

Contratos internos de gestão no contexto da Política de Humanização: experimentando uma metodologia no referencial da cogestão

Serafim Barbosa Santos Filho¹
Vera de Oliveira Nunes Figueiredo²

SANTOS FILHO, S.B.; FIGUEIREDO, V.O.N. Internal management contracts within the context of the Humanization Policy: experimenting with methodology within the reference frame of co-management. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.13, supl.1, p.615-26, 2009.

This paper describes the experience of implementing internal management contracts in a public hospital. These contracts were understood as tools within the context of co-management and, within the perspective of humanization, as interventions in healthcare and management practices. With this focus, the methodological lines of the collective construction of such contracts and the indicators for the implementation process are presented. Through the process of agreed targets and participative evaluation, the following results were observed: in addition to increasing the institutional efficiency and effectiveness, the effects unleashed through these tools revealed their potential for transforming the work relationships, promoting co-responsibility between subjects and teams, adding value to workers and forming commitment networks for improved care.

Keywords: Management contract. Humanization of care. Planning. Health management.

Neste artigo descreve-se a experiência de implementação de contratos internos de gestão em um hospital público. Os contratos são compreendidos como dispositivos no contexto da cogestão e na perspectiva da humanização como intervenção nas práticas de atenção e gestão em saúde. Nesse enfoque, apresentam-se os eixos metodológicos de sua construção coletiva e os indicadores do processo de implementação. Com o processo de pactuação de metas e avaliação participativa, observam-se os seguintes resultados: além de aumentar a eficiência e eficácia institucional, os efeitos desencadeados com esses dispositivos revelam seu potencial de transformação das relações de trabalho, promoção de corresponsabilização entre os sujeitos/equipes, valorização dos trabalhadores e formação de redes de compromisso para melhoria da atenção.

Palavras-chave: Contrato de gestão. Humanização da assistência. Planejamento. Gestão em saúde.

¹ Ministério da Saúde, Política Nacional de Humanização (MS/PNH). Rua Gonçalves Dias, 60/901. Belo Horizonte, MG, Brasil 30.140-061. serafimsantos@terra.com.br
² MS/PNH.

A Política Nacional de Humanização (PNH) articula um conjunto de referenciais e instrumentos para disparar processos.

No marco teórico-político da PNH (Brasil, 2008; Benevides, Passos, 2005), entende-se por princípio o que sustenta e dispara um determinado movimento na perspectiva de política pública. São três os princípios fundantes: o de 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 atenção e gestão, afirmando que há uma relação inseparável entre modos de cuidar e modos 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 de cuidar. Diretrizes são compreendidas como orientações gerais da Política, capazes de direcionar mudanças nos âmbitos da atenção e gestão, nos sentidos da: cogestão, clínica ampliada e acolhimento, valorização do trabalho e trabalhador da saúde, defesa dos direitos do usuário e do fomento aos coletivos e redes. E por dispositivo entende-se a tradução das diretrizes em arranjos de processos de trabalho, postos em funcionamento para catalisar ou potencializar práticas de atenção e gestão. São vários os dispositivos incorporados pela PNH, aqui merecendo destaque os dispositivos de gestão colegiada (exemplo dos colegiados gestores) e de contratualização (contratos de gestão), pelas suas relações diretas com a diretriz de cogestão, objetos de abordagem deste artigo.

Para essa discussão toma-se, como referência, o debate que Campos vem fazendo em torno da gestão no setor saúde (Campos, 2006, 2003, 2000). A concepção 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, 2003, 2000). Os colegiados gestores e espaços coletivos equivalentes são dispositivos que incorporam essa concepção como estratégia de ampliar e transversalizar um modo 'participativo' e 'cogrido' de funcionamento do serviço/equipes. Os colegiados são concebidos como espaços/instâncias que reúnem representantes dos trabalhadores e gestores, onde se formulam e se apreciam propostas procedentes dos diversos atores (trabalhadores, gestores e usuários), deliberando-se sobre planos diretivos/operativos, garantindo: o compartilhamento do poder dos diferentes membros, a coanálise, a codecisão e a coavaliação de propostas, metas, indicadores e aspectos próprios da articulação do processo local de trabalho.

Essas diretrizes e instâncias confluem para uma perspectiva que a PNH nomeia como caminho de 'tríplice inclusão', no processo de produção de saúde: inclusão dos diferentes sujeitos (gestores, trabalhadores, usuários), inclusão do coletivo (seja dos trabalhadores em sua organização grupal, seja do movimento social organizado) e inclusão dos analisadores sociais, entendidos como tudo que pode disparar análises do/no que está estabelecido, provocando outros modos de ser e fazer saúde (Barros, 2007).

A proposta dos Contratos Internos de Gestão (CIG) está compreendida nesse contexto. Contratos como negociação e acordo entre partes; como dispositivos de diálogo e contratação de compromissos e responsabilidades (no viés da corresponsabilização), em torno de objetivos e metas afinadas com as necessidades das partes que negociam/pactuam. Considera-se especialmente o que se refere ao seu potencial de propiciar interações, de colocar sujeitos/equipes em interlocução para construir mudanças, gerando novos padrões de relação e comunicação no âmbito das organizações/serviços de saúde.

Campos (2006, p.59) reafirma o conceito de contrato social no seu sentido sociológico, que indica "estabelecimento de novas relações que alteram regras, leis e comportamentos segundo um acordo bem explicitado". Considera que, nessa perspectiva, o contrato significa ou aponta para uma formação de compromisso entre sujeitos, situação que se concretiza a partir de "deslocamentos" de posição e de novas composições na esfera das instituições e organizações. Essa concepção articula-se na teoria/método que o autor propõe para a cogestão de coletivos e no que compreende como coprodução de situações, sujeitos e organizações (Campos, 2006, 2000).

Neste artigo descreve-se a experiência de implementação de um contrato interno de gestão em um hospital público, buscando-se valorizar o seu potencial de mobilização dos sujeitos nos espaços de

trabalho/relações, acarretando um exercício cotidiano de compartilhamento, nos moldes do que se propõe como cogestão. Ao se analisar essa experiência, busca-se, sobretudo, valorizar o seu *processo*, ressaltando os eixos metodológicos (de condução) postos em exercício para assegurar coerência com a perspectiva pedagógico-participativa que se deseja com os contratos.

O serviço/hospital e o contexto de implementação do contrato de gestão

O Hospital Odilon Behrens (HOB/BH) é um hospital integrado à rede SUS-municipal de Belo Horizonte, funcionando como referência também para outras regiões do Estado de Minas Gerais. Tem 63 anos de existência e caracteriza-se como hospital geral e de pronto-socorro. Conta com cerca de quatrocentos leitos, oferece 35 especialidades médicas e atende em torno de quinhentos pacientes/dia em urgências clínicas, traumatológicas e odontológicas.

Em meio aos avanços na qualidade dos serviços prestados, o Hospital tem tomado importantes iniciativas no sentido de aprimorar seu modelo de atenção e de gestão. Nesse sentido, ações sistemáticas foram disparadas pelo grupo que assumiu a gestão em 2003³, despontando com o desafio de reorganizar sua estrutura e dinâmica, criando uma disponibilidade coletiva (de gestão, interesse, vontade) para efetuar mudanças institucionais (disponibilidade que se considera essencial para o êxito das intervenções).

Como desdobramentos de um Seminário ocorrido em 2003, várias oficinas e outros seminários foram organizados para ampliação das discussões e direcionamento de frentes de ação em diferentes âmbitos, todas no sentido de 'experimentar a cogestão', isto é, fazendo confluir vários movimentos institucionais num exercício valorizando a cogestão como processo e como produto esperado (instituinto um outro modelo de gestão). Assim, foram feitas: reformas administrativas, reestruturação de áreas físicas e outros investimentos para adequação de espaços/ambientes de trabalho, recomposição de equipes multiprofissionais, retomada de mesas de negociação permanente (mesas tripartites de negociação sobre questões trabalhistas), reorganização e ampliação das atividades de educação permanente e implementação de instâncias coletivas e colegiadas de gestão.

Para ajudar no aprofundamento dessas reformas e formação das equipes de trabalho, em 2005, foi iniciado um curso de Desenvolvimento Gerencial⁴, com duração de um ano e meio, posteriormente contando com momentos pontuais de atualização. Toda essa agenda institucional foi permeada pela discussão de um modelo participativo de gestão.

A partir desse período vem sendo consolidada a implementação de um conjunto de dispositivos diretamente relacionados à Política Nacional de Humanização/PNH, abrangendo as várias esferas de gestão/atenção. Dispositivos importantes para reorganizar o processo de trabalho, como o 'Acolhimento com Classificação de Risco' (organização do processo e equipes para protocolar o atendimento com base em prioridades clínicas dos usuários), foram se articulando a outras inovações, como a 'visita aberta' (reorganização do hospital para ampliar o horário de visitas aos pacientes internados) e vários projetos afinados com as diretrizes de cogestão, além de todo o investimento na perspectiva da 'ambiência' (novos desenhos arquitetônicos das áreas físicas, para maior conforto e interação de usuários e trabalhadores).

Neste texto propõe-se um recorte ilustrando como os contratos internos de gestão constituíram-se como um dispositivo canalizador de todos esses

³ Equipe formada por: Susana M. Moreira Rates (superintendente do Hospital), Miriam M. Souza, Yara C. N. Barbosa, Andréia A. Torres e Maria Helena dos Santos (componentes da diretoria) – Grupo responsável por articular e fomentar todo o processo de renovação da gestão local, incorporando apoios e conduzindo e compartilhando a implementação de ações; coconstruindo no cotidiano as estratégias de enfrentamento dos diferentes problemas que iam emergindo no próprio processo.

⁴ Curso conduzido por Gastão Wagner de Sousa Campos.

movimentos. Serão abordados em sua *metodologia de implantação* e no que se propõe como perspectiva de seu *acompanhamento avaliativo*, campo (da avaliação) que também tem sido um alvo de discussão/ajustes metodológicos no referencial da PNH (Santos-Filho, 2008, 2007a, 2007b; Brasil, 2006). Com esse recorte analítico, espera-se contribuir com o destaque de alguns '*modos de fazer*' que possam funcionar como '*indicadores-analisadores*' do processo de implantação/acompanhamento – assim ajudando a fortalecer esses instrumentos como '*dispositivos catalisadores*' de vários outros e ajudando na sustentabilidade dessas iniciativas.

Diretriz de cogestão e o embrião do contrato de gestão no HOB

É necessário enfatizar que o que se pode considerar como o embrião dos CIG foram os investimentos na organização de colegiados gestores, espalhados em todos os setores do Hospital, imprimindo assim a marca da cogestão como diretriz institucional.

Esses colegiados, compostos pelos gerentes, coordenadores e trabalhadores de cada unidade, passaram a funcionar como momentos sistemáticos de discussão de assuntos de interesse coletivo, propostas, metas, estabelecimento de prioridades e desafios. As propostas construídas nesses espaços foram também apresentadas ao Conselho Local de Saúde, definindo-se prioridades para o Plano Diretor do Hospital (plano para os anos de 2005 a 2008).

Demarca-se, assim, uma iniciativa que se tomará como cenário para a instauração dos contratos de gestão. E aqui demarca-se, também, que essa articulação que se propõe implica uma direção político-metodológica de análise, no sentido de chamar a atenção para o fato de que se compreende a implantação (e continuidade) dessa *lógica de contratualização* necessariamente por dentro da diretriz da cogestão.

As bases dos contratos internos de gestão na realidade local

A proposta dos contratos de gestão foi operacionalizada no contexto dos espaços colegiados de trabalho. E o que se demarca como bases dos contratos seriam: (i) a concepção de gestão exercitada no cotidiano do Hospital e (ii) o que eles (os contratos) podem trazer de '*componentes-desafios*', isto é, o potencial de serem '*indicadores-analisadores*' de toda a gestão. Assim, o ato de avaliar os contratos (e seus '*cumprimentos de metas*') não seria um ato (ação) anexo a eles, mas sim intrínseco à sua experimentação/implantação (Santos-Filho, 2008).

E qual foi/é a concepção de gestão que se validou no HOB? A que é referida como uma gestão colegiada, num modelo político-institucional para aprimorar as relações entre trabalhadores, usuários e grupo diretivo, buscando: (i) democratização dos processos de trabalho, (ii) qualificação da atenção para os usuários e (iii) inclusão dos profissionais de saúde no âmbito da gestão.

A metodologia de implementação dos contratos internos de gestão: movimentos em espiral

Entende-se que o contexto referido anteriormente abre todos os *movimentos* descritos em seguida, realizados de modo indissociado, mas que aqui se separam apenas para enfatizar certas '*passagens*'. Por dentro deles constroem-se eixos analíticos, gerando informações que podem servir para orientar novas experiências. A idéia de movimento que se quer enfatizar implica a perspectiva de espiral, indo e vindo na compreensão, planejamento-execução e acompanhamento da implementação dos contratos de gestão.

Vale dizer que também se está exercitando uma metodologia de sistematização (por dentro do que se propõe como '*acompanhamento avaliativo*'), possibilitando a recuperação de um fazer cotidiano na forma de registro-reflexão desse/sobre esse fazer.

Primeiros movimentos

Os contratos de gestão foram propostos como uma proposta/meta dentro das discussões do "Curso de Desenvolvimento Gerencial", ocorrido entre 2005 e 2006. A partir daí a implementação dos contratos

foi trabalhada como prioridade no âmbito da direção do Hospital e amplamente discutida e validada pelo Colegiado Gestor Ampliado/CGA (constituído por um representante de cada Unidade de Produção, gerentes, coordenadores de ensino e diretoria). Esse processo desencadeou um crescente interesse dos gerentes, coordenadores e trabalhadores, vendo nele o potencial de mudanças dos processos de trabalho em suas unidades de produção e em todo o Hospital. Assim, a decisão de implementação do dispositivo foi um compromisso coletivo de fazer do HOB um hospital de referência no SUS no campo da humanização da atenção e gestão em saúde.

O que se ajustou como *objetivo e estratégia local* foi o contrato como meio de pactuação de diretrizes materializadas em objetivos, metas e indicadores (vinculados ao modelo de atenção e gestão), e, para isso, seria operacionalizado de forma descentralizada e com participação de todos, aproveitando os colegiados existentes. Deveria explicitar a rede de compromissos entre a direção do hospital e as unidades/equipes, tendo como pressupostos o envolvimento-valorização-qualidade, alcançando gestores, trabalhadores e usuários.

O aprofundamento da compreensão dos contratos foi-se dando com a retomada contínua de seus objetivos na realidade e conjuntura do HOB, e pensados como envolvimento dos coletivos 'setoriais' (unidades) na definição de: metas (quantitativas e qualitativas), indicadores de processos e resultados, e desenho de planos de ação baseados nas metas. O processo seria formalizado por meio de um termo de compromisso.

Segundos movimentos

Esses movimentos aprofundam as iniciativas disparadas e afunilam-se em uma perspectiva metodológica mais direcionada. Assim, vai se definindo uma agenda político-operacional de trabalho, envolvendo várias reuniões distribuídas em todo o Hospital, cuidando para envolver direta ou indiretamente todos os trabalhadores. Pode-se dizer que as reuniões se organizaram em uns dois ou três tipos, inicialmente como 'preparatórias', depois como de 'sensibilização', e seguindo-se com diagnósticos situacionais locais.

A 'etapa' de diagnóstico foi um processo extenso, norteado por instrumentos específicos e acompanhamento intensivo por assessores da direção, incluindo o apoio de uma consultora vinculada à Política Nacional de Humanização. A feitura do diagnóstico, desde o momento de elaboração de instrumentos específicos para cada unidade de produção (elaboração que se deu no Curso de Desenvolvimento Gerencial), já se desejava como um processo de amplo e intenso envolvimento dos coletivos das unidades, o que resultou em uma oportunidade concreta para os trabalhadores compreenderem o sentido e o alcance daquelas iniciativas. Colado ao diagnóstico deveriam ser iniciadas as discussões de prioridades de investimentos, isto é, no que se deveria 'investir para mudar naquela unidade'.

A conclusão dos diagnósticos, discussões de problemas e recortes de prioridades de investimento encerram o que aqui se considera como segundos movimentos, em torno dos quais se iniciou um acompanhamento mais sistemático por um grupo que estava constituindo-se com esta função.

Terceiros movimentos

Os terceiros movimentos abrem-se em devoluções, aos coletivos, do que havia sido discutido até então (no contexto dos diagnósticos). E articulam-se com a definição das prioridades a serem traduzidas em 'metas', daí derivando planos de ação com indicadores de monitoramento.

Nesse momento foi importante uma discussão mais direcionada, formativa, sobre a metodologia de composição dos planos de ação e de indicadores significativos para seu acompanhamento. Foi então realizada uma oficina com representantes de todo o Hospital, abordando categorias específicas de planejamento e avaliação, ajustando-as ao contexto dos contratos e da avaliação formativa, referencial com o qual se tem trabalhado na PNH. Configura-se, assim, a uma primeira 'padronização' de categorias para compor os instrumentos de contratos, esclarecendo o alcance e especificidades da tríade objetivos-metas-indicadores.

Seguiram-se os movimentos de confecção propriamente dita dos instrumentos de contrato, agora trazendo as 'definições de fundo' (as necessidades, escolhas, prioridades), mas também exercitando a formatação objetiva das metas e planos (conforme as padronizações antes validadas).

Essa etapa de trabalho foi acompanhada intensivamente por uma equipe instituída para acompanhamento mais próximo dos trabalhos. E esse acompanhamento passa a assumir uma função estratégica de formação das equipes (sobretudo do grupo de apoio) na familiarização com as categorias do planejamento e avaliação. O momento torna-se interessante não pelos aspectos de formatação em si, mas pelo que se pode clarear coletivamente em termos de 'mudanças efetivamente viáveis', considerando as diversas variáveis contextuais. Isto é, ao se tentar fazer a tradução de 'prioridades' em 'metas e indicadores concretos', vai-se observando que várias 'intenções' carecem de mais 'problematização' e negociações, para que sejam postas em prática e, portanto, para que sejam previstas como 'metas viáveis' (nos prazos pensados). Por outro lado, também é uma oportunidade importante de ajuste (e compatibilização) do que foi pensado como 'prioridades' e em quais 'âmbitos de metas e de indicadores' elas 'cabem', para demonstrar com fidelidade o alcance da mudança.

O processo culminou com a elaboração de 44 contratos internos de gestão, representando todas as unidades de produção do Hospital.

Um movimento especial

Concluindo as fases de elaboração, ressalta-se o importante movimento de articulação com o Conselho Local de Saúde no processo de contratualização. Esse foi o movimento que culminou com a assinatura formal (em maio de 2007, cerca de seis meses após o início das rodas de conversa) dos 44 contratos expressos em termos de compromisso, com as presenças de todos os atores que compartilharam a sua elaboração. Esse movimento foi pleno de significados, do âmbito de 'compromissos', corresponsabilização, até o âmbito 'festivo', de satisfação compartilhada com o processo. Importante registrar esse '*indicador de movimento*', de '*inclusão*'.

Movimentos de acompanhamento da implementação dos contratos

Para o acompanhamento da implementação dos contratos (referentes ao ano de 2007) foi instituído, em fevereiro, o Grupo Estratégico de Apoio para Acompanhamento dos Contratos de Gestão/GEACG, composto por assessoras da diretoria, representante da Coordenação de Ensino e Pesquisa e da Coordenação do Serviço de Arquivo Médico e Estatística. A função do Grupo foi definida como a de elaborar metodologia e instrumentos para efetivação do trabalho.

O Grupo começou a ter papel ativo já nas fases preparatórias dos contratos, desenhando estratégias para acompanhamento com gerentes e diretoria. Seu modo de funcionamento foi-se estabelecendo a partir das próprias exigências do processo, que demanda diferentes tipos de habilidades para sua condução. Os passos iniciais incluíram/incluem a formulação de instrumentos/matrizes, junto com a direção, a serem ofertados para ajustes e validação coletiva, na medida em que cada unidade vai trabalhando no contrato. Também foi necessária a definição dos parâmetros para distribuição do incentivo/premiação e uma agenda sistemática para o acompanhamento.

Nessa agenda foram retomados os processos, atualizando-os e acordando estratégias de seu desdobramento/continuidade. Foi realizado um levantamento dos contratos já elaborados ou em processo, por unidade de produção/diretoria; feito um mapeamento da situação e início de discussão com gerentes, coordenadores e diretoras, com elaboração de instrumentos para facilitar a operacionalização/conclusão dos contratos. Entendendo que metas e indicadores do contrato global do Hospital (firmado com a Secretaria Municipal de Saúde e Ministério da Saúde) são desafios para todo o corpo do hospital, estes passaram a ser integrados em todos os contratos internos. Também se fazia necessária a complementação e refinamento de toda a 'cadeia' de planejamento embutida no instrumento de contrato, com discussão de fontes de verificação das metas/indicadores, prazos e responsáveis, além do detalhamento das ações para a viabilização das metas. Tudo isso foi feito em reuniões com os representantes dos coletivos/unidades. Vale ressaltar que esse movimento não era apenas o de uma instrumentalização, mas ia instituindo-se como *validação* coletiva de todo o processo, atitude cara na ótica da avaliação participativa e era fomentado pela direção do Hospital.

Movimentos de acompanhamento avaliativo e aferição de metas

Para subsidiar a aferição, acentuou-se uma agenda de apoio ao Grupo de Acompanhamento dos Contratos (GEAC), ajudando na definição de uma metodologia de aferição, que não se pautasse por uma simples 'verificação de cumprimento' das metas, mas que trouxesse uma perspectiva pedagógica em seu bojo. Propôs-se que a aferição se instituisse por dentro de uma lógica de *acompanhamento avaliativo-formativo*. Essa é uma metodologia que se tem experimentado na PNH, embasada na convergência dos referenciais da avaliação participativa-formativa com os princípios/diretrizes da PNH (Santos-Filho, 2008; Hartz, Silva, 2005; Silva, 2004; Hartz, 1997). Nessa metodologia, temos construído um modelo lógico-avaliativo, incorporando categorias avaliativas clássicas, como 'metas' e 'indicadores', mas buscando-se ampliar e ressignificar algumas de suas dimensões e atributos (dimensões de processos, resultados; atributos de precisão e validade etc). E, sobretudo, explorando e ampliando a sua perspectiva *formativa* no sentido de ser efetivada/exercitada como momentos de aprendizagem, de redirecionamentos, de correções de rumo no próprio processo. Uma lógica em que os coletivos, ao invés de se sentirem fiscalizados e punidos (como em uma auditoria externa), sintam-se incluídos para discutir os problemas no entorno das metas e de seus alcances, e, sobretudo, repactuar o que for considerado pertinente e acordado entre as partes – todo esse processo sendo, ele mesmo, um processo de aprender-fazendo, fazer-aprendendo. Aqui chama-se a atenção não somente para a 'implementação dos contratos', mas para a necessidade de simultaneamente 'colocá-los em análise', exercitando-se a avaliação **do** e **no** processo, dimensão que é muito cara no campo do *acompanhamento avaliativo* na PNH e que se teve a oportunidade de, também, experimentar no apoio a esse processo no HOB.

A agenda do acompanhamento envolveu: (i) momentos avaliativos com cada coletivo (com um âmbito de aferição dialogada, identificando-se e explicando os problemas e suas causas imediatas; esclarecimentos de objetivos, metas e indicadores ainda confusos em suas 'intenções' e suas formulações; ajustes e redefinições de metas e indicadores); (ii) sínteses das avaliações e discussões com a diretoria do Hospital, ressaltando os pontos críticos; (iii) retorno sistematizado das avaliações aos coletivos, com 'nova aferição' com base no que havia sido ajustado e redefinido; (iv) elaboração de relatórios, com mapeamentos das situações, agrupando diferentes focos de sua compreensão (não somente como resultados brutos, mas agregados a análises em maior profundidade, justificativas etc). Em seguida, (v) todo o material sistematizado foi apresentado aos coletivos, já apontando metas pertinentes para os contratos do próximo ano. Ao final de dez meses de trabalho/movimentos, (vi) todo o processo de análise e avaliação dos contratos foi apresentado num momento de 'celebração de resultados', num encontro incluindo gerentes, coordenadores, trabalhadores, direção e convidados. Essa foi uma oficina, ela mesma num formato avaliativo, colocando em análise os contratos de gestão (sua potência e perspectivas de sustentabilidade).

A atividade de acompanhamento direto/aferição de metas está proposta para ser realizada a cada bimestre.

Indicadores de processos e movimentos

Todo o esforço de tratar as ações relacionadas às políticas de humanização, sempre numa ótica avaliativa, busca avaliar se elas têm sido capazes de ajudar a "alterar" o cotidiano dos serviços (processos e relações de trabalho).

O que os contratos internos de gestão possibilitaram?

Em seguida, sintetizam-se alguns eixos de 'repercussões' do processo de contratualização, entendendo-os como 'indicadores' dos movimentos e seus alcances/resultados. Esses eixos foram sinalizados a partir do acompanhamento direto a esse processo, em diferentes situações de 'intervenção-observação participante-apoio', ora com a equipe ampliada do Hospital, ora com o grupo menor de acompanhamento, e, outras vezes, em uma interlocução nos moldes de apoio para problematizações conceituais e metodológicas específicas. Essa informação é importante para demarcar que a avaliação formativa requer uma proximidade concreta entre os atores que vivenciam e os que

ajudam a explorar-analisar toda a situação, portanto não se dá de um modo externo, nem por um ator externo ao processo.

Quanto ao alcance de resultados com base nas metas previstas

O alcance propriamente dito das metas previstas encontra-se detalhado em outros documentos. Esses *resultados* demonstram o êxito do processo no alcance/execução do que se considerou prioritário e pertinente para o primeiro contrato. Neste texto mencionam-se alguns dados ilustrativos do 'desempenho global' dos contratos vinculados às diretorias (as 44 unidades de produção são vinculadas a cinco diretorias) e, em seguida, destacam-se os 'indicativos' dos processos deslanchados/transformados.

Do total de todas as metas contratualizadas entre unidades de produção e direção do Hospital, 84% foram alcançadas, demonstrando o esforço de cada Unidade de Produção (setor do hospital) e diretorias às quais estão vinculadas. A cada contrato cumprido (metas alcançadas) foi correspondido um incentivo (proporcional ao cumprimento) como premiação.

Alguns exemplos de metas ilustram resultados importantes seja na organização de cada Unidade, seja em seu desempenho. Destacam-se, a seguir, alguns indicadores no âmbito das diretorias.

Na Diretoria Técnica: elaboração de projetos terapêuticos (projetos assistenciais, considerando a singularidade e necessidades de cada caso) para 100% dos pacientes críticos da Clínica Médica; formação de equipes multiprofissionais estabelecendo-se como referência para os usuários e aumento da adesão da família ao projeto terapêutico do paciente, na Unidade Cirúrgica; redução da média de permanência (internação) em 5%, considerando o período anterior; redução em 50% do número de escaras adquiridas nas enfermarias; otimização da taxa de ocupação das unidades, a partir da atualização (rotineira e em tempo real) da movimentação de pacientes (óbitos, transferências, admissões e altas); redução do tempo de intervalo de substituição de leito para, no máximo, duas horas; melhoria da comunicação entre todas as unidades afins, aumento do diálogo entre as comissões (Controle de infecção hospitalar, Comissão de revisão de prontuários, Comissão de Óbitos), padronização e/ou atualização de protocolos em várias unidades e implantação do questionário de satisfação do trabalhador.

Na Diretoria de Apoio Diagnóstico e Terapêutico: redução do tempo de entrega de resultados de exames laboratoriais; redução em mais de 95% no uso de glutaraldeído (na Central de Esterilização); desenvolvida a codificação dos medicamentos com códigos de barras para implantação do sistema informatizado no almoxarifado central das farmácias; redução no preparo de hemocomponentes não utilizados (agência transfusional); elaboração do manual de nutrição parenteral e enteral; implantação do plano de radioproteção; implantação de novas rotinas no Banco de Leite, Lavanderia e outros, além da padronização e/ou atualização de protocolos em várias unidades.

Na Diretoria de Urgência e Emergência (e Ambulatorial), colocaram-se, como foco, mudanças na sala Vermelha/Sala de Politraumatizado, direcionando investimentos para monitorar a assistência aos diferentes tipos de casos/demandas. Merece destaque, também, a garantia de visita a pacientes da Sala Vermelha e na Sala Amarela da Unidade de Urgência e Emergência. Na Sala de Observação, destaca-se a corrida de leito de pacientes pela equipe multiprofissional e passagem sistematizada de plantões noturnos, já que a horizontalização é assegurada durante o período do dia. Quanto ao Ambulatório, a meta alcançada de grande expressão para o SUS-municipal (BH) foi a consolidação do Centro de Especialidades Médicas, com a regionalização da atenção secundária para 35 especialidades (instituindo-se como referência para importantes áreas da cidade). Outros resultados significativos incluem: implantação do programa de saúde bucal para pacientes da Unidade de AVC; expansão da busca ativa para inclusão de pacientes no programa de atenção domiciliar, contribuindo na redução de hospitalização desnecessária; reorganização de fluxos, processos de trabalho, implantação de novas rotinas, passagem sistematizada de plantões, melhoria de registros e realização de pesquisas de satisfação dos usuários.

Na Diretoria Administrativa, o contrato de gestão propiciou maior agilidade na liberação de processos para compra e melhoria na interface com as unidades em geral. Isso atualmente representa mudança importante para garantia de material, sem desabastecimento, tendo em vista o grande consumo resultante da ampliação do grau de complexidade assistencial do Hospital. Acrescentam-se, ainda, melhorias significativas na efetivação das compras em relação às aquisições anteriores aos contratos.

Na Diretoria de Gestão do Trabalho, Ensino e Pesquisa, merece destaque a aprovação e ações para implantação do Projeto de Residência Multiprofissional e a avaliação dos estágios com as instituições formadoras com atuação no Hospital. A Unidade responsável por essas ações teve 100% de suas metas alcançadas. Ressalta-se ainda, na Unidade de Gestão com Pessoas, o grande movimento de toda a equipe para o alcance de metas importantes como: a regularização de mais de 80% do quadro funcional, com efetivação dos candidatos aprovados no concurso público no período, e, ainda, a implantação do novo sistema de gestão de pessoas (folha de pagamento e frequência). Acrescenta-se, também, a pesquisa de satisfação com usuários internos do SAME, meta importante na melhoria dos fluxos e relações de trabalho entre os setores.

É necessário reafirmar a importância não somente do cumprimento dessas metas, senso estrito, mas também o que foi posto em movimento/mudança em todo o âmbito hospitalar, lembrando que tudo isso envolveu desde as áreas técnico-assistenciais até os setores comumente mais periféricos, como áreas administrativas e jurídicas.

Nos próximos tópicos enfocam-se alguns dos indicadores dos processos que sustentaram e refletiram uma ampliação geral da interlocução intrainstitucional.

Quanto à capacidade de mobilização, de aquecimento de rede e aprendizado da cogestão

O processo de contratualização gerou movimento dentro do Hospital, provocando deslocamentos de diferentes ordens: de lugares físicos, de estabelecimentos de fluxos de trabalho e afetivos, refletindo uma postura de solidariedade construtiva (foi visível o movimento de setores se ajudando entre si para o enfrentamento de dificuldades e alcance de metas). Houve uma ampliação da inclusão das pessoas (maior número e diferentes atores) para participar de pactuações, buscando aumentar os aliados para levar adiante os planos de trabalho/metras. Um *meio* e uma *consequência* de tudo isso foram o estabelecimento ou aprimoramento da comunicação e a integração entre os sujeitos/unidades de produção, a partir das necessidades, inclusive de interfaces para o alcance/cumprimento de metas comuns.

Consideramos que essas são situações indicativas do fortalecimento da cogestão, observando-se sua repercussão em diferentes âmbitos: em atitudes que expressam um modo diferente de gestão da clínica (compartilhamento de saberes e condutas entre profissionais, avançando na sua maior integração para direcionar as abordagens aos usuários) e em atitudes de reorganização dos processos de trabalho (rearticulação de ações, práticas e arranjos, com incorporação pactuada de protocolos orientadores da prática), permeadas pela experimentação de um modo diferente de fazer a gestão das unidades de produção/setores (modo diferente que 'envolve' os sujeitos, que busca provocar sua participação, que valoriza a escuta, que acolhe as sugestões, que se opera com compartilhamento e deliberações conjuntas).

Há múltiplas situações que ilustram essa capacidade de constituição de um processo de cogestão e redes cogeridas ali no Hospital. Citam-se aqui uns exemplos inter-relacionados, por se ver neles a chance concreta de consolidação desse modo de trabalhar. A área da saúde da criança/pediatria enfatiza uma diferença marcante entre o seu primeiro contrato (2007) e o que se seguiu (2008) - este último já sendo elaborado de forma a incluir todas as áreas relacionadas à criança, ampliando todo o seu escopo de processo, de setores, de serviços, de sujeitos, de focos, de fluxos etc, efetivando-se todas as mudanças necessárias para a concretização de linha de cuidado de atenção à criança, fato que foi gerado pelo movimento do primeiro contrato. Outro exemplo: o contrato do Laboratório/apoio diagnóstico extrapolando metas internas e fazendo um movimento de buscar 'satisfação em rede', isto é, busca de satisfação dos trabalhadores/setores clientes entre si.

Quanto à capacidade de fazer emergir situações-analisadoras

O processo foi fazendo emergir problemas, assim ganhando visibilidade não somente as iniciativas de 'inovação' na gestão, mas também os 'incômodos', sentidos e expressos por meio de 'dificuldades de compreensão', de tensionamentos resultantes da necessidade de problematizações e da lida com opiniões e interesses diferentes, com projetos em disputa, situações que configuravam, em vários momentos, atitudes de 'resistência', de 'recoo', mas também de alerta com estratégias para evitar desmobilização. Destacamos que a 'estratégia' principal era a de fazer *incluir* os problemas, tomando-os

como 'pontos de pauta' coletivos. Assim, buscando compreender as situações-problema como *analísadores* (Barros, 2007), elas foram mostrando as lacunas e as potencialidades do processo; lacunas que ilustravam incômodos de diversas ordens e potencialidades no sentido de se valorizarem os sinais de disponibilidade dos sujeitos para enfrentamento coletivo das situações. Essas observações atestam os desafios que vêm no rastro das *escolhas/decisões institucionais*, desafios concretos para operar a democratização dos processos de trabalho, 'escolhas' que trazem várias consequências e exigem uma vigilância constante para ajuste de rumos.

Quanto à satisfação dos sujeitos

Percepção de aumento da satisfação de todos os envolvidos: gerentes, coordenadores, trabalhadores e direção do Hospital. Isso foi manifesto de forma mais coletiva em vários encontros, cuja satisfação foi expressa tanto com o que se alcançou quanto com a forma de trabalhar, de envolver, de gerir. No tópico seguinte associa-se um indicador ilustrativo dessa situação de satisfação.

Quanto ao aprendizado na forma de avaliar/aferir e perceber o próprio trabalho

Destaca-se esse âmbito de repercussão, considerando o aprendizado que se deu no aporte de um jeito de avaliar, possibilitando concretizar (numa prática instrumental) o discurso/diretriz da cogestão e da avaliação formativa. Isto é, foi no dia-a-dia do acompanhamento avaliativo que o 'grupo aferidor' foi aprendendo a escapar de uma postura prescritiva e fiscalizatória; que foi ganhando mais segurança/autonomia para 'olhar avaliativamente sem precisar excluir'; aprendendo a envolver o outro como parceiro, e não como 'devedor de uma meta/dívida'; ganhando habilidade para colocar em análise a própria concepção de metas – sua compreensão e formulação dentro de um objetivo, sua capacidade de refletir intenções, seus condicionantes, parâmetros e fontes de sua verificação; sua previsão não numa dureza de buscar um resultado a 'qualquer custo' ou de guiar a medida/resultados por um valor absoluto.

Também muito importa destacar que a postura do 'avaliador' passa a ser uma postura de 'ajuda', de apoio, tanto para ajudar a reformular o contrato, como para ajudar os coletivos a viabilizarem ações e metas, atribuição que antes era considerada 'impensada', 'imprópria', segundo a fala de algumas pessoas do grupo.

Assim, os contratos foram experimentados operando com uma lógica (bem-sucedida) de ajustes sucessivos, que vem atrelada ao *acompanhamento avaliativo* (Santos-Filho, 2008). Lógica metodológica que, no referencial da avaliação formativa, possibilita a realização de ajustes a todo momento, para fazer corresponder (ou aproximar ao máximo) o *planejamento* das ações, metas, indicadores às *necessidades reais* dos processos e dos sujeitos em seu entorno.

Nessa ótica do acompanhamento avaliativo, o contrato fica ressignificado como *locus/espaco de pactuação* em torno do que *faz sentido*, no contexto de cada coletivo.

Em um momento avaliativo ampliado, mencionamos duas situações indicativas da riqueza do movimento. Uma delas, chamando a atenção para o fato de que boa parte das metas/resultados daqueles contratos poderia estar sendo trabalhada na ótica mais dura e linear da 'certificação' ou 'controle de qualidade' (numa perspectiva prescritiva e de controle externo); no entanto estavam sendo tratadas nos moldes de uma coconstrução, residindo aí o desafio e o caráter inovador dos contratos. Não se trata, portanto, somente da definição de 'boas' metas (metas pertinentes), mas sim do processo de sua definição, viabilização e aferição. O outro recorte que fizemos relacionava-se à percepção da satisfação das pessoas tanto com o que tinham disparado e alcançado, como também com a reflexão que estavam fazendo coletivamente sobre aquilo e com o ânimo na engrenagem do próximo contrato. Falamos em um 'coeficiente de paixão' que estava sendo expresso com aquele modo de trabalho, aquele tipo de inserção. E mediante essa '*informação-indicador*' vivo, em ato, de satisfação, associamos ao que entendemos no campo da Saúde do Trabalhador como necessidade de se compreender que a motivação dos trabalhadores não se dá nem se pode 'exigir' de uma forma abstrata, mas sim que a motivação é algo que emerge **com** o trabalho, **por dentro** de um modo (especial, singular, coletivo) de realizar/existenciar o trabalho.

Os contratos internos de gestão funcionam, portanto, como dispositivo que fortalece a gestão compartilhada, produzindo outros modos de avançar na efetivação de propostas para organização da atenção hospitalar e do processo de trabalho produtor de saúde e subjetividade.

Eixos de desafios

Propõe-se abordar os desafios também como eixos analisadores de todo o processo e que trazem 'indicativos' do que se pode/precisa mudar, inclusive para ajudar na sustentabilidade das frentes abertas.

Sendo dispositivos essenciais para fortalecimento do modelo de cogestão, os contratos (i) devem ser melhor trabalhados como *instrumentos-meios* para aumentar a integração e inter-relação entre unidades de produção, para o alcance de metas afins; (ii) devem também ser *meios* para provocar o aumento da participação de trabalhadores (nos casos de algumas unidades de produção), e (iii) devem consolidar os colegiados das unidades como as instâncias legítimas para validar e operar coletivamente o processo.

Do ponto de vista mais instrumental, nos novos contratos deve-se cuidar para o refinamento de sua linha diretivo-organizadora – o tripé objetivos-metas-indicadores: (i) rever a 'qualidade dos objetivos', de forma a dar mais precisão e direcionalidade, atrelando-os aos objetivos gerais de forma mais consistente e direcionada; (ii) aprimorar os critérios de avaliação e de lida com as categorizações, mesclando parâmetros para não se prender a 'medidas/coeficientes absolutos'; (iii) por outro lado, aprimorando critérios de aferição específicos, sobretudo em relação aos indicadores que dependem de setores entre si. Permeiar todo o esquema avaliativo com técnicas simplificadas, mas significativas, de ponderações e de 'fatores de correção'.

É importante prever e pactuar uma 'agenda de contratualização', por dentro do *acompanhamento avaliativo*, que possa ser referencial quanto à definição de prazos e responsáveis por 'puxar' os diferentes movimentos, etapas, sistematizações etc.

No contexto e no rastro de todo esse processo, o desafio que mais se apresenta como necessário para uma 'agenda institucional' parece ser o das estratégias de ampliação do grau de pactuação com a rede de trabalhadores para levarem adiante o princípio e os instrumentos concretos de cogestão.

Colaboradores

Os autores trabalharam juntos em todas as etapas de produção do manuscrito.

Referências

BARROS, R.B. **Grupo**: a afirmação de um simulacro. Porto Alegre: Sulina/Ed. UFRGS, 2007.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Cienc. Saude Colet.**, v.10, n.3, p.561-71, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanizausus**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Monitoramento e Avaliação na Política Nacional de Humanização na rede de Atenção e Gestão do SUS**: manual com eixos avaliativos e indicadores de referência. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

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.

_____. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

_____. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.

HARTZ, Z.M.A. **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

HARTZ, Z.M.A.; SILVA, L.M.V. **Avaliação em saúde**: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

SANTOS-FILHO, S.B. **Avaliação como dispositivo de humanização da atenção e gestão em saúde**. Relatório de consultoria. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização: aspectos conceituais e metodológicos. **Cienc. Saude Colet.**, v.12, n.4, p.999-1010, 2007a.

_____. Indicadores de valorização do trabalho e trabalhadores da saúde: construindo o conceito de valorização a partir de uma perspectiva analítica. In: SANTOS-FILHO, S.B.; BARROS, M.E.B (Orgs.). **Trabalhador da saúde**: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Ed. Unijuí, 2007b. p.143-71.

SILVA, J.F. **Avaliação na perspectiva formativa-reguladora**: pressupostos teóricos e práticos. Porto Alegre: Mediação, 2004.

SANTOS FILHO, S.B.; FIGUEIREDO, V.O.N. Contratos internos de gestión en el contexto de la Política de Humanización: experimentando una metodología en el referencial de la cogestión. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.13, supl.1, p.615-26, 2009.

En este artículo se describe la experiencia de implementación de contratos internos de gestión en un hospital público. Los contratos se entienden como dispositivos en el contexto de cogestión y en la perspectiva de Humanización como intervención en las prácticas de atención y gestión en salud. En este enfoque se presentan los ejes metodológicos de su construcción colectiva y los indicadores del proceso de implementación. Con el proceso de pactación de metas y evaluación participativa, se observan los siguientes resultados: además de aumentar eficiencia y eficacia institucional, los efectos desencadenados con tales dispositivos revelan su potencial de transformación de las relaciones de trabajo, promoción de co-responsabilización entre los sujetos/equipos, evaluación de los trabajadores y formación de redes de compromiso para mejoría de la atención.

Palabras clave: Contrato de gestión. Humanización de la asistencia. Planeamiento. Gestión en salud.

Recebido em 21/01/09. Aprovado em 08/06/09.