não devem ser considerados autores auxiliares técnicos que fazem a rotina, médicos que encaminham pacientes ou interpretam exames de rotina e chefes de Departamentos não diretamente envolvidos na pesquisa. A essas pessoas poderá ser feito agradecimento especial.

2. Os autores deverão informar as fontes de fomento ou de financiamento do trabalho, caso houver, bem como declaração de ausência de conflito de interesse.

3. A responsabilidade pelos conceitos emitidos e conteúdos dos trabalhos cabe inteiramente aos autores dos mesmos.

▪ **Apreciação pelo Conselho de Redação**

Os trabalhos submetidos à publicação serão examinados pelo Conselho de Redação, composto por, pelo menos, três membros do Conselho Editorial. Os autores serão notificados da aceitação ou recusa de seus trabalhos.

Os artigos aceitos para publicação poderão sofrer revisões editoriais de estilo visando melhorar sua clareza e facilitar o entendimento, preservado o conteúdo.

Os trabalhos devem ser enviados para:

Associação Brasileira de Medicina Preventiva e Administração em Saúde

Av. Brigadeiro Luiz Antonio, 278 - 7º andar - São Paulo, SP.
CEP 01318-901 - e-mail: ras@apm.org.br



ISSN 1414-3283 *versão impressa*
ISSN 1807-5726 *versão online*

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Projeto e política editorial](#)
- [Forma e preparação de manuscritos](#)
- [Envio dos manuscritos](#)

Projeto e política editorial

INTERFACE — Comunicação, Saúde, Educação publica artigos analíticos e/ou ensaísticos, resenhas críticas e notas de pesquisa (textos inéditos); edita debates e entrevistas; e veicula resumos de dissertações e teses e notas sobre eventos e assuntos de interesse. Os editores reservam-se o direito de efetuar alterações e/ou cortes nos originais recebidos para adequá-los às normas da revista, mantendo estilo e conteúdo.

Toda submissão de manuscrito à Interface está condicionada ao atendimento às normas descritas abaixo.

Forma e preparação de manuscritos

SEÇÕES

Dossiê — textos ensaísticos ou analíticos temáticos, a convite dos editores, resultantes de estudos e pesquisas originais (até sete mil palavras).

Artigos — textos analíticos ou de revisão resultantes de pesquisas originais teóricas ou de campo referentes a temas de interesse para a revista (até sete mil palavras).

Debates — conjunto de textos sobre temas atuais e/ou polêmicos propostos pelos editores ou por colaboradores e debatidos por especialistas, que expõem seus pontos de vista, cabendo aos editores a edição final dos textos. (Texto de abertura: até seis mil palavras; textos dos debatedores: até mil palavras; réplica: até mil palavras.).

Espaço aberto — notas preliminares de pesquisa, textos que problematizam temas polêmicos e/ou atuais, relatos de experiência ou informações relevantes veiculadas em meio eletrônico (até cinco mil palavras).

Entrevistas — depoimentos de pessoas cujas histórias de vida ou realizações profissionais sejam relevantes para as áreas de abrangência da revista (até sete mil palavras).

Livros — publicações lançadas no Brasil ou exterior, sob a forma de resenhas críticas, comentários, ou colagem organizada com fragmentos do livro (até três mil palavras).

Teses — descrição sucinta de dissertações de mestrado, teses de doutorado e/ou de livre-docência; título, palavras-chave e resumo (até quinhentas palavras) em português, inglês e espanhol. Informar o endereço de acesso ao texto completo, se disponível na internet.

Criação — textos de reflexão com maior liberdade formal, com ênfase em linguagem iconográfica, poética, literária etc.

Informes — notas sobre eventos, acontecimentos, projetos inovadores (até duas mil palavras).

Cartas — comentários sobre publicações da revista e notas ou opiniões sobre assuntos de interesse dos leitores (até mil palavras).

Observação: na contagem de palavras do texto, excluem-se título, resumo e palavras-chave.

Envio dos manuscritos

SUBMISSÃO DE ORIGINAIS

Interface - Comunicação, Saúde, Educação aceita colaborações em português, espanhol e inglês para todas as seções. Apenas trabalhos inéditos serão submetidos à avaliação. Não serão aceitas para submissão traduções de textos publicados em outra língua.

Os originais devem ser digitados em *Word* ou RTF, fonte Arial 12, respeitando o número máximo de palavras definido por seção da revista. Todos os originais submetidos à publicação devem dispor de resumo e palavras-chave alusivas à temática (com exceção das seções Livros, Criação, Notas breves e Cartas).

NOTA: nos manuscritos que incluam ilustrações (imagens, figuras, desenhos, tabelas, gráficos), também deve ser providenciada uma cópia do manuscrito, na versão PDF, **com inserção das ilustrações**.

Da folha de rosto devem constar título (em português, espanhol e inglês) e dados dos autores com as informações na seguinte ordem:

Autor principal: vínculo institucional - Departamento, Unidade, Universidade (apenas um, por extenso). Endereço completo para correspondência, telefones de contato, e-mail.

Co-autores: vínculo institucional - Departamento, Unidade, Universidade (apenas um, por extenso). Email.

Observação: não havendo vínculo institucional, informar a atividade profissional. A titulação dos autores não deve ser informada.

A indicação dos nomes dos autores logo abaixo do título é limitada a oito. Acima deste número serão listados no rodapé da página.

Também em nota de rodapé o (s) autor (es) deve (m) explicitar se o texto é inédito, se foi financiado, se é resultado de dissertação de mestrado ou tese de doutorado, se há conflitos de interesse e, em caso de pesquisa com seres humanos, se foi aprovada por Comitê de Ética da área, **indicando o número do processo e a instituição**.

Em texto com dois autores ou mais devem ser especificadas, antes das referências, as responsabilidades individuais de todos os autores na preparação do mesmo, de acordo com um dos modelos a seguir:

Modelo 1: "Os autores trabalharam juntos em todas as etapas de produção do manuscrito."

Modelo 2: "Autor X responsabilizou-se por...; Autor Y responsabilizou-se por...; Autor Z responsabilizou-se por..., etc."

Da primeira página devem constar (em português, espanhol e inglês): título, resumo (até 150 palavras) e no máximo cinco palavras-chave.

Observação: na contagem de palavras do resumo, excluem-se título e palavras-chave.

Notas de rodapé - numeradas, sucintas, usadas somente quando necessário.

Citações - referências no texto devem subordinar-se à forma **-Autor, ano, página**, em caixa baixa (apenas a primeira letra do sobrenome do autor em

caixa alta) conforme o exemplo: "...e criar as condições para a construção de conhecimentos de forma colaborativa (Kenski, 2001, p. 31).

Casos específicos:

a Citações literais de **até três linhas**: entre aspas, **sem destaque em itálico** e, em seguida, entre parênteses (Sobrenome do autor, data, p.xx, **sem espaço entre o ponto e o número**). Ponto final depois dos parênteses.

b Citações literais de **mais de três linhas**: em parágrafo destacado do texto (um enter antes e um depois), com **4 cm** de recuo à esquerda, em **espaço simples, fonte menor** que a utilizada no texto, **sem aspas, sem itálico**, terminando na margem direita do texto. Em seguida, entre parênteses: (Sobrenome do autor, data, página).

Observação: em citações, os parênteses só aparecem para indicar a autoria. Para indicar fragmento de citação utilizar colchete: [...] encontramos algumas falhas no sistema [...] quando relemos o manuscrito, mas nada podia ser feito [...]. (Fulano, Sicrano, 2008, p.56).

c Vários autores citados em sequência: **do mais recente para o mais antigo**, separados por ponto e vírgula: (Pedra, 1997; Torres, 1995; Saviani, 1994).

d Textos com dois autores: Almeida e Binder, 2004 (no corpo do texto); Almeida, Binder, 2004 (dentro dos parênteses).

e Textos com três autores: Levanthal, Singer e Jones (no corpo do texto); Levanthal, Singer, Jones (dentro dos parênteses).

f Textos com mais de três autores: Guérin et al., 2004 (dentro e fora dos parênteses).

g Documentos do mesmo autor publicados no mesmo ano: acrescentar letras minúsculas, em ordem alfabética, após a data e sem espaçamento (Campos, 1987a, 1987b).

REFERÊNCIAS

Todos os autores citados no texto devem constar das referências listadas ao final do manuscrito, em ordem alfabética, seguindo normas adaptadas da ABNT (NBR 6023/2002). Exemplos:

LIVROS: FREIRE, P. **Pedagogia da indignação**: cartas pedagógicas e outros escritos. São Paulo: Ed. Unesp, 2000.

* Título sempre destacado em **negrito**; sub-título, não.

**Sem indicação do número de páginas.

***A segunda e demais referências de um mesmo autor (ou autores) devem ser substituídas por um traço sublinear (seis espaços) e ponto, sempre da mais recente para a mais antiga. Se mudar de página, é preciso repetir o nome do autor. Se for o mesmo autor, mas com colaboradores, não vale o travessão. Ex: Freire, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 27.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003. (Coleção Leitura).

_____. **Extensão ou comunicação?** 10.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.

**** Dois ou três autores, separar com ponto e vírgula; mais de três autores, indicar o primeiro autor, acrescentando-se a expressão et al. Ex.:

CUNHA, M.I.; LEITE, D.B.C. **Decisões pedagógicas e estruturas de poder na Universidade**. Campinas: Papyrus, 1996. (Magistério: Formação e Trabalho Pedagógico).

FREIRE, M. et al. (Orgs.). **Avaliação e planejamento**: a prática educativa em questão. Instrumentos metodológicos II. São Paulo: Espaço Pedagógico, 1997. (Seminários)

CAPÍTULOS DE LIVRO: QUÉAU, P. O tempo do virtual. In: PARENTE, A. (Org.). **Imagem máquina**: a era das tecnologias do virtual. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1996. p.91-9.

* Apenas o título do livro é destacado, **em negrito**.

**Obrigatório indicar, ao final, a página inicial e final do capítulo citado.

Regras específicas

1 Autor do livro igual ao autor do capítulo: HARTZ, Z.M.A. Explorando novos caminhos na pesquisa avaliativa das ações de saúde. In: _____ (Org.). **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação dos programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p.19-28.

2 Autor do livro diferente do autor do capítulo: VALLA, V.V.; GUIMARÃES, M.B.; LACERDA, A. Religiosidade, apoio social e cuidado integral à saúde: uma proposta de investigação voltada para as classes populares. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 2004. p.103-18.

3 Autor é uma entidade: BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros curriculares nacionais**: meio ambiente e saúde. 3.ed. Brasília: SEF, 2001.

4 Séries e coleções: MIGLIORI, R. **Paradigmas e educação**. São Paulo: Aquariana, 1993. (Visão do futuro, v.1).

ARTIGOS EM PERIÓDICOS: TEIXEIRA, R.R. Modelos comunicacionais e práticas de saúde. **Interface – Comunic., Saude, Educ.**, v.1, n.1, p.7-40, 1997.

*Apenas o título do periódico é destacado, **em negrito**.

**Obrigatório indicar, após o volume e o número, as páginas em que o artigo foi publicado.

TESES E DISSERTAÇÕES: IYDA, M. **Mudanças nas relações de produção e migração**: o caso de Botucatu e São Manuel. 1979. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo. 1979.

RESUMOS EM ANAIS DE EVENTOS: PAIM, J.S. O SUS no ensino médico: retórica ou realidade. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 33., 1995, São Paulo. **Anais...** São Paulo, 1995. p.5.

*Apenas a palavra **Anais** é destacada, **em negrito**.

**Quando o trabalho for consultado on-line, mencionar o endereço eletrônico: Disponível em: <...>. Acesso em (dia, mês, ano).

***Quando o trabalho for consultado em material impresso, colocar página inicial e final.

DOCUMENTOS ELETRÔNICOS: Wagner, C.D.; Persson, P.B. Chaos in cardiovascular system: an update. **Cardiovasc. Res.**, v.40, p.257-64, 1998. Disponível em: <<http://www.probe.br/science.html>>. Acesso em: 20 jun. 1999.

* Apenas o título do periódico é destacado, **em negrito**.

**Os autores devem verificar se os endereços eletrônicos (URL) citados no texto ainda estão ativos.

Observação: se a referência incluir o DOI, este deve ser mantido. **Só neste caso** (quando a citação for tirada do SciELO, sempre vem o Doi junto; em outros casos, nem sempre).

ILUSTRAÇÕES: Imagens, figuras ou desenhos devem estar em formato tiff ou jpeg, com resolução mínima de 200 dpi, tamanho máximo 16 x 20 cm, em tons de cinza, com legenda e fonte arial 9. Tabelas e gráficos torre podem ser produzidos em Word ou Excel. Outros tipos de gráficos (pizza, evolução...) devem ser produzidos em programa de imagem (photoshop ou corel draw). Todas as ilustrações devem estar em arquivos separados e serão inseridas no sistema como documentos suplementares, com respectivas legendas e numeração. No texto deve haver indicação do local de inserção de cada uma delas.

NOTA: Também como documento suplementar, deve ser inserida no sistema uma cópia do manuscrito, na versão PDF, **com todas as ilustrações incluídas devidamente localizadas no corpo do texto.**

As submissões devem ser realizadas on-line no endereço:

<http://submission.scielo.br/index.php/icse/login>

ANÁLISE E APROVAÇÃO DOS ORIGINAIS

Todo texto enviado para publicação será submetido a uma pré-avaliação inicial, pelo Corpo Editorial. Uma vez aprovado, será encaminhado à revisão por pares (no mínimo dois relatores). O material será devolvido ao (s) autor (es) caso os relatores sugiram mudanças e/ou correções. Em caso de divergência de pareceres, o texto será encaminhado a um terceiro relator, para arbitragem. A decisão final sobre o mérito do trabalho é de responsabilidade do Corpo Editorial (editores e editores associados).

A publicação do trabalho implica a cessão integral dos direitos autorais à **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. Não é permitida a reprodução parcial ou total de artigos e matérias publicadas, sem a prévia autorização dos editores.

Os textos são de responsabilidade dos autores, não coincidindo, necessariamente, com o ponto de vista dos editores e do Conselho Editorial da revista.

[\[Home\]](#) [\[Sobre esta revista\]](#) [\[Corpo editorial\]](#) [\[Assinaturas\]](#)



Todo o conteúdo do periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma [Licença Creative Commons](#)

Distrito de Rubião Junior, s/nº
Caixa Postal 592
18618-000 Botucatu SP Brasil
Tel./Fax: +55 14 3815-3133



intface@fmb.unesp.br



ISSN 0102-311X *versión impresa*
ISSN 1678-4464 *versión on-line*

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Escopo e política](#)
- [Forma e preparação de manuscritos](#)

Escopo e política

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico que contribuam ao estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins.

Forma e preparação de manuscritos

Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções abaixo antes de submeterem seus artigos a Cadernos de Saúde Pública.

1. CSP aceita trabalhos para as seguintes seções:

- 1.1 Revisão** - revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à saúde pública (máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações);
- 1.2 Artigos** - resultado de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);
- 1.3 Notas** - nota prévia, relatando resultados parciais ou preliminares de pesquisa (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);
- 1.4 Resenhas** - resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras);
- 1.5 Cartas** - crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 1.200 palavras e 1 ilustração);
- 1.6 Debate** - artigo teórico que se faz acompanhar de cartas críticas assinadas por autores de diferentes instituições, convidados pelo Editor, seguidas de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);
- 1.7 Fórum** - seção destinada à publicação de 2 a 3 artigos coordenados entre si, de diferentes autores, e versando sobre tema de interesse atual (máximo de 12.000 palavras no total). Os interessados em submeter trabalhos para essa seção devem consultar o Conselho Editorial.

2. Normas para envio de artigos

- 2.1** CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.
- 2.2** Serão aceitas contribuições em português, espanhol ou inglês.
- 2.3** Notas de rodapé e anexos não serão aceitos.
- 2.4** A contagem de palavras inclui o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

3. Publicação de ensaios clínicos

- 3.1** Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.
- 3.2** Essa exigência está de acordo com a recomendação da BIREME/OPAS/OMS sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados a partir de orientações da Organização Mundial da Saúde -

OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (www.icmje.org) e do Workshop ICTPR.

3.3 As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- a) [Australian New Zealand Clinical Trials Registry \(ANZCTR\)](#)
- b) [ClinicalTrials.gov](#)
- c) [International Standard Randomised Controlled Trial Number \(ISRCTN\)](#)
- d) [Netherlands Trial Register \(NTR\)](#)
- e) [UMIN Clinical Trials Registry \(UMIN-CTR\)](#)
- f) [WHO International Clinical Trials Registry Platform \(ICTRP\)](#)

4. Fontes de financiamento

4.1 Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. Conflito de interesses

5.1 Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. Colaboradores

6.1 Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do [International Committee of Medical Journal Editors](#), que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. Essas três condições devem ser integralmente atendidas.

7. Agradecimentos

7.1 Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo mas que não preencheram os critérios para serem co-autores.

8. Referências

8.1 As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (Ex.: Silva¹). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos (<http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine/>).

8.2 Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é

de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 No caso de usar algum *software* de gerenciamento de referências bibliográficas (Ex. EndNote[®]), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

9. Nomenclatura

9.1 Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

10. Ética em pesquisas envolvendo seres humanos

10.1 A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na [Declaração de Helsinki](#) (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000), da World Medical Association.

10.2 Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

10.3 Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Metodologia do artigo).

10.4 Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

10.5 O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

11. Processo de submissão online

11.1 Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em <http://www.ensp.fiocruz.br/csp/>.

Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

11.2 Inicialmente o autor deve entrar no sistema [SAGAS](#). Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em "Cadastre-se" na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em "Esqueceu sua senha? Clique aqui".

11.3 Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em "Cadastre-se" você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

12. Envio do artigo

12.1 A submissão *online* é feita na área restrita do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS). O autor deve acessar a "Central de Autor" e selecionar o *link* "Submeta um novo artigo".

12.2 A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP.

O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

12.3 Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título corrido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumo, *abstract* e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

- 12.4** O título completo (no idioma original e em inglês) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.
- 12.5** O título corrido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.
- 12.6** As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), disponível: <http://decs.bvs.br/>.
- 12.7** *Resumo*. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha ou Cartas, todos os artigos submetidos em português ou espanhol deverão ter resumo na língua principal e em inglês. Os artigos submetidos em inglês deverão vir acompanhados de resumo em português ou em espanhol, além do abstract em inglês. O resumo pode ter no máximo 1100 caracteres com espaço.
- 12.8** *Agradecimentos*. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.
- 12.9** Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.
- 12.10** Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.
- 12.11** O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1 MB.
- 12.12** O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.
- 12.13** O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumo e abstract; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).
- 12.14** Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".
- 12.15** *Ilustrações*. O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).
- 12.16** Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse o limite e também com os custos adicionais para publicação de figuras em cores.
- 12.17** Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.
- 12.18** *Tabelas*. As tabelas podem ter 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.
- 12.19** *Figuras*. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.
- 12.20** Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.
- 12.21** Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).
- 12.22** As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada),

com tamanho mínimo de 17,5cm de largura.

12.23 Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.24 As figuras devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.25 Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

12.26 *Formato vetorial.* O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

12.27 *Finalização da submissão.* Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão".

12.28 *Confirmação da submissão.* Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a secretaria editorial de CSP por meio do e-mail: ensp-artigos@ensp.fiocruz.br.

13. Acompanhamento do processo de avaliação do artigo

13.1 O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

13.2 O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

14. Envio de novas versões do artigo

14.1 Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o *link* "Submeter nova versão".

15. Prova de prelo

15.1 Após a aprovação do artigo, a prova de prelo será enviada para o autor de correspondência por e-mail. Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader[®]. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo site:

<http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>.

15.2 A prova de prelo revisada e as declarações devidamente assinadas deverão ser encaminhadas para a secretaria editorial de CSP por e-mail (cadernos@ensp.fiocruz.br) ou por fax +55(21)2598-2514 dentro do prazo de 72 horas após seu recebimento pelo autor de correspondência.

[[Home](#)] [[Sobre esta revista](#)] [[Corpo editorial](#)] [[Assinaturas](#)]

Rua Leopoldo Bulhões, 1480
21041-210 - Rio de Janeiro - RJ - Brasil
Tel.: +55 21 2598-2511 / 2598-2508
Fax: +55 21 2298-2737 / 2598-2514



cadernos@ensp.fiocruz.br



ISSN 0034-8910 versão impressa
ISSN 1518-8787 versão on-line

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Categorias de artigos](#)
- [Autoria](#)
- [Processo de julgamento dos manuscritos](#)
- [Preparo dos manuscritos](#)
- [Suplementos](#)
- [Conflito de interesses](#)
- [Documentos](#)

Categorias de Artigos

Artigos Originais

Incluem estudos observacionais, estudos experimentais ou quase-experimentais, avaliação de programas, análises de custo-efetividade, análises de decisão e estudos sobre avaliação de desempenho de testes diagnósticos para triagem populacional. Cada artigo deve conter objetivos e hipóteses claras, desenho e métodos utilizados, resultados, discussão e conclusões.

Incluem também ensaios teóricos (críticas e formulação de conhecimentos teóricos relevantes) e artigos dedicados à apresentação e discussão de aspectos metodológicos e técnicas utilizadas na pesquisa em saúde pública. Neste caso, o texto deve ser organizado em tópicos para guiar os leitores quanto aos elementos essenciais do argumento desenvolvido.

Recomenda-se ao autor que antes de submeter seu artigo utilize o "checklist" correspondente:

- [CONSORT](#) checklist e fluxograma para ensaios controlados e randomizados
- [STARD](#) checklist e fluxograma para estudos de acurácia diagnóstica
- [MOOSE](#) checklist e fluxograma para meta-análise
- [QUOROM](#) checklist e fluxograma para revisões sistemáticas
- [STROBE](#) para estudos observacionais em epidemiologia

Informações complementares:

- Devem ter até 3.500 palavras, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências.
- As tabelas e figuras, limitadas a 5 no conjunto, devem incluir apenas os dados imprescindíveis, evitando-se tabelas muito longas. As figuras não devem repetir dados já descritos em tabelas.
- As referências bibliográficas, limitadas a cerca de 25, devem incluir apenas aquelas estritamente pertinentes e relevantes à problemática abordada. Deve-se evitar a inclusão de número excessivo de referências numa mesma citação. Citações de documentos não publicados e não indexados na literatura científica (teses, relatórios e outros) devem ser evitadas. Caso não possam ser substituídas por outras, não farão parte da lista de referências bibliográficas, devendo ser indicadas nos rodapés das páginas onde estão citadas.

Os resumos devem ser apresentados no *formato estruturado*, com até 300 palavras, contendo os itens: Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões. Excetuam-se os ensaios teóricos e os artigos sobre metodologia e técnicas usadas em pesquisas, cujos resumos são no formato narrativo, que, neste caso, terão limite de 150 palavras.

A estrutura dos artigos originais de pesquisa é a convencional: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, embora outros formatos possam ser aceitos. A Introdução deve ser curta, definindo o problema estudado, sintetizando sua importância e destacando as lacunas do conhecimento que serão abordadas no artigo. As fontes de dados, a população estudada,

amostragem, critérios de seleção, procedimentos analíticos, dentre outros, devem ser descritos de forma compreensiva e completa, mas sem prolixidade. A seção de Resultados deve se limitar a descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações/comparações. O texto deve complementar e não repetir o que está descrito em tabelas e figuras. A Discussão deve incluir a apreciação dos autores sobre as limitações do estudo, a comparação dos achados com a literatura, a interpretação dos autores sobre os resultados obtidos e sobre suas principais implicações e a eventual indicação de caminhos para novas pesquisas. Trabalhos de pesquisa qualitativa podem juntar as partes Resultados e Discussão, ou mesmo ter diferenças na nomeação das partes, mas respeitando a lógica da estrutura de artigos científicos.

Comunicações Breves – São relatos curtos de achados que apresentam interesse para a saúde pública, mas que não comportam uma análise mais abrangente e uma discussão de maior fôlego.

Informações complementares

- Devem ter até *1.500 palavras* (excluindo resumos, tabelas, figuras e referências) *uma tabela ou figura* e até 5 referências.
- Sua apresentação deve acompanhar as mesmas normas exigidas para artigos originais, exceto quanto ao resumo, que não deve ser estruturado e deve ter até *100 palavras*.

ARTIGOS DE REVISÃO

Revisão sistemática e meta-análise - Por meio da síntese de resultados de estudos originais, quantitativos ou qualitativos, objetiva responder à pergunta específica e de relevância para a saúde pública. Descreve com pormenores o processo de busca dos estudos originais, os critérios utilizados para seleção daqueles que foram incluídos na revisão e os procedimentos empregados na síntese dos resultados obtidos pelos estudos revisados (que poderão ou não ser procedimentos de **meta-análise**).

Revisão narrativa/crítica - A revisão narrativa ou revisão crítica apresenta caráter descritivo-discursivo, dedicando-se à apresentação compreensiva e à discussão de temas de interesse científico no campo da Saúde Pública. Deve apresentar formulação clara de um objeto científico de interesse, argumentação lógica, crítica teórico-metodológica dos trabalhos consultados e síntese conclusiva. Deve ser elaborada por pesquisadores com experiência no campo em questão ou por especialistas de reconhecido saber.

Informações complementares:

- Sua extensão é de até *4.000 palavras*.
- O formato dos resumos, a critério dos autores, será *narrativo*, com até 150 palavras. Ou *estruturado*, com até 300 palavras.
- Não há limite de referências.

COMENTÁRIOS

Visam a estimular a discussão, introduzir o debate e "oxigenar" controvérsias sobre aspectos relevantes da saúde pública. O texto deve ser organizado em tópicos ou subitens destacando na Introdução o assunto e sua importância. As referências citadas devem dar sustentação aos principais aspectos abordados no artigo.

Informações complementares:

- Sua extensão é de até *2.000 palavras*, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências
- O formato do resumo é o *narrativo*, com até 150 palavras.
- As referências bibliográficas estão limitadas a cerca de 25

Publicam-se também Cartas Ao Editor com até 600 palavras e 5

refêrencias.

Autoria

O conceito de autoria está baseado na contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autores, no que se refere sobretudo à concepção do projeto de pesquisa, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica. A contribuição de cada um dos autores deve ser explicitada em declaração para esta finalidade (ver [modelo](#)). Não se justifica a inclusão de nome de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima. A indicação dos nomes dos autores logo abaixo do título do artigo é *limitada a 12*; acima deste número, os autores são listados no rodapé da página.

Os manuscritos publicados são de propriedade da Revista, vedada tanto a reprodução, mesmo que parcial, em outros periódicos impressos. Resumos ou resenhas de artigos publicados poderão ser divulgados em outros periódicos com a indicação de *links para o texto completo, sob consulta à Editoria da RSP. A tradução para outro idioma, em periódicos estrangeiros, em ambos os formatos, impresso ou eletrônico, somente poderá ser publicada com autorização do Editor Científico e desde que sejam fornecidos os respectivos créditos.*

Processo de julgamento dos manuscritos

Os manuscritos submetidos que atenderem às "instruções aos autores" e que se coadunem com a sua política editorial são encaminhados para avaliação.

Para ser publicado, o manuscrito deve ser aprovado nas três seguintes fases:

Pré-análise: a avaliação é feita pelos Editores Científicos com base na originalidade, pertinência, qualidade acadêmica e relevância do manuscrito para a saúde pública.

Avaliação por pares externos: os manuscritos selecionados na pré-análise são submetidos à avaliação de especialistas na temática abordada. Os pareceres são analisados pelos editores, que propõem ao Editor Científico a aprovação ou não do manuscrito.

Redação/Estilo: A leitura técnica dos textos e a padronização ao estilo da Revista finalizam o processo de avaliação.

O anonimato é garantido durante todo o processo de julgamento.

Manuscritos recusados, mas com a possibilidade de reformulação, poderão retornar como novo trabalho, iniciando outro processo de julgamento.

Preparo dos manuscritos

Devem ser digitados em extensão .doc, .txt ou .rtf, com letras arial, corpo 12, página em tamanho A-4, incluindo resumos, agradecimentos, referências e tabelas.

Todas as páginas devem ser numeradas.

Deve-se evitar no texto o uso indiscriminado de siglas, excetuando as já conhecidas.

Os **critérios éticos da pesquisa** devem ser respeitados. Para tanto os autores devem explicitar em Métodos que a pesquisa foi conduzida dentro dos padrões exigidos pela Declaração de Helsinque e aprovada pela comissão de ética da instituição onde a pesquisa foi realizada.

Idioma

Aceitam-se manuscritos nos idiomas português, espanhol e inglês. Para aqueles submetidos em português oferece-se a opção de tradução do texto completo para o inglês e a publicação adicional da versão em inglês em meio eletrônico. Independentemente do idioma empregado, todos manuscritos devem apresentar dois resumos, sendo um em português e outro em inglês. Quando o manuscrito for escrito em espanhol, deve ser acrescentado um terceiro resumo nesse idioma.

Dados de identificação

- a) Título do artigo - deve ser conciso e completo, limitando-se a 93 caracteres, incluindo espaços. Deve ser apresentada a versão do título em **inglês**.
- b) Título resumido - com até 45 caracteres, para fins de legenda nas páginas impressas.
- c) Nome e sobrenome de cada autor, seguindo formato pelo qual é indexado.
- d) Instituição a que cada autor está afiliado, acompanhado do respectivo endereço (uma instituição por autor).
- e) Nome e endereço do autor responsável para troca de correspondência.
- f) Se foi subvencionado, indicar o tipo de auxílio, o nome da agência financiadora e o respectivo número do processo.
- g) Se foi baseado em tese, indicar o nome do autor, título, ano e instituição onde foi apresentada.
- h) Se foi apresentado em reunião científica, indicar o nome do evento, local e data da realização.

Descritores - Devem ser indicados entre 3 e 10, extraídos do vocabulário "[Descritores em Ciências da Saúde](#)" (DeCS), quando acompanharem os resumos em português, e do [Medical Subject Headings \(MeSH\)](#), para os resumos em inglês. Se não forem encontrados descritores disponíveis para cobrirem a temática do manuscrito, poderão ser indicados termos ou expressões de uso conhecido.

Agradecimentos - Devem ser mencionados nomes de pessoas que prestaram colaboração intelectual ao trabalho, desde que não preencham os requisitos para participar da autoria. Deve haver [permissão expressa](#) dos nomeados (ver documento Responsabilidade pelos Agradecimentos). Também podem constar desta parte agradecimentos a instituições quanto ao apoio financeiro ou logístico.

Referências - As referências devem ser ordenadas alfabeticamente, numeradas e normalizadas de acordo com o estilo Vancouver. Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com o Index Medicus, e grafados no formato itálico. No caso de publicações com até 6 autores, citam-se todos; acima de 6, citam-se os seis primeiros, seguidos da expressão latina "et al".

Exemplos:

Fernandes LS, Peres MA. Associação entre atenção básica em saúde bucal e

indicadores socioeconômicos municipais. *Rev Saude Publica*. 2005;39 (6):930-6.

Forattini OP. Conceitos básicos de epidemiologia molecular. São Paulo: Edusp; 2005.

Karlsen S, Nazroo JY. Measuring and analyzing "race", racism, and racial discrimination. In: Oakes JM, Kaufman JS, editores. *Methods in social epidemiology*. San Francisco: Jossey-Bass; 2006. p. 86-111.

Yevich R, Logan J. An assessment of biofuel use and burning of agricultural waste in the developing world. *Global Biogeochem Cycles*. 2003;17 (4):1095, DOI:10.1029/2002GB001952. 42p.

Zinn-Souza LC, Nagai R, Teixeira LR, Latorre MRDO, Roberts R, Cooper SP, et al . Fatores associados a sintomas depressivos em estudantes do ensino médio de São Paulo, Brasil. *Rev Saude Publica*. 2009; 42(1):34-40.

Para outros exemplos recomendamos consultar o documento "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Medical Publication" (<http://www.icmje.org>).

Comunicação pessoal, não é considerada referência bibliográfica. Quando essencial, pode ser citada no texto, explicitando em rodapé os dados necessários. Devem ser evitadas citações de documentos não indexados na literatura científica mundial e de difícil acesso aos leitores, em geral de divulgação circunscrita a uma instituição ou a um evento; quando relevantes, devem figurar no rodapé das páginas que as citam. Da mesma forma, informações citadas no texto, extraídas de documentos eletrônicos, não mantidas permanentemente em sites, não devem fazer parte da lista de referências, mas podem ser citadas no rodapé das páginas que as citam.

Citação no texto: Deve ser indicado em **expoente** o número correspondente à referência listada. Deve ser colocado após a pontuação, nos casos em que se aplique. Não devem ser utilizados parênteses, colchetes e similares. O número da citação pode ser acompanhado ou não do(s) nome(s) do(s) autor(es) e ano de publicação. Se forem citados dois autores, ambos são ligados pela conjunção "e"; se forem mais de dois, cita-se o primeiro autor seguido da expressão "et al".

Exemplos:

Segundo Lima et al⁹ (2006), a prevalência de transtornos mentais em estudantes de medicina é maior do que na população em geral.

Parece evidente o fracasso do movimento de saúde comunitária, artificial e distanciado do sistema de saúde predominante.^{12,15}

A exatidão das referências constantes da listagem e a correta citação no texto são de responsabilidade do(s) autor(es) do manuscrito.

Tabelas - Devem ser apresentadas separadas do texto, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. A cada uma deve-se atribuir um título breve, não se utilizando traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título. Se houver tabela extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar autorização da revista que a publicou, por escrito, para sua reprodução. Esta autorização deve acompanhar o manuscrito submetido à publicação

Quadros são identificados como Tabelas, seguindo uma única numeração em todo o texto.

Figuras - As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos, etc.), devem ser

citadas como figuras. Devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto; devem ser identificadas fora do texto, por número e título abreviado do trabalho; as legendas devem ser apresentadas ao final da figura; as ilustrações devem ser suficientemente claras para permitir sua reprodução, com resolução mínima de 300 dpi.. Não se permite que figuras representem os mesmos dados de Tabela. Não se aceitam gráficos apresentados com as linhas de grade, e os elementos (barras, círculos) não podem apresentar volume (3-D). Figuras coloridas são publicadas excepcionalmente.. Nas legendas das figuras, os símbolos, flechas, números, letras e outros sinais devem ser identificados e seu significado esclarecido. Se houver figura extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar autorização, por escrito, para sua reprodução. Estas autorizações devem acompanhar os manuscritos submetidos à publicação.

Submissão online

A entrada no sistema é feita pela página inicial do site da RSP (www.fsp.usp.br/rsp), no menu do lado esquerdo, selecionando-se a opção "submissão de artigo". Para submeter o manuscrito, o autor responsável pela comunicação com a Revista deverá cadastrar-se. Após efetuar o cadastro, o autor deve selecionar a opção "submissão de artigos" e preencher os campos com os dados do manuscrito. O processo de avaliação pode ser acompanhado pelo status do manuscrito na opção "consulta/ alteração dos artigos submetidos". Ao todo são oito situações possíveis:

- **Aguardando documentação:** Caso seja detectada qualquer falha ou pendência, inclusive se os documentos foram anexados e assinados, a secretaria entra em contato com o autor. Enquanto o manuscrito não estiver de acordo com as Instruções da RSP, o processo de avaliação não será iniciado.
- **Em avaliação na pré-análise:** A partir deste status, o autor não pode mais alterar o manuscrito submetido. Nesta fase, o editor pode recusar o manuscrito ou encaminhá-lo para a avaliação de relatores externos.
- **Em avaliação com relatores:** O manuscrito está em processo de avaliação pelos relatores externos, que emitem os pareceres e os enviam ao editor.
- **Em avaliação com Editoria:** O editor analisa os pareceres e encaminha o resultado da avaliação ao autor.
- **Manuscrito com o autor:** O autor recebe a comunicação da RSP para reformular o manuscrito e encaminhar uma nova versão.
- **Reformulação:** O editor faz a apreciação da nova versão, podendo solicitar novos esclarecimentos ao autor.
- **Aprovado**
- **Reprovado**

Além de acompanhar o processo de avaliação na página de "consulta/ alteração dos artigos submetidos", o autor tem acesso às seguintes funções:

"Ver": Acessar o manuscrito submetido, mas sem alterá-lo.

"Alterar": Corrigir alguma informação que se esqueceu ou que a secretaria da Revista solicitou. Esta opção funcionará somente enquanto o status do manuscrito estiver em "aguardando documentação".

"Avaliações/comentários": Acessar a decisão da Revista sobre o manuscrito.

"Reformulação": Enviar o manuscrito corrigido com um documento explicando cada correção efetuada e solicitado na opção anterior.

Verificação dos itens exigidos na submissão:

1. Nomes e instituição de afiliação dos autores, incluindo e-mail e telefone.

2. Título do manuscrito, em português e inglês, com até 93 caracteres, incluindo os espaços entre as palavras.
3. Título resumido com 45 caracteres, para fins de legenda em todas as páginas impressas.
4. Texto apresentado em letras arial, corpo 12, em formato Word ou similar (doc,txt,rtf).
5. Nomes da agência financiadora e números dos processos.
6. No caso de artigo baseado em tese/dissertação, indicar o nome da instituição e o ano de defesa.
7. Resumos estruturados para trabalhos originais de pesquisa, português e inglês, e em espanhol, no caso de manuscritos nesse idioma.
8. Resumos narrativos originais para manuscritos que não são de pesquisa nos idiomas português e inglês, ou em espanhol nos casos em que se aplique.
9. Declaração, com assinatura de cada autor, sobre a "[responsabilidade de autoria](#)"
10. Declaração assinada pelo primeiro autor do manuscrito sobre o consentimento das pessoas nomeadas em Agradecimentos.
11. Documento atestando a aprovação da pesquisa por comissão de ética, nos casos em que se aplica. Tabelas numeradas seqüencialmente, com título e notas, e no máximo com 12 colunas.
12. Figura no formato: pdf, ou tif, ou jpeg ou bmp, com resolução mínima 300 dpi; em se tratando de gráficos, devem estar em tons de cinza, sem linhas de grade e sem volume.
13. Tabelas e figuras não devem exceder a cinco, no conjunto.
14. Permissão de editores para reprodução de figuras ou tabelas já publicadas.
15. Referências normalizadas segundo estilo Vancouver, ordenadas alfabeticamente pelo primeiro autor e numeradas, e se todas estão citadas no texto.

Suplementos

Temas relevantes em saúde pública podem ser temas de suplementos. A Revista publica até dois suplementos por volume/ano, sob demanda.

Os suplementos são coordenados por, no mínimo, três editores. Um é obrigatoriamente da RSP, escolhido pelo Editor Científico. Dois outros editores-convidados podem ser sugeridos pelo proponente do suplemento.

Todos os artigos submetidos para publicação no suplemento serão avaliados por revisores externos, indicados pelos editores do suplemento. A decisão final sobre a publicação de cada artigo será tomada pelo Editor do suplemento que representar a RSP.

O suplemento poderá ser composto por artigos originais (incluindo ensaios teóricos), artigos de revisão, comunicações breves ou artigos no formato de comentários.

Os autores devem apresentar seus trabalhos de acordo com as instruções

aos autores disponíveis no site da RSP.

Para serem indexados, tanto os autores dos artigos do suplemento, quanto seus editores devem esclarecer os possíveis conflitos de interesses envolvidos em sua publicação. As informações sobre conflitos de interesses que envolvem autores, editores e órgãos financiadores deverão constar em cada artigo e na contra-capa da Revista.

Conflito de interesses

A confiabilidade pública no processo de revisão por pares e a credibilidade de artigos publicados dependem em parte de como os conflitos de interesses são administrados durante a redação, revisão por pares e tomada de decisões pelos editores.

Conflitos de interesses podem surgir quando autores, revisores ou editores possuem interesses que, aparentes ou não, podem influenciar a elaboração ou avaliação de manuscritos. O conflito de interesses pode ser de natureza pessoal, comercial, política, acadêmica ou financeira.

Quando os autores submetem um manuscrito, eles são responsáveis por reconhecer e revelar conflitos financeiros ou de outra natureza que possam ter influenciado seu trabalho. Os autores devem reconhecer no manuscrito todo o apoio financeiro para o trabalho e outras conexões financeiras ou pessoais com relação à pesquisa. O relator deve revelar aos editores quaisquer conflitos de interesse que poderiam influir em sua opinião sobre o manuscrito, e, quando couber, deve declarar-se não qualificado para revisá-lo.

Se os autores não tiverem certos do que pode constituir um potencial conflito de interesses, devem contatar a secretaria editorial da Revista.

Documentos

Cada autor deve ler, assinar e anexar os documentos: Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais (enviar este somente após a aprovação). Apenas a Declaração de responsabilidade pelos Agradecimentos deve ser assinada somente pelo primeiro autor (correspondente).

Documentos que devem ser anexados ao manuscrito no momento da submissão:

1. Declaração de responsabilidade
2. Agradecimentos

Documento que deve ser enviado à Secretaria da RSP somente na ocasião da aprovação do manuscrito para publicação:

3. Transferência de direitos autorais

1. Declaração de Responsabilidade

Segundo o critério de autoria do *International Committee of Medical Journal Editors*, autores devem contemplar todas as seguintes condições: (1) Contribuí substancialmente para a concepção e planejamento, ou análise e interpretação dos dados; (2) Contribuí significativamente na elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo; e (3) Participei da aprovação da versão final do manuscrito.

No caso de grupo grande ou multicêntrico ter desenvolvido o trabalho, o grupo

deve identificar os indivíduos que aceitam a responsabilidade direta pelo manuscrito. Esses indivíduos devem contemplar totalmente os critérios para autoria definidos acima e os editores solicitarão a eles as declarações exigidas na submissão de manuscritos. O autor correspondente deve indicar claramente a forma de citação preferida para o nome do grupo e identificar seus membros. Normalmente serão listados em rodapé na folha de rosto do artigo.

Aquisição de financiamento, coleta de dados, ou supervisão geral de grupos de pesquisa, somente, não justificam autoria.

Todas as pessoas relacionadas como autores devem assinar declaração de responsabilidade.

MODELO

Eu, (nome por extenso), certifico que participei da autoria do manuscrito intitulado (título) nos seguintes termos:

"Certifico que participei suficientemente do trabalho para tornar pública minha responsabilidade pelo seu conteúdo."

"Certifico que o manuscrito representa um trabalho original e que nem este manuscrito, em parte ou na íntegra, nem outro trabalho com conteúdo substancialmente similar, de minha autoria, foi publicado ou está sendo considerado para publicação em outra revista, quer seja no formato impresso ou no eletrônico."

"Atesto que, se solicitado, fornecerei ou cooperarei totalmente na obtenção e fornecimento de dados sobre os quais o manuscrito está baseado, para exame dos editores."

Contribuição:

Local, data

Assinatura

Documentos

2. Declaração de Responsabilidade pelos Agradecimentos

Os autores devem obter permissão por escrito de todos os indivíduos mencionados nos Agradecimentos, uma vez que o leitor pode inferir seu endosso em dados e conclusões. O autor responsável pela correspondência deve assinar uma declaração conforme modelo abaixo.

MODELO

Eu, (nome por extenso), autor responsável pelo manuscrito intitulado (título):

- Certifico que todas as pessoas que tenham contribuído substancialmente à realização deste manuscrito mas não preenchiam os critérios de autoria, estão nomeados com suas contribuições específicas em Agradecimentos no manuscrito.
- Certifico que todas as pessoas mencionadas nos Agradecimentos me forneceram permissão por escrito para tal.
- Certifico que, se não incluí uma sessão de Agradecimentos, nenhuma pessoa fez qualquer contribuição substancial a este manuscrito.

Local, Data

Assinatura

3. Transferência de Direitos Autorais

Enviar o documento assinado **por todos os autores** na ocasião da aprovação do manuscrito.

A RSP não autoriza republicação de seus artigos, exceto em casos especiais. Resumos podem ser republicados em outros veículos impressos, desde que os créditos sejam devidamente explicitados, constando a referência ao artigo original. Todas as solicitações acima, assim como pedidos de inclusão de links para artigos da RSP na SciELO em sites, devem ser encaminhados à Editoria Científica da Revista de Saúde Pública.

MODELO

"Declaro que em caso de aceitação do artigo por parte da Revista de Saúde Pública concordo que os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade exclusiva da Faculdade de Saúde Pública, vedado qualquer produção, total ou parcial, em qualquer outra parte ou meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem que a prévia e necessária autorização seja solicitada e, se obtida, farei constar o competente agradecimento à Faculdade de Saúde Pública e os créditos correspondentes."

Autores:

Título:

Local, data

Assinatura

Local, data

Assinatura

[\[Home\]](#) [\[Sobre a revista\]](#) [\[Corpo editorial\]](#) [\[Assinaturas\]](#)



Todo o conteúdo do periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma [Licença Creative Commons](#)

Avenida Dr. Arnaldo, 715
01246-904 São Paulo SP Brasil
Tel./Fax: +55 11 3068-0539



revsp@org.usp.br

Help for Authors

MANUSCRIPT PREPARATION AND REVIEW PROCESS

Submit a paper <http://mc.manuscriptcentral.com/ha>

[General Contents](#)

[Web First](#)

[Manuscript Preparation](#)

[Style](#)

[Letters to the Editor](#)

[Review Process](#)

[Accepted Papers](#)

HIGHLIGHTS OF IMPORTANT SUBMISSION GUIDELINES FOR *HEALTH AFFAIRS'* AUTHORS

The following are some of the main points that authors need to know when submitting a manuscript. Details on many of these topics are presented after this summary of highlights.

1. All papers must be submitted through our [online manuscript processing system](#), which requires the establishment of a user account.
2. When you submit your paper, be prepared to supply information about the following:
 - a. Title of the paper
 - b. Authors' names, formal titles, affiliations, addresses, phone numbers, and e-mail addresses
 - c. Word count (including abstract, text, and endnotes but not including exhibits)
 - d. A list of funders that supported you or your coauthors in preparing the paper or the research on which it is based
 - e. Any affiliations of you or your coauthors that are relevant to the content/subject of your paper, financial or otherwise, that you have not already disclosed by virtue of listing employers/funders. At the editors' discretion, this information will be included with your paper if it is published.
3. Authors must not be identified anywhere in the submitted manuscript documents. Authors' names must not appear on the abstract page, on the first page of the text, or in headers or footers in the paper.
4. An abstract, not to exceed 100 words, should be included as part of the manuscript text.
5. Your paper should be prepared using a standard word-processing format (such as MS Word) in 12-point Courier New font or its equivalent, double-spaced, with a minimum of one-inch margins. These formatting rules apply to all text portions of the paper (including abstract and notes), but not exhibits or supplemental materials.
6. All pages should be numbered.
7. Cited references and explanatory notes should be presented in one section of consecutively numbered endnotes—no footnotes, please. Following Vancouver style for endnotes, each source gets its own endnote; each endnote is assigned a number; and that number may be repeated throughout the document as many times as the source is cited.
8. Exhibits must conform to the following requirements (more detail below). Tables must be included as editable components of the manuscript file and placed at the end of the manuscript. Figures (e.g., graphs, maps, diagrams) must be submitted as files that are separate from the manuscript text files and must be submitted in their native format (e.g., PowerPoint, Excel, rather than pasted-in images). Map files must be provided in .eps or .ai format. All exhibits are numbered consecutively in order of their appearance, not separately by type of exhibit (table or figure). Authors must provide numerical plotting data for all figures, and all exhibits must be provided in electronic form. All exhibits should be mentioned in the text (e.g., As shown in Exhibit 1) and there must be a complete list of exhibits at the end of the manuscript (see detail below).

9. Authors may include documents to supplement their manuscript. Supplemental documents may be used for extended methodological or technical discussion, extended bibliographies, or exhibits that are too long or complex to appear in print. Such documents should be referred to in the main text and should clearly be labeled as supplements.

If you have any questions about the manuscript submission process, please contact Executive Editor Donald E. Metz at 301-347-3907, or via e-mail, dmetz@projecthope.org.

GENERAL CONTENTS

Health Affairs authors should direct their papers to a diverse national audience interested in present and future health policy issues. New data, reports of major new trends, and serious proposals for reform are encouraged. The focus of *Health Affairs* articles is on policy implications, not elaborate discussions of methodology and data sources. Thus, we ask authors to keep discussion of data and methods brief. However, the data and methods must be adequately assessed in the peer review process. For this purpose, if a study's data and methods cannot be explained adequately in a brief discussion, we encourage authors to provide more methodological detail in the form of an appendix or other explanatory section for review purposes only.

WEB FIRST

Beginning in 2001, *Health Affairs* began publishing a significant number of peer-reviewed papers that first appeared online. These papers meet the same standards of review and revision as papers appearing in the print edition; they are an integral part of the *Health Affairs* body of work. Web First papers appear on average once a week; subscribers and others who have requested notification of new materials receive weekly e-mail alerts, and Web Firsts are available free to all site visitors for two weeks, after which they become available on a pay-per-view basis or to paying subscribers. Although authors may indicate their interest in Web First publication, the editors reserve the right to pursue Web First publication with submitted papers, particularly those addressing an issue of high topicality or policy interest. Web First papers appear in "print" in the issue of the journal that follows online publication.

MANUSCRIPT PREPARATION

Abstract: Please include an abstract (unstructured) of 100 words or fewer. Additional guidance is available [elsewhere](#).

Length: Please submit your paper in twelve-point Courier New font or its equivalent, double-spaced, with a minimum of one-inch margins; please number all pages. Suggested word lengths:

- Feature: 5,000 words
- Commentary, DataWatch Trends: 2,500 words
- GrantWatch: 2,500 words

Word counts include the abstract, main text, and endnotes, but not exhibits or supplemental materials.

Exhibits: Authors may submit exhibits to present data, graphs, maps, diagrams and other types of illustrative materials. There is no strict limit on the number of exhibits an author may include with a paper, but we typically do not exceed four exhibits per published paper, and we encourage authors to use exhibits sparingly and to avoid overly complex presentations. Exhibits should be submitted in the software in which they were composed (such as Word, MS Excel, or PowerPoint) so that they are editable and so that any data points are recoverable; exhibits should not be submitted as embedded images or objects that cannot be edited. There are different requirements for tables and figures; these are alluded to above and specified in more detail [elsewhere](#). See below ("Style") for additional information on exhibit presentation.

Supplemental Materials: *Health Affairs* is aimed at a diverse audience of readers, many of whom are primarily interested in the policy implications of research findings and not the technical details of research methodologies. We therefore encourage authors to be concise in describing details of

methods and data (authors should aim for 750 words or less of methods/data discussion in their papers). This does not relieve authors of supplying information that is necessary to evaluate the credibility of their work. If 750 words is not sufficient for these purposes, authors are encouraged to include with their submission more detailed description of data, methods, and analysis in the form of a technical appendix for review purposes only.

You may use as much space as you need for such an appendix, but please bear in mind that clarity and brevity are still expected, as reviewers are often under considerable time pressure to complete their work. The word count of supplemental materials does not count against the word count of the paper for publication purposes.

PLEASE NOTE: If your analysis is based on regressions, please include with your manuscript a technical appendix showing the full specification of each regression--number of observations, dependent and independent variables (including any transformations from the variables discussed in the text), coefficients, either standard errors or t-statistics, R-squared and F statistics. This information will not be published with your paper but will be made available to reviewers to facilitate their judgment of whether the analysis supports the conclusions in the text; and if the paper is published, it will be available online to readers. You may decide how much of any of the regression results to display in exhibits in the paper, but the presentation should be concise, and presented in a form that would be suitable for nonexperts.

If you have any questions about what types of information should be included in the paper and which should be relegated to an appendix, please contact the editors.

Manuscript type: Although we appreciate authors' familiarity with the various sections of the journal, the editors retain the right to assign articles to sections.

Authorship: Only people who participated in the writing of the manuscript should be listed as authors (other contributors may be mentioned in an acknowledgment). More than five authors may require justification, in accordance with the [authorship criteria of the International Committee of Medical Journal Editors](#) (please note that *Health Affairs* has its own submission guidelines and does not adhere to the general guidelines for manuscript submission found on the ICMJE Web site). Authors' names must not appear anywhere in the files submitted with the manuscript.

Manuscript Submission: All manuscripts must be submitted via *Health Affairs'* [online manuscript processing system](#). You must have a user account before you can submit a paper. If you have a user account, log in using your user ID and password at the [login screen](#). If you have an account but have forgotten your user ID or password, go to the [login screen](#), enter your e-mail address in the "Password Help" field, then click on "Go." You will receive e-mail with instructions on how to obtain a user ID and password. If you do not have a user account, you can establish one by going to the [login screen](#) and clicking on "Create Account" in the upper right-hand corner of the page. To create an account, you will need to supply your first and last name, e-mail address, job title and institution, mailing address, phone number, a password, and a list of your areas of expertise.

Specific instructions on how to submit papers are available via the "submit" links on the [Help for Authors](#) main page.

Revision process: Once a manuscript has gone through peer review and the editors have decided that a request for revisions is warranted, we request a similar submission process; details are available through the appropriate link on the [Help for Authors](#) main page. You will be given more specific instructions for the final submission at that time; please read the revision letter carefully and comply with all editors' requests.

Outside editorial assistance: The *Health Affairs* copyeditors work with every accepted paper to apply consistent style, correct grammar, and appropriate length. Also, *Health Affairs* editors routinely give detailed suggestions for improving a manuscript during the peer-review process. However, they cannot offer direct assistance to authors before a paper is accepted, other than answering routine questions and providing access to the style guide on request. If authors require more assistance with their writing, especially before the submission process begins, editorial services are available to provide this assistance for a fee. One such service is ScienceDocs (details are available at <http://www.sciencedocs.com>).

Health Affairs is not affiliated with ScienceDocs or any other company offering editorial services. Authors may use these services at their own discretion and risk; use of such services does not directly affect a paper's chances of acceptance, and all accepted papers are still subject to copyediting as described above.

STYLE

General: Authors should refer to the *Chicago Manual of Style* (University of Chicago Press) as a style guide for the text portion of their paper. *Health Affairs* uses the Vancouver style (following the [Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals](#)) for references. Endnotes, including both sources and explanatory matter, should be kept to a minimum and numbered in the order in which they appear in the text, not alphabetically.

Sources: Journal-article citations must include the volume, issue number, and year of publication as well as the article page numbers. Book and report citations must include the pertinent details of publication (publisher, location, year). References to online documents must contain complete details (author's name if relevant, name of document, and citation information), not simply a URL. Improperly formatted notes may be returned to the author for revision, possibly delaying a paper's publication. All sources must be provided in English. Authors are responsible for the accurate translation of foreign-language sources' publication details into English during the revision process.

Endnotes: Here are some of the highlights of the Vancouver endnote style as used in *Health Affairs*:

- *Health Affairs* does not use footnotes; all notations and references should be integrated into one section of consecutively numbered endnotes that are listed in the order in which they are called out in the text.
- Use Arabic, not Roman, numbering.
- References are individually assigned a unique "callout" number, and note numbers are repeated in the text whenever the source material applies.
- Sentences may contain as many endnotes as are relevant, in whatever position they are most directly pertinent to the text where they apply
- If a publication or article has up to six authors or editors, all should be listed; if a publication or article has more than six authors, the first six are listed, followed by "et al."

Many authors use software packages to prepare their lists of references. The three major packages (EndNote, ProCite, and Reference Manager) all contain an output style or bibliographic style for Vancouver. Authors maintain the responsibility of using the program(s) appropriately; *Health Affairs* cannot offer support for or assistance in their use. See <http://endnote.com>, <http://procite.com>, or <http://referencemanager.com> for more information. [*Health Affairs* does not endorse nor is financially connected to Thomson-Reuters, the company that produces this software; this mention does not constitute an endorsement.]

Endnotes should conform to the following examples.

1. Sparer MS, Brown LD. Uneasy alliances: managed care plans formed by safety-net providers. *Health Aff (Millwood)*. 2000;19(4):23-35.
2. Cowan CA, Lazenby HC, Martin AB, McDonnell PA, Sensenig AL, Smith CE et al. National health expenditures, 1999. *Health Care Financ Rev*. 2001 Summer; 22(4):77-110.
3. Starr P. *The social transformation of American medicine*. New York: Basic Books; 1982.
4. Harris G. FDA orders recall of intravenous pumps. *New York Times (Washington Final)*. 2005 Jun 22;Sect. A:12 (col. 1).
5. Corrigan JM, Kohn LT, Donaldson MS, editors. *To err is human: building a safer health system*. Washington: National Academies Press; 1999.
6. Anton B, Nelson R. Literacy, consumer informatics, and health care outcomes: interrelations and implications. In: Park HA, Murray P, Delaney C, editors. *Consumer-centered computer-supported care for healthy people*. Amsterdam: IOS Press; 2006. p. 49-53.

7. Patrias K. Computer-compatible writing and editing. Paper presented at: Interacting with the digital environment: modern scientific publishing. 46th Annual Meeting of the Council of Science Editors; 2003 May 3-6; Pittsburgh, PA.

8. Collins SR, Kriss JL, Davis K, Doty MM, Holmgren AL. Squeezed: why rising exposure to health care costs threatens the health and financial well-being of American families [Internet]. New York: Commonwealth Fund; 2006 Sep [cited 2006 Nov 2]. 34 p. Available from:

http://www.cmf.org/usr_doc/Collins_squeezedrisinghlcarecosts_953.pdf.

More extensive information on citing in Vancouver style is available online. We recommend the following sources:

National Library of Medicine, "International Committee of Medical Journal Editors Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Sample References,"

http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

National Library of Medicine, "Citing Medicine," <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/bv.fcgi?rid=citmed.TOC&depth=2>

Monash University, "Vancouver style (uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals)," <http://www.lib.monash.edu.au/tutorials/citing/vancouver.html>

For specific questions on endnote style, contact Andrea Zuercher, chief copy editor, at azuercher@projecthope.org or tel: 785-842-2611

Exhibits: Exhibits should be mentioned ("called out") in the flow of the text, not simply as an added note suggesting their placement. There should be a comprehensive list of exhibits at the end of the text document, with each item in the list indicating whether the exhibit is a table or a figure, the title of the exhibit, and the source(s) for the information presented. Each exhibit should include a note indicating the source(s) for the data/information presented. Exhibits should have clear titles and labels, and should be understandable at a glance (overly complicated exhibits or exhibits that are not formatted for nonexperts --e.g., raw regression output -- may be removed from a paper before publication and placed in an appendix for online viewing). Exhibits must be numbered consecutively as they appear, not separately based on whether they are a table or a graphic. Tables should not be excessively horizontal in layout, because of the size of the *Health Affairs* page. If the work in the exhibit is not original and has been published elsewhere, the author is expected to obtain copyright permission from the publisher and is responsible for any fees that may be required.

All graphics must include plotting points. Please include only the plotting points that were used to produce each graphic, and please label all plotting points so that they match the finished graphic exactly. Exhibits that are prepared using software (such as Excel or PowerPoint) other than the word processing software used to compose the article text must be supplied in their original software, rather than being "embedded" in the word processing file (as outlined in the submission instructions for each type of paper), and all plotting data must be easily accessible. Map files must be provided in .eps or .ai format. With the exception of tables, which must be placed within the text document itself, exhibits may be grouped together in a single document separate from the manuscript, such as an Excel spreadsheet or a PowerPoint file.

Online Supplements and Appendices: As described above, authors may submit supplemental materials to accompany their papers as online-only supplements. These materials should be submitted with the revision and clearly marked as supplements. They should be formatted as the authors wish them to appear online. The *Health Affairs* editors do not edit or format online supplemental materials; we take submitted files, produce PDFs, add a brief text passage identifying the materials with the published paper, and post them on the Web site along with the article. These PDFs are sent to authors for approval before the article is posted. The appearance and accuracy of all online supplemental materials are the responsibility of the authors.

ONLINE COMMENTS & LETTERS TO THE EDITOR

Online Comments: *Health Affairs* offers readers the opportunity to submit their reactions to specific articles for online posting. Online Comments are a moderated forum, which means that all responses are read, edited if necessary, and approved by the editorial staff before they are posted. Information about Online Comments is found in the content box (the box on the top right side of the first page) of every article on the *Health Affairs* Web site. There is no word limit to Online Comments, but you are encouraged to be brief and state your point(s) concisely and politely. All Online Comment writers must disclose their names and work affiliations; anonymous or partially identified comments will not be posted online.

Submissions to Online Comments are considered for eventual print publication at the discretion of the editors. If we do consider your letter for print publication, we will contact you first, and you will have the opportunity to approve galleys. Otherwise, Online Comments submissions will remain online only and will be archived with the contents of the site. Online Comments are linked with the articles to which they were submitted in response, and they can also be read on a [summary](#) page.

Authors whose papers are addressed in Online Comments are notified automatically and are given the opportunity to respond in a subsequent comment. The editors reserve the right to end exchanges between Online Comments authors that do not focus on matters of substance.

Letters To The Editor In Print: Letters in response to specific print articles can also be submitted for publication in a future print edition. Letters should be brief (not to exceed 300 words) and sharply focused. You may send your letter as an attachment to e-mail, along with your complete contact information (including work affiliation, mailing address, e-mail address, and phone and fax numbers) to letters@healthaffairs.org. Or you may use our [online letters submission form](#). *Health Affairs* reserves the right to publish submitted letters either online or in the print edition; unsolicited letters to the editor will not be acknowledged.

REVIEW PROCESS

We acknowledge all manuscripts upon receipt and submit them promptly for evaluation. All published papers are subjected to peer review; authors are encouraged to suggest names of appropriate reviewers for their papers during the online submission process, although the editors cannot guarantee that all requests will be honored.

Health Affairs receives more than 1,000 manuscripts each year. All papers are reviewed by the editors for timeliness and relevance to the journal's objectives. About half of these submissions are selected for external review. For papers that are not selected for external review, the journal notifies authors of its decision within two to three weeks of submission. For papers that are selected for external review, authors can expect to wait about two to three months from the date of submission until notification of the journal's decision. For papers that are selected for revision, the length of time between the revision request and publication will vary widely (from six weeks to several months) depending on various factors, including the extent of revision required, the need for additional review and revision, whether the paper will be published in a bound volume or on our Web site, etc. Our acceptance rate for unsolicited papers is currently between 10 and 15 percent.

To check the status of a submitted paper, log in to our [online manuscript processing system](#). Once you have logged in, you will be at your main menu. Click on "Author Center," then under "My Manuscripts," select the "Submitted Manuscripts" link. This page will display manuscripts of yours that are currently under consideration at *Health Affairs*, along with their status.

ACCEPTED PAPERS

After *Health Affairs* accepts a manuscript for publication and schedules it either in a print issue or as a Web First, galleys are sent to the contact author for review. Corrections to the galleys should be returned to the editorial office within two days of receipt, following the instructions of the corresponding editor. *Health Affairs* sends all galleys electronically as PDF files except under prior arrangement with the editors. All authors must sign a copyright transfer agreement prior to publication. Upon a manuscript's publication in *Health Affairs*, each author receives two copies of the issue and reprint ordering information.