

LAURO SÉRGIO FERREIRA DIAS

**AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE GESTÃO DO TRABALHO NA UNIDADE
ORGANIZACIONAL DO SUS EM VIÇOSA – MG**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Administração, para obtenção do título de *Magister Scientiae*.

VIÇOSA
MINAS GERAIS – BRASIL
2011

LAURO SÉRGIO FERREIRA DIAS

AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE GESTÃO DO TRABALHO NA UNIDADE ORGANIZACIONAL DO SUS EM VIÇOSA-MG

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Administração, para obtenção do título de *Magisterr Scientiae*.

APROVADA: 24 de fevereiro de 2011.

Prof^a.Tereza Angélica Bartolomeu

Prof. Edson Arlindo Silva

Prof^a. Nina Rosa da Silveira Cunha

Prof. Walmer Faroni
(Co-Orientador)

Prof. Adriel Rodrigues de Oliveira
(Orientador)

"Se você quer colher a curto prazo. Plante cereais. Se
você quer colher a longo prazo. Plante árvores
frutíferas. Se você quer colher para sempre. Invista no
Ser Humano. "

Versos da milenar sabedoria chinesa.

Às minhas filhas Vitória e Jordany; ao meu filho Leandro; meus avós Carmelito e Maria Verônica; minha esposa Mariza, aos meus pais Sr. Dida e Sra. Marlita.

AGRADECIMENTOS

Ao nosso Pai Celestial, pela certeza de sua presença, sua misericórdia, seu amor na minha vida e principalmente por me ajudar nos momentos em que mais precisava.

À minha co-orientadora Rosângela Minardi Mitre Cotta, por ter me proporcionado orientações e me colocar em contato com pessoas fundamentais para a consecução desse trabalho. Pessoas como o Túlio Junqueira e a professora Érica Cardoso.

Aos professores que compuseram a banca de defesa da dissertação: Édson, Nina Rosa, Tereza Angélica, Walmer Faroni e o meu orientador Adriel, pelas dicas preciosas ao trabalho.

Aos colegas de turma e também àqueles da turma de 2008 por me ajudarem a dirimir as dúvidas e transpor as dificuldades, principalmente aquelas ligadas à elaboração dos diversos projetos de pesquisa que fui levado a criar.

A todos os meus familiares, em especial à minha esposa, por cuidar das crianças enquanto me dedicava aos estudos. Não posso me olvidar da tia Jove, por ser uma das molas propulsoras em meu sucesso na vida acadêmica. A ela meu muito obrigado. À minha mãe, Marlita, por sempre acreditar naquilo que faço.

BIOGRAFIA

Lauro Sérgio Ferreira Dias, brasileiro, natural de Guanambi (BA), nascido no dia 10 de janeiro de 1974, filho de Marlita Silva Ferreira e Dida Dias de Souza é técnico em Contabilidade, graduado em Secretariado Executivo Trilíngue – português, francês e inglês –, pela Universidade Federal de Viçosa. Especialista em Gestão Estratégica e Qualidade, pela Universidade Cândido Mendes. Mestre em Administração pela Universidade Federal de Viçosa. Atuou como consultor em desenvolvimento organizacional em diversas empresas da região de Viçosa e Ponte. Atuou como professor na área de capacitação profissional em rotinas administrativas. Desenvolveu trabalhos ligados a implantação de qualidade total, padronização de processos, treinamento, acompanhamento e desenvolvimento de pessoal. Desenvolve softwares na área de gestão comercial e de produção. Ainda exerce a função de Assistente em Administração junto à Universidade Federal de Viçosa.

SUMÁRIO

| | |
|---|------|
| LISTA DE ABREVIATURAS..... | ix |
| LISTA DE TABELAS | x |
| LISTA DE FIGURAS | xi |
| RESUMO | xii |
| ABSTRACT | xiii |
| 1 – Introdução..... | 1 |
| 2 – Referencial Teórico | 5 |
| 2.1 Política | 5 |
| 2.1.1 – Tipologia das Políticas | 5 |
| 2.1.2 – Ciclo de uma política..... | 7 |
| 2.1.3 – Análise de política..... | 8 |
| 2.1.3.1 Modelo Lógico | 9 |
| 2.1.4 – Avaliação..... | 11 |
| 2.2 – Políticas de Gestão..... | 12 |
| 2.3 – Política Pública | 12 |
| 2.4 – Políticas Sociais | 13 |
| 2.4.1 – A Política da Saúde no Brasil..... | 14 |
| 2.4.1.1 – A saúde na Colônia e no Império | 14 |
| 2.4.1.2 – A Saúde na República..... | 15 |
| 2.4.1.3 – A institucionalização da saúde pública..... | 17 |
| 2.5 – O Sistema Único de Saúde (SUS) e sua gestão | 24 |
| 2.5.1 – Normas operacionais básicas do SUS | 28 |
| 2.5.2 – A Emenda Constitucional N ^o . 29 de 2000..... | 29 |
| 2.5.3 – As Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS) de 2001 e de 2002..... | 29 |

| | |
|--|----|
| 2.5.4 – Campos de atuação da Saúde/Características da gestão do Sistema de Saúde | 29 |
| 2.5.5 – Os gestores do SUS em cada esfera de governo | 30 |
| 2.5.6 – Participação da comunidade na gestão do SUS | 30 |
| 2.5.7 – Órgãos Colegiados de representação política do SUS | 31 |
| 2.5.7.1 – Conselho Nacional de Saúde (CNS)..... | 31 |
| 2.5.7.2 – Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) | 32 |
| 2.5.7.3 – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde..... | 32 |
| 2.5.7.4 – Conselho Municipal de Saúde | 33 |
| 2.5.8 – Instâncias de pactuação: as comissões intergestores..... | 34 |
| 2.6 – Pacto pela saúde | 35 |
| 2.6.1 – Principais Portarias que regulamentam o Pacto pela Saúde..... | 37 |
| 2.6.2 – Pacto pelo SUS | 37 |
| 2.6.3 – Pacto pela Vida..... | 37 |
| 2.7 – Pacto de Gestão..... | 39 |
| 2.8 – Gestão do Trabalho/Pessoas | 41 |
| 2.8.1 – Planejamento Estratégico de Gestão de Pessoas | 44 |
| 2.8.2 – Plano de Carreira, Cargos e Salários do SUS | 48 |
| 2.8.3 – Avaliação de Desempenho | 48 |
| 2.8.4 – Competências | 50 |
| 2.8.5 – Gestão das competências..... | 51 |
| 2.8.6 – <i>Feedback</i> | 52 |
| 2.8.7 – Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES)..... | 53 |
| 2.8.7.1 ProgeSUS | 53 |
| 2.8.8 – Princípios que regem a organização do SUS | 54 |
| 3 – Metodologia..... | 56 |
| 3.1 – Tipo de Pesquisa | 56 |

| | |
|---|-----|
| 3.2 – Seleção dos Sujeitos..... | 57 |
| 3.3 – Coleta e Análise dos Dados | 58 |
| 3.4 – Categorias de Análise | 60 |
| 4 – Resultados e discussão | 61 |
| 4.1 – Cadastro Municipal de Metas para Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde - Prioridades e Objetivos | 61 |
| 4.2 – Itens do TCGM | 62 |
| Item 5.1..... | 64 |
| Item 5.2..... | 70 |
| Item 5.3..... | 77 |
| Item 5.4..... | 80 |
| Item 5.5..... | 81 |
| Item 5.6..... | 85 |
| 5 – Conclusões e considerações Finais..... | 88 |
| 6 – Referências | 92 |
| APÊNDICE 1 – Roteiro de entrevista semiestruturada..... | 99 |
| APÊNDICE 2 – Termo de consentimento livre e esclarecido (entrevistados)..... | 105 |
| APÊNDICE 3 – Termo de consentimento livre e esclarecido (Documentação)..... | 107 |
| APÊNDICE 4 – Matriz de avaliação: itens, indicadores, medidas e parâmetro de análise | 108 |
| ANEXO 1 – Termo de compromisso de gestão municipal | 111 |
| ANEXO 2 – Resolução nº 01/2010 | 123 |
| ANEXO 3 – Formulário para avaliação de desempenho | 134 |
| ANEXO 4 – Ofício nº 0143/2010/Comitê de Ética..... | 150 |

LISTA DE ABREVIATURAS

- AIS – Ações Integradas de Saúde
- CAP – Caixa de Aposentadoria e Pensões
- CIB – Comissão Intergestores Bipartite
- CIT – Comissão Intergestores Tripartite
- CNS – Conferência Nacional de Saúde
- Conares – Conselho de Representantes Estaduais
- Conasems – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
- Conass – Conselho Nacional de Secretários Estaduais da Saúde
- Cosems – Conselho de Secretários Municipais de Saúde
- Dataprev – Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social
- DNSP – Departamento Nacional de Segurança Pública
- GT – Gestão do Trabalho
- Iapas – Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social
- Inamps – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
- INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
- LOPS – Lei Orgânica da Previdência Social
- MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social
- MS – Ministério da Saúde
- MT – Ministério do Trabalho
- NOB – Norma Operacional Básica
- Noas – Norma Operacional da Assistência à Saúde
- PCCS – Plano de Carreira, Cargos e Salários
- SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
- SNS – Sistema Nacional de Saúde
- Suds – Sistema Único e Descentralizado de Saúde
- SUS – Sistema Único de Saúde
- TCGM – Termo de Compromisso de Gestão Municipal

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| TABELA 1 - PERÍODOS MARCANTES DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL | 23 |
| TABELA 2 – CODIFICAÇÃO DOS ENTREVISTADOS PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA | 57 |
| TABELA 3 - CATEGORIAS DE ANÁLISE..... | 60 |
| TABELA 4 - ITENS PACTUADOS ACERCA DA GESTÃO DO TRABALHO E RESPECTIVA SITUAÇÃO | 62 |
| TABELA 5 - AVALIAÇÃO DO ITEM 5.1 | 64 |
| TABELA 6 - AVALIAÇÃO DO ITEM 5.2 | 70 |
| TABELA 7 - AVALIAÇÃO DO ITEM 5.3 | 77 |
| TABELA 8 - AVALIAÇÃO DO ITEM 5.4 | 80 |
| TABELA 9 - AVALIAÇÃO DO ITEM 5.5 | 81 |
| TABELA 10 - AVALIAÇÃO DO ITEM 5.6 | 85 |

LISTA DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| FIGURA 1: TIPOS DE POLÍTICAS | 6 |
| FIGURA 2: CICLO DE UMA POLÍTICA. | 8 |
| FIGURA 3 - CADEIA LÓGICA. | 10 |
| FIGURA 4 – ESTRATIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS MÉDICOS ANTES DO SUS. | 22 |
| FIGURA 5 - ESTRATIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS MÉDICOS COM A CRIAÇÃO DO SUS. | 23 |
| FIGURA 6 - TRIPÉ JURÍDICO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE..... | 25 |
| FIGURA 7 - ESTRUTURA DA GESTÃO DA SAÚDE NO BRASIL. | 26 |
| FIGURA 8 - COMPOSIÇÃO DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE..... | 32 |
| FIGURA 9 - COMPOSIÇÃO DA COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE..... | 35 |
| FIGURA 10 - COMPOSIÇÃO DA COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE..... | 35 |
| FIGURA 11: ESTRUTURA DO PACTO PELA SAÚDE..... | 36 |
| FIGURA 12 - SITUAÇÕES DE MUDANÇAS NO SUS..... | 38 |
| FIGURA 13 - AVALIAÇÃO E DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS E METAS. | 39 |
| FIGURA 14: CICLO DA AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO. | 49 |
| FIGURA 15 – ESQUEMA DO PROCEDIMENTO DE ANÁLISE..... | 59 |
| FIGURA 16 - ORGANOGRAMA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE VIÇOSA. | 73 |

RESUMO

DIAS, Lauro Sérgio Ferreira. Universidade Federal de Viçosa, fevereiro de 2011.
Avaliação do processo de gestão do trabalho na unidade organizacional do SUS em Viçosa – MG. Orientador: Adriel Rodrigues de Oliveira. Coorientadores: Rosângela Minardi Mitre Cotta e Walmer Faroni.

O presente estudo diz respeito à gestão do trabalho (GT) no Sistema Único de Saúde (SUS), em Viçosa – MG, município polo em saúde, localizado na Zona da Mata Mineira. Este estudo é importante porque a GT é uma das principais dificuldades a serem enfrentadas nas secretarias municipais de saúde. Assim, o principal objetivo foi analisar e avaliar o atual processo de gestão do trabalho, adotado no SUS, em Viçosa, no ano 2010. Especificamente, analisou-se o Termo de Compromisso de Gestão Municipal, assinado pela Prefeitura, para verificar sua aplicação no dia a dia. Para isso, analisaram-se os efeitos esperados e os realizados pelo processo de gestão do trabalho; verificou-se se os recursos são adequados e suficientes para a execução do processo; levantaram-se junto aos atores sociais envolvidos, de acordo com suas respectivas percepções, os fatores intervenientes na gestão do trabalho no SUS em Viçosa; e analisou-se o nível de capacitação dos gestores em relação ao uso de práticas de gestão do trabalho. Com abordagem predominantemente qualitativa, utilizou-se a análise de conteúdo tanto das entrevistas semiestruturadas quanto dos documentos, tendo-se percebido que a Secretaria Municipal de Saúde de Viçosa (SMSV) ainda não atende completamente aos itens pactuados acerca da gestão do trabalho. Contudo, verificou-se que há um grande potencial para reverter esse percentual, bastando que a SMSV execute o que está no Planejamento de Saúde, principalmente no que se refere à Gestão do Trabalho, tornando-a mais eficiente e melhorando o atendimento à população.

ABSTRACT

DIAS, Lauro Sérgio Ferreira. Universidade Federal de Viçosa, february, 2011.
Avaliação do processo de gestão do trabalho na unidade organizacional do SUS em Viçosa – MG. Orientador: Adriel Rodrigues de Oliveira. Coorientadores: Rosângela Minardi Mitre Cotta and Walmer Faroni.

The present study concerns the labor management (LM) in the Unified Health System (UHS), in Viçosa, county polo for health, located in the forest zone in the southeastern part of the state of Minas Gerais. The study is important because LM is one of the main difficulties to be faced in the city health department. Thus, the main objective was to analyze and evaluate the current process of labor management, adopted by the UHS, in Viçosa, in the year 2010. Specifically, we analyzed the Statement of Commitment of Municipal Management, signed by the mayor, to verify its application in day to day. For that, there were analyzed the expected effects as well as the effects got from the labor management process; it was verified whether resources are adequate and sufficient for the process execution retro; together with the social actors involved, and in accordance with their respective perceptions, there were collected the factors involved in the management of work in the health care system in Viçosa; also, the level of training of managers was analyzed regarding the use of management practices at work. With a predominantly qualitative approach, it was used in the content analysis of both structured interviews and documents, realizing that the Municipal Health Department of Viçosa (MHDV) still does not cover entirely the agreed items concerning labor management. However, it was found that there is great potential to reverse that percentage, being sufficient that the MHDV follows what is in Health Planning, particularly with regard to the Labor Management, making it more efficient and improving service to the population.

1 – Introdução

A implantação de política de saúde no Brasil, por meio de processos padronizados de gestão, em todas as unidades federadas, tem se mostrado insuficiente para resolver os diversos problemas que surgem num país com grande heterogeneidade geográfica, de dimensões continentais e numerosa população distribuída de forma irregular. Avaliações constantes e consequentes correções de rumo – de programas na área da saúde e correlatas, em conformidade com as diversas realidades – tornam-se primordiais.

Consciente desse cenário, visando à maior eficiência e eficácia do Sistema Único de Saúde (SUS), em 2003 o Conselho Nacional de Secretários Estaduais da Saúde (CONASS) solicitou ao Ministério da Saúde (MS) uma revisão no processo normativo do SUS, de forma a contemplar as diferenças e a ampla diversidade brasileira.

Assim, o Ministério da Saúde, em agosto de 2004, promove uma oficina denominada “Agenda do Pacto de Gestão”, cujos participantes eram representantes do CONASS, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e do Ministério da Saúde (MS), tendo como objetivo iniciar a discussão para a revisão do processo normativo do SUS, estabelecendo diretrizes, conteúdos e metodologia de trabalho para a elaboração de propostas para pactuação de questões fundamentais para o processo de Gestão (CONASS, 2006).

Como um dos primeiros resultados dessa oficina, surge a portaria GM/MS nº 399, publicada em 22 de fevereiro de 2006, definindo as diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde (CONASS, 2006), formado por três componentes ou dimensões: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão. Tais pactos fazem com que fique mais efetivo o processo de descentralização do sistema, de forma que se levem em conta as diferenças do País, principalmente as regionais, atribuindo maior responsabilidade ao gestor municipal.

O Pacto pela Saúde – consolidação do Sistema Único de Saúde – é o resultado de um esforço das três esferas de governo, que define como questões principais: a regionalização com ênfase no Plano de Desenvolvimento Regional (PDR), Plano Diretor de Investimento (PDI) e na definição de Redes de Atenção à Saúde; o financiamento; a Programação Pactuada e Integrada (PPI); a regulação assistencial e o papel das Secretarias Estaduais de Saúde na coordenação das referências intermunicipais; a gestão dos prestadores de serviços (CONASS, 2006, p.15).

Especificamente no que se refere ao Pacto de Gestão, ele contempla os princípios¹ doutrinários do SUS, presentes na Constituição Federal de 1988 e na Lei 8080/90. O pacto estabelece as responsabilidades solidárias dos gestores, visando ao fortalecimento da gestão compartilhada e solidária; avança na regionalização e descentralização, de modo que se respeitem as singularidades regionais; desburocratiza os processos normativos, descentralizando as atribuições do Ministério da Saúde para os Estados e municípios; explicita as diretrizes para o sistema de financiamento público tripartite; e estabelece relações contratuais entre os entes federativos (CONASS, 2006).

Com a mudança na estratégia de gestão do SUS, acredita-se que avaliações formativas (aquelas feitas com o intuito de ver o que está indo bem e identificar meios que possam ajustar o que está de errado) de maneira constante na fase de implementação da política de saúde devem ser promovidas em todos os níveis de governos.

Segundo Facchini (2008), as políticas de saúde nem sempre provocam as mudanças desejáveis ou atendem às expectativas e necessidades da população. Há diversos exemplos de programas bem intencionados na literatura, que são continuados, em alguns casos, durante décadas, até avaliações rigorosas revelarem que seus resultados não eram os esperados, comprovando ser a avaliação essencial para estabelecer a capacidade de resposta de políticas, programas e serviços às necessidades de saúde da população. Nesse sentido, a partir da década de 90, houve uma crescente

¹ Os princípios doutrinários do SUS são os seguintes (CONASS, 1990, p. 4 – 5):

“UNIVERSALIDADE: É a garantia de atenção à saúde, por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão.

EQÜIDADE: É assegurar ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira, onde o cidadão onde morar, sem privilégios e sem barreiras. Todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades até o limite do que o sistema puder oferecer para todos.

INTEGRALIDADE: É o reconhecimento na prática dos serviços de que: cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade; as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também um todo indivisível e não podem ser compartimentalizadas; as unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade, formam também um todo indivisível configurando um sistema capaz de prestar assistência integral.”

pressão da sociedade, de governos e de agências financiadoras por avaliação regular dos resultados das políticas de saúde e dos investimentos públicos.

Becker *et al.* (1998), com base em Cunha (2004), ressaltam que, com a municipalização da saúde, evidencia-se também a grande carência de ferramentas para a sua gestão. Ferramentas estas que possibilitem suprir a necessidade de uma política de saúde que atenda aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), dando, simultaneamente, suporte ao conceito de assistência continuada e fornecendo os elementos necessários para a tomada de decisão em seus diferentes níveis, através da gestão integrada de informações.

Seguindo essa linha de raciocínio, Paim e Teixeira (2007, p.2) salientam que, apesar das indiscutíveis conquistas nesses últimos 20 anos, o campo da saúde tem enfrentado muitos obstáculos, destacando-se, entre eles, os problemas de gestão:

A falta de profissionalização de gestores, a descontinuidade administrativa, o clientelismo político e a interferência político-partidária no funcionamento dos serviços comprometem a reputação do SUS perante os cidadãos e a expectativa dos servidores públicos enquanto trabalhadores e partícipes de um projeto civilizatório do escopo da Reforma Sanitária Brasileira.

Segundo Souza *et al.* (2008), atualmente têm sido discutidos metodologias de formulação de políticas, planos, programas e projetos de saúde. Têm sido abordados também os métodos e as técnicas para a identificação de necessidades e para a análise da situação da saúde. Nesse contexto, Teixeira *et al.* (2002) destacam que cada realidade impõe uma determinada forma de organizar os serviços de saúde. Para tanto, Rivera (1997) afirma ser fundamental utilizar ferramentas que possibilitem conhecer os contextos particulares, para que as práticas de planejamento e programação das ações de gestão possibilitem a identificação de problemas prioritários.

Assim, ressalta-se que o processo de gestão bem administrado pode ser fundamental para o sucesso na implementação de qualquer política. Portanto, estudos dessa natureza, voltados à realidade do SUS nos municípios, são de grande importância para a sociedade. Nesse sentido, visando a avaliar e a entender o processo de gestão do trabalho em um município específico, faz-se o seguinte questionamento: o processo de gestão do trabalho do SUS Viçosa adotado em 2010 contribui para atender aos itens pactuados?

Responder a esse questionamento é importante porque a gestão do trabalho é uma das principais dificuldades a serem enfrentadas nas secretarias municipais de saúde. Nesse sentido, o presente estudo contribui para a estruturação e reflexão acerca

de processos de gestão do trabalho. Quanto à escolha da cidade pesquisada, ela se deu em função de Viçosa ser um município polo de saúde, situado na Zona da Mata Norte Mineira, além de se destacar nacionalmente como polo de educação superior. O estudo também se justifica pelo fato de a gestão do sistema ter sido indicada como o mais importante desafio enfrentado pelo SUS (IPEA, 2009), bem como pelo fato de concentrar um grande número de programas sociais e repasses de recursos financeiros tanto da União quanto do Estado.

OBJETIVO GERAL

Avaliar o processo de gestão do trabalho e suas diretrizes no ambiente organizacional do SUS Viçosa.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Especificamente, pretende-se:

- 1 – analisar o Termo de Compromisso de Gestão Municipal (TCGM) assinado pela Prefeitura de Viçosa;
- 2 – verificar como vem ocorrendo a aplicação do TCGM na prática em relação à diretriz Gestão do Trabalho;
- 3 – analisar os recursos disponíveis para a execução do processo;
- 4 – Levantar os fatores intervenientes na gestão do trabalho no SUS Viçosa; e
- 5 – analisar o nível de capacitação dos gestores em relação ao uso de práticas de gestão do trabalho.

2 – Referencial Teórico

2.1 Política

No mundo em que vivemos, o termo política está ligado à forma para se resolverem – de maneira imparcial e objetiva – problemas que surgem na sociedade, sejam eles específicos a determinado grupo de indivíduos ou não.

Segundo Corbisier (1978, p. 44), a palavra política está relacionada ao que se refere ao poder, “quer mencione a luta pela conquista, manutenção e expansão do poder, as instituições por meio das quais se exerce, ou a reflexão sobre sua origem, estrutura e razão de ser”. Trata-se da “capacidade de governar, de decidir em última instância, de determinar, inclusive coercitivamente, a conduta dos governados, imprimindo este ou aquele rumo à vida da coletividade”.

Para Deutsch (1983, p.21), política é

a tomada de decisões através de meios públicos, em contraste com a tomada de decisões pessoais, adotadas particularmente pelo indivíduo, e com as decisões econômicas, geradas como resposta a influências impessoais, tais como o dinheiro, condições do mercado e escassez de recurso.

Enfim, percebe-se que em qualquer parte em que o homem esteja inserido, de uma forma ou de outra, estará presente alguma forma de política. Com isso, torna-se importante conhecer algumas tipologias de política.

2.1.1 – Tipologia das Políticas

Souza (2006, p. 9), com base em Theodor Lowi (1964), classifica as políticas em quatro tipos, em torno dos quais estarão os respectivos grupos de interesses. São eles: políticas distributivas, políticas regulatórias, políticas redistributivas (políticas sociais universais) e políticas constitutivas, apresentadas da seguinte forma: **POLÍTICAS DISTRIBUTIVAS:** nesse tipo de política, as decisões do governo desconsideram o fato de os recursos serem limitados, o que gera impactos mais individuais do que universais, privilegiando certos grupos sociais em prejuízo do todo; **POLÍTICAS REGULATÓRIAS:** são mais visíveis ao público e envolvem burocracia, políticos e grupos de interesse. Cotta *et al.* (1998) ressaltam que, no caso específico da

saúde, trata-se da vigilância sanitária que promove intervenções de controles e fiscalização em estabelecimentos como hospitais, restaurantes, farmácias, lanchonetes, etc, visando garantir a conformidade desses com a legislação e assim manter o controle sanitário; **POLÍTICAS REDISTRIBUTIVAS**: são as conhecidas políticas sociais universais, como o sistema tributário e o previdenciário (um grupo é obrigado a contribuir com a previdência para ser beneficiado, enquanto outro que nunca contribuiu pode receber benefícios do sistema). Elas atingem um grande número de pessoas, impondo perdas concretas – em curto prazo – a determinados grupos sociais e ganhos incertos e futuros aos demais. Segundo Cotta *et al.* (1998), outro exemplo ilustrativo é a adoção, pelo SUS, do princípio de universalização do acesso às ações e aos serviços de saúde, em que todos – independentemente de contribuírem ou não – têm o direito a tais serviços; e 4) **POLÍTICAS CONSTITUTIVAS**: esse tipo de política lida com procedimentos.

Para Cotta *et al.* (1998, p.47), políticas distributivas “beneficiam diretamente um ou mais grupos. Os custos não são visíveis e podem levar a coalizões heterogêneas.”

Matias-Pereira (2009) já classifica de outra forma, quais sejam: **políticas sociais**: educação, saúde, segurança, cultura, transportes, habitação, proteção de crianças e adolescentes; **políticas estruturais**: indústria, agricultura, reforma agrária, meio ambiente; **políticas econômicas**: monetárias, fiscal e cambial, comercial, internacional; e **políticas compensatórias ou reparadoras e redistributivas** (combate à fome, bolsa-escola, cotas nas universidades etc). Tal tipologia está esquematizada na Figura 1.

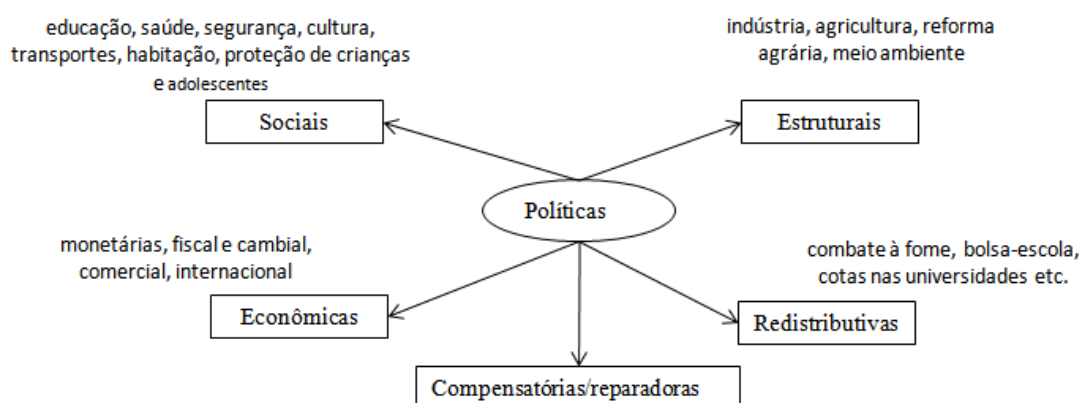


Figura 1: Tipos de políticas

Fonte: Adaptado de Matias-Pereira (2009, p. 192).

Apresentadas algumas tipologias políticas, faz-se necessário conhecer como se dá o ciclo de uma política.

2.1.2 – Ciclo de uma política

Na abordagem de Souza (2006, p. 10), a política pública tem um ciclo deliberativo, formado pelos seguintes estágios: definição de agenda, identificação de alternativas, avaliação das opções, seleção das opções, implementação e avaliação.

A construção de uma agenda

Trata-se da fase em que se levanta a necessidade de realização e ocorre a proposição de determinada política, que pode ser feita pelo governo, por pesquisadores ou pela população, seguindo os seus interesses. Sampaio e Araújo Jr. (2006, p.6-7) ressaltam que, grande parte do tempo, “é o governo executivo que, a partir de suas próprias convicções e interesses, determina a agenda política”. Contudo, esses autores ressaltam haver uma tendência para que as proposições de políticas sejam baseadas em evidências concretas, estudos de relevância e impacto.

Estabelecida a fase da agenda, procede-se à formulação da política.

A formulação de uma política

Levantada a situação problema, definem-se teoricamente os meios para resolvê-la, ou seja, o planejamento bem estruturado, observando as diversas limitações. Trata-se da fase em que se pensa e define o que será realizado, levando-se em conta os “interesses políticos, pressão de grupos sociais, disponibilidade de recursos e a própria experiência dos gestores” (SAMPAIO E ARAÚJO JR., 2006, p.7).

Formulada a política, é hora de executá-la, de fazer sua implementação.

A implementação da política

Fazendo uma comparação com a criação dos softwares de computadores, esse seria o momento de rodar ou executar o programa para ver se funciona e, na medida do possível, fazer os devidos ajustes.

Do mesmo jeito funciona o processo de implementação de uma política, que, após um bom planejamento, com metas e ações bem definidas e com definição de

prazos, atores responsáveis e recursos, precisa ser posto em prática (executar) e, mediante monitoramento e avaliação, fazer os devidos ajustes tendo em vista o alcance de seus objetivos. É também necessário haver a adequação das ações às conjunturas sociopolíticas e econômicas, bem como constante negociação com a população impactada (SAMPAIO E ARAÚJO JR., 2006).

A avaliação de políticas

Em função de ser um dos principais objetivos desse trabalho, foi criado um item específico para tratar da avaliação de políticas públicas (o item 2.1.4).

Em resumo, o processo de uma política deve ser iterativo, conforme demonstrado na Figura 2, havendo diálogo e inter-relacionamento principalmente entre as suas fases de formulação e implementação, com o constante uso de avaliações e monitoramento das ações. Nesse sentido, Sampaio e Araújo Jr. (2006) afirmam serem processuais as políticas públicas, dinâmicas e dialéticas, não sendo possível separar cada uma de suas fases, a não ser para fins didáticos. Dessa forma, a separação das fases apresentadas neste trabalho foi somente para melhor entendimento.

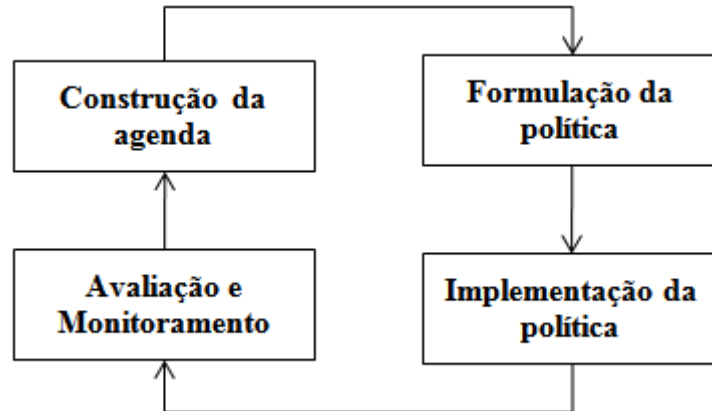


Figura 2: Ciclo de uma Política.

Fonte: Adaptado de Sampaio e Araújo Jr. (2006, p. 339 – 345).

Assim, conhecendo como se dá o ciclo político, fica mais fácil proceder à análise da política.

2.1.3 – Análise de política

A análise de política vai se ocupar com diversas atividades relacionadas, direta ou indiretamente, com a análise das causas e consequências da ação governamental, ou seja, ela se preocupa com os problemas encontrados pelas pessoas que fazem a política, tentando ajudar na sua solução (MATIAS-PEREIRA, 2009).

Souza (2006) ressalta que, ao analisar uma política, é preciso: conhecer seus possíveis conflitos; conhecer a trajetória seguida; conhecer o papel dos indivíduos, grupos e instituições envolvidos na decisão, que serão afetados pela política pública; focar o tipo de problema que a política visa a corrigir e verificar como esse problema chegou ao sistema político e à sociedade política; e analisar as instituições/regras que irão modelar a decisão e a implementação.

Sampaio e Araújo Jr. (2006) ressaltam que são também relevantes os momentos de formulação e implementação da política, devendo ser identificados, dentre outros, os seguintes aspectos:

- o processo de tomada de decisão, identificando se o poder decisório é restrito a uma elite de atores ou compartilhado com diversos outros;
- a extensão da política, identificando em que medida ela afeta as estruturas maiores da sociedade e implica significativas somas de recursos;
- o tipo da política, ou seja, se ela redistribui os recursos disponíveis, presta serviços ou disponibiliza bens de consumo, sem reduzir benefícios de uns, em detrimento de outros, e se estabelece regras definidas pelo poder público sobre interesses privados ou apenas sobre interesses públicos;
- a forma de implementação, analisando se os gestores de primeiro escalão têm o poder decisório e os demais são vistos como "meros" implementadores ou se os implementadores da política são convocados a pensar e decidir sobre a mesma.

Para auxiliar na análise de política e ou programa, é também importante conhecer o seu modelo lógico, pois ele possibilita uma visão sistêmica desde o processo de criação até o de implementação, monitoramento e avaliação.

2.1.3.1 Modelo Lógico

Na concepção de Bamberguer *et al.* (2006), modelo lógico ou marco lógico é a teoria ou modelo que explicita o esperado de determinado programa e como ele pode levar aos resultados observados ou desejados. Tal teoria deve identificar recursos,

atividades e resultados, bem como especificar uma cadeia-causal de hipóteses ligando os recursos de um programa às atividades, produtos intermediários e objetivos finais, como é representado graficamente na Figura 3.

Ou seja, tem-se uma política ou programa com seu respectivo objetivo. Diante deste objetivo, o modelo lógico irá identificar todos os fatores causais que poderão influenciar positivamente ou negativamente o alcance dos seus resultados, explicitando a cadeia lógica, definindo Insumos, atividades e produtos necessários para produzir determinado resultado. Com isso, a avaliação irá atuar especificamente na análise dos produtos e resultados.

Graficamente a cadeia ficaria conforme a Figura 3.

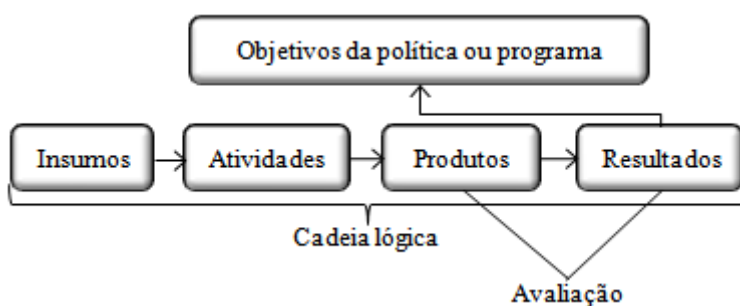


Figura 3 - Cadeia lógica.

Fonte: Adaptado de Delgado (2011).

O modelo lógico (ML), por estabelecer uma **coerência lógica** (validade interna) para as ações de políticas e/ou programas, facilita a realização de análise sobre sua causa e efeito. Tal ação se dá em função de o ML identificar as relações entre os componentes de determinado programa ou política, clarificando os seus objetivos e metas de longo prazo; identificando os principais indicadores para monitoramento e avaliação; ressaltando as principais premissas que os fundamentam; e desenvolvendo novas perguntas para avaliação/monitoramento por visualizá-los dentro de contextos externos que possam influenciar os resultados (DELGADO, 2011).

Nesse contexto, recomenda-se que o modelo lógico seja criado logo no início de qualquer projeto, programa ou política, pois ele poderá auxiliar na identificação de possíveis desvios de percurso e permitir que intervenções sejam feitas visando ao alcance de objetivo(s) e avaliação. Quando não se tem o ML, recomenda-se que ele seja criado.

2.1.4 – Avaliação

Segundo o Fundo das Nações Unidas para a Infância (1990), o termo avaliação é o “exame sistemático e objetivo de um projeto ou programa, finalizado ou em curso, que contemple o seu desempenho, implementação e resultados, com vistas à determinação de sua eficiência, efetividade, impacto, sustentabilidade e relevância de seus objetivos”.

Costa e Castanhar (2003, p. 973) ressaltam que o propósito da avaliação “é guiar os tomadores de decisão, orientando-os quanto à continuidade, necessidade de correções ou mesmo suspensão de uma determinada política ou programa”.

Com base na concepção de Feuerstein (1990), antes de se proceder a uma avaliação, é de suma importância conhecer as expectativas de cada um dos atores envolvidos. Para a autora, os objetivos, os métodos e os resultados da avaliação precisam estar intimamente ligados às necessidades, à realidade, aos problemas e às expectativas.

Na concepção de Aguilar e Ander-Egg (1994), citados por Cotta (1998, p. 106),

avaliação é uma forma de pesquisa social aplicada, sistemática, planejada e dirigida; destinada a identificar, obter e proporcionar, de maneira válida e confiável, dados e informação suficiente e relevante para apoiar um juízo sobre o mérito e o valor dos diferentes componentes de um programa (tanto na fase de diagnóstico, programação ou execução), ou de um conjunto de atividades específicas que se realizam, foram realizadas ou se realizarão, com o propósito de produzir efeitos e resultados concretos. Visam a comprovar a extensão e o grau em que se deram essas conquistas, de forma tal que sirva de base ou guia para uma tomada de decisões racionais e inteligentes entre cursos de ação, ou para solucionar problemas e promover o conhecimento e a compreensão dos fatores associados ao êxito ou ao fracasso de seus resultados...

A avaliação de processo diz respeito à dimensão de gestão. Sua finalidade é julgar se a intervenção está sendo implementada como planejado, se a população-alvo está sendo atingida, se o cronograma está sendo cumprido, se os recursos estão sendo usados com eficiência etc. Trata-se, enfim, do acompanhamento sistemático da evolução das metas do programa ou projeto (COTTA *et al.*, 1998).

Segundo Minayo *et al.* (2005), o que se espera de uma avaliação de projetos sociais e programas pode ser sintetizado em compreender o que contribui para o êxito dos programas, projetos e serviços; o que possibilita seu alcance e questiona seus limites. Toda avaliação útil, ética e tecnicamente adequada acompanha o desenrolar de uma proposta e subsidia a correção de rumos e a reorientação de estratégias de ação.

Diante dessa abordagem, é importante que se conheça o conceito sobre políticas de gestão, em decorrência de ser alvo do presente estudo.

2.2 – Políticas de Gestão

Para Barzelay (2001 *apud* MARINI e MARTINS, 2006, p. 1),

políticas de gestão pública referem-se a regras e rotinas que se aplicam à administração pública como um todo em relação à macro-organização governamental, processo de planejamento, orçamento e gestão financeira, funcionalismo, organização sistemas e métodos, controle e avaliação e aquisições.

Assim, para que as políticas de gestão logrem seus propósitos, é necessário que haja alinhamento entre as dimensões macrogovernamental, organizacional e individual, sendo indispensável que este alinhamento aponte para a geração de resultados de desenvolvimento. Ou seja, esta integração significa, por exemplo, que: a) a promoção de resultados das pessoas deve estar voltada ao alcance dos objetivos de suas instituições e, por sua vez, estes objetivos devem estar direcionados para implementar a agenda estratégica de governo; b) que o desenvolvimento das capacidades das pessoas (via capacitação, por exemplo), deve ser a base da melhoria da gestão, que, por sua vez, é essencial para a execução das ações que conduzem aos resultados; e c) que a gestão de quadros e salários deve ser tratada de forma alinhada com imperativos de eficiência organizacional, que se vincula a metas agregadas de desempenho fiscal no âmbito de governos (MARINI & MARTINS, 2006).

Num nível mais macro das políticas, ressaltam-se as políticas públicas, cujo conceito se torna importante conhecer.

2.3 – Política Pública

Analisando a literatura concernente ao termo políticas públicas, percebe-se que há significados diversos, não havendo consenso entre os autores. Nesse sentido, Souza (2006) corrobora dizendo que não existe uma única e nem melhor definição sobre o que seja política pública. Consciente da diversidade de conceitos, a autora resume política pública como sendo

o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, ‘colocar o governo em ação’ e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável dependente).

O Ministério da Saúde (1998, p.6) entende como políticas públicas “as decisões de caráter geral, destinadas a tornar públicas as intenções de atuação do governo e a orientar o planejamento, no tocante a um determinado tema, em seu desdobramento em programas e projetos”.

Para Sampaio e Araújo Jr. (2006, p.336), “As políticas públicas são respostas a determinados problemas sociais, formadas a partir das demandas e tensões geradas na sociedade”.

A política pública permite diferenciar o que o governo pretende fazer e o que, na realidade, faz. É abrangente e não se limita a leis e regras. É uma ação intencional, com objetivos a serem alcançados. Embora tenha impactos imediatos, é de longo prazo, necessitando, portanto, de constante avaliação para correção de rumo. É um processo cuja criação implica também sua implementação, execução e avaliação. Tais etapas devem ser cuidadosamente planejadas e executadas para que se tenha sucesso com a política (SOUZA, 2006).

Para o sucesso das políticas, é também importante que haja regras ou instituições claras e que funcionem. Assim, conhecer o papel das instituições é importante porque ajuda a entender e a analisar as políticas. Nesse contexto, instituições/regras devem ser entendidos como “regras formais e informais que moldam o comportamento dos atores” (SOUZA, 2006, p.19).

Entre as políticas públicas, estão as políticas sociais, que são apresentadas nos tópicos a seguir.

2.4 – Políticas Sociais

Segundo estudo realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – (IPEA), em março de 2008, as políticas sociais são subdivididas em: Previdência Social, Assistência Social e Segurança Alimentar, Saúde, Educação, Cultura, Trabalho e Renda, Desenvolvimento Rural, Direitos Humanos e Cidadania, Igualdade Racial, Igualdade de Gênero, Justiça e Segurança Pública.

Entre essas políticas sociais, foi objeto deste trabalho a Política de Saúde Brasileira, mais especificamente, o Sistema Único de Saúde, adotado no município de Viçosa, MG, que, para melhor entendimento, foi feito um resgate de sua evolução no País.

2.4.1 – A Política da Saúde no Brasil

Para a Organização Mundial da Saúde (1946), citada pelo IPEA (2009, p. 102 – 3), “Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade”. O Instituto ressalta que é mister que as políticas de saúde estejam articuladas com outras políticas sociais e econômicas, de forma que produzam resultados favoráveis. Isto vai permitir assegurar a continuidade ou o resgate da condição de bem-estar da saúde diante da possibilidade de ocorrência de certos riscos sociais.

Fazendo referência ao termo saúde, a Declaração Universal dos Direitos Humanos, 1948, art. XXV, reza que:

Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e à sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência fora de seu controle.

Com essa conceituação acerca da Saúde, convém falar sobre ela na época do Brasil Império.

2.4.1.1 – A saúde na Colônia e no Império

Em 1808, com a vinda da Coroa Portuguesa para o Brasil, registraram-se mudanças na administração pública colonial. Na área da saúde, a exemplo, ocorreram a criação de centros de formação de médicos e a fundação de Academias Médico-Cirúrgicas. Por volta de 1829, criou-se a Junta de Higiene Pública (JHP) para cuidar da saúde da população da cidade do Império, Rio de Janeiro. Contudo, houve pouca eficácia no cumprimento de seu objetivo, o que levou instâncias médicas a assumir o controle das medidas de higiene pública. Tais medidas estavam limitadas à delegação das atribuições sanitárias às juntas municipais e controle de navios e saúde dos portos. Procurou-se estabelecer um controle sanitário mínimo na cidade Imperial, vindo essa tendência a se alongar por quase um século. Assim, apesar de marcar uma nova etapa na organização da higiene pública, a Junta não resolveu os problemas de saúde e, dessa forma, a fase Imperial da história brasileira se finda sem que o Estado resolvesse os graves problemas de saúde da coletividade (BRASIL e CONASS, 2007).

Visualizando a saúde na República, percebem-se poucos avanços.

2.4.1.2 – A Saúde na República

A proclamação da República em 1889 foi embalada na ideia de modernizar o Brasil. Assim, o reconhecimento de que as funções produtivas são as fontes geradoras da riqueza das nações se torna consenso na sociedade da época. E sendo os trabalhadores variáveis produtivas, tornou-se premente capacitá-los física e intelectualmente. Daí, a medicina assumiu o papel de guia do Estado para assuntos sanitários, comprometendo-se a garantir a melhoria da saúde individual e coletiva e, por extensão, a defesa do projeto de modernização do País (BERTOLLI FILHO, 2008). Ou seja, tratou-se da saúde apenas no aspecto clínico.

Brasil e CONASS (2007) ressaltam que, durante as três primeiras décadas do século XX, segundo o censo de 1920, o Brasil apresentava um contingente de 70% de analfabetos (nesse percentual, conforme apregoavam os que se engajaram no movimento sanitarista da época, estavam inclusos os doentes). Assim, com esse cenário, nasceu a questão social ligada às primeiras manifestações operárias urbanas, seguidas por conflitos intensos entre capital e trabalho, acompanhados de violenta repressão e ausência de canais legais de articulação de interesses.

Em conformidade com a Constituição de 1891, cabia aos Estados a responsabilidade pelas ações de saúde, de saneamento e de educação. Contudo, no caso das primeiras, elas só tiveram início no final da década de 1910, pois estavam antes vinculadas aos problemas da integração da Nação e à consciência da interdependência gerada pelas doenças transmissíveis. É válido ressaltar que as ações de saúde se deram em função de movimentos da sociedade e pressão internacional. Para se ter ideia, a precariedade sanitária na cidade Imperial, Rio de Janeiro, era tão grande que chegou ao ponto de navios estrangeiros se recusarem a atracar no porto da cidade, prejudicando assim o comércio exterior (LIMA, 2005 *apud* BRASIL e CONASS, 2007).

Com o desenvolvimento da tecnologia clínica e epidemiológica na proteção da saúde coletiva, os governos republicanos – de forma inédita – foram levados a elaborar planos de combates contínuos às enfermidades que reduziam a vida produtiva da população, não se limitando a apenas às épocas de surto epidêmico. Dessa forma, a intervenção contínua do Estado nas questões referentes à saúde revela a criação de uma política de saúde (BRASIL e CONASS, 2007).

Em atenção às epidemias nas cidades, foram criados o “Instituto Soroterápico Federal, transformado posteriormente em Instituto Oswaldo Cruz (1908), a Fundação Oswaldo Cruz (1970) no Rio de Janeiro e o Instituto Butantan em São Paulo”. Os médicos dessas instituições exerceram forte influência nas concepções sobre as doenças transmissíveis e nas propostas de ações em saúde pública (LIMA, 2005 *apud* BRASIL e CONASS, 2007).

Com o surgimento de um ativo movimento de Reforma Sanitária, durante a Primeira República, liderada por médicos da geração higienista, ocorrem diversas conquistas na área da saúde. Entre estas conquistas, a criação do DNSP (Departamento Nacional de Saúde Pública) em 1920. Ocorreu também – nesse período – o estabelecimento das bases para a “criação de um Sistema Nacional de Saúde (SNS), caracterizado pela concentração e pela verticalização das ações no governo central” (BRASIL e CONASS, 2007).

Em 1923, dá-se o primeiro passo no sentido de institucionalizar a proteção social e, em particular, a assistência médica, criando a Lei Eloi Chaves, atualmente “considerada o ponto de partida, no Brasil, da Previdência Social propriamente dita”. Anteriormente, muitas categorias de trabalhadores organizavam associações de auxílio mútuo para lidar com problemas de invalidez, doença e morte. No entanto, não havia

regulação por parte do Estado. Assim, o Decreto 4.682 de 24 de janeiro de 1923 (a Lei retromencionada), em princípio, determinou a criação de uma Caixa de Aposentadoria e Pensões (CAP²) apenas para os empregados de cada empresa ferroviária, sendo mais tarde estendida a outros segmentos de empresas³. Tais CAPs eram de direito privado, possuíam administração própria para os seus fundos, e eram formadas por um conselho composto de representantes dos empregados e dos empregadores. Foram criadas para grupos específicos de servidores, organizadas segundo princípios de seguro social, ou seja, um modelo em que os benefícios dependiam das contribuições dos segurados (3% dos respectivos vencimentos e empresas 1% da renda bruta), segundo Bertolli Filho (2008) e Brasil e CONASS (2007).

Assim, pode-se dizer que, com as CAPs, começa-se a pensar na institucionalização da Saúde no Brasil.

2.4.1.3 – A institucionalização da saúde pública

A institucionalização da saúde pública teve início nos anos 1930, no Governo de Getúlio Vargas, em que houve a criação do Ministério da Educação e Saúde. Todos os serviços sanitários passaram a ser controlados por esse Ministério, caracterizando assim o que se chamou de centralismo político-administrativo. Com isso, os lugares onde havia pouca ou nenhuma assistência médico-hospitalar, em tese, ganhariam a atenção do governo federal e receberiam até mesmo hospitais. Contudo, nas regiões em que havia serviços de saúde organizados, a intervenção federal foi considerada desnecessária e centralizadora, pois a ação do governo fazia com que os esforços se direcionassem a doenças específicas em todo o território nacional, sendo, às vezes, a necessidade de determinada região diferente da necessidade e outra região, dificultando destarte o atendimento à população. No caso específico do Estado de São Paulo, que tinha um atendimento ágil voltado para a população, num sistema de saúde

² Oferecia ao segurado o direito à aposentadoria por tempo de serviço ou por invalidez, o tratamento médico e os medicamentos, o auxílio para o funeral e ainda o direito de pensão aos herdeiros do segurado falecido (BERTOLLI FILHO, 2008).

³ A institucionalização da saúde, através da emissão de decretos, de 1888 a 1933, pode ser observada no texto disponibilizado pela PREVIDÊNCIA, no site

descentralizado, ajustado às necessidades de cada região e que funcionava a contento, este sistema foi desmantelado com a nova medida. Com a ditadura, as pessoas que podiam de fato opinar para evitar os erros foram forçadas a se calar (BERTOLLI FILHO, 2008).

Evidenciando um erro operacional, o governo colocou, para cuidar da saúde dos brasileiros, pessoas que não tinham conhecimento adequado nem formação na área. Aquelas que tinham conhecimento foram praticamente excluídas das decisões sanitárias, passando estas decisões a ser tomadas por burocratas e políticos que – na maioria das vezes – não tinham conhecimento acerca de problemas de saúde e conceitos epidemiológicos (BERTOLLI FILHO, 2008).

Com o golpe de Estado em 1937, para ganhar apoio popular, as políticas do governo se voltam ainda mais para a população urbana, empregada nos setores industrial e comercial, garantindo-lhe mais direitos, entre os quais, a aplicação parcial dos benefícios da Lei Eloi Chaves a várias categorias profissionais. Organizaram-se sob a égide do governo várias Caixas de Aposentadoria e Pensões e Institutos de Previdência. Assim, as próprias CAPs arcavam com o gasto relativo à saúde de uma grande parcela da população urbana, sem nenhuma verba do governo federal. Entretanto, a proteção das CAPs era limitada e oferecia pouca cobertura aos doentes mais graves. No caso dos tuberculosos, por exemplo, tinham que optar por receber auxílio financeiro e se tratar ou não recebê-lo e ficar em sanatório por conta da CAP, longe da família, para o devido tratamento (BERTOLLI FILHO, 2008).

Com a Constituição de 1934, algumas garantias foram incorporadas aos direitos do operariado. Dando continuidade à melhoria dos direitos dos trabalhadores, nos anos subsequentes foram registradas também outras incorporações, culminando, em 1943, com o estabelecimento da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Por elas,

tornavam-se definitivamente obrigatórios o pagamento do salário mínimo, a indenização aos acidentados, o tratamento médico aos doentes, o pagamento de horas extras, as férias remuneradas etc. a todos os operários portadores de carteira de trabalho” (BERTOLLI FILHO, 2008, p. 34).

Como resultado de sete anos de debates, em 1953, foi criado o Ministério da Saúde (MS). Contudo, as verbas disponibilizadas para suas ações correspondiam a 1,2% do PIB, ao passo em que os Estados Unidos, país cujos cuidados com a saúde eram dos melhores do mundo na época, investiam 4,5%. Além da baixa taxa de investimento na saúde, o MS enfrentava problemas administrativos, tais como falta de funcionários especializados, falta de equipamentos apropriados, falta de postos de atendimento e,

sobretudo, desmotivação dos servidores. Houve dificuldade na formulação de políticas de fato eficientes e, como agente intensificador de toda essa problemática, estava também presente o clientelismo: os políticos permutavam ambulâncias, leitos hospitalares, profissionais da saúde e vacinas por votos e apoio nas épocas eleitorais. Assim, importantes projetos de saneamento eram interrompidos, bem como o mandato de ministro da Saúde, cuja pasta, nas duas primeiras décadas, teve 19 titulares (BERTOLLI FILHO, 2008).

Em 1945, havia cerca de dois milhões de segurados dos Institutos Previdenciários. Com a pressão dos sindicatos e incremento dos direitos dos trabalhadores, incluindo seus dependentes, esse número – após duas décadas – subiu para oito milhões. Tal crescimento se dava em relação às precárias administrações dos órgãos previdenciários (BERTOLLI FILHO, 2008).

Diante desse cenário e da incapacidade de atendimento dos hospitais públicos, a iniciativa privada pressionou o governo a não mais investir na construção de hospitais públicos e deixar que ela fornecesse serviços hospitalares para a população e aos institutos, na condição de o poder público direcionar os investimentos para a iniciativa privada. Assim, o governo acabou cedendo à pressão. O Estado passou a emprestar dinheiro a fundo perdido para a construção de hospitais particulares, os quais deveriam prestar serviço à população e melhorar o atendimento aos necessitados. Contudo, a saúde continuava precária, pois suas verbas eram direcionadas a outros fins. Como exemplo, cita-se o caso da família de um deputado do Maranhão que tinha oito hospitais financiados com recursos públicos que atendiam apenas às pessoas que tinham condições de pagar (BERTOLLI FILHO, 2008).

Visando a melhorar a administração, o governo sanciona a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), em 1960, uniformizando o percentual de contribuição dos empregados, dos patrões e do governo em 8% sobre o salário do trabalhador. Contudo, tal medida não melhorou os serviços prestados pelos Institutos e nem o equilíbrio financeiro (BERTOLLI FILHO, 2008).

Com o golpe militar de 1964, o MS sofre gradualmente redução em suas verbas. Apesar disso, sua visão (individualizada) sobre a saúde pública faz com que suas poucas verbas sejam destinadas a pagamentos de tratamentos hospitalares destinados aos pobres e a algumas vacinas, deixando de lado a saúde coletiva, sem

investir nos sistemas de distribuição de água tratada e de coleta de esgotos, primordiais na prevenção de várias enfermidades. (BERTOLLI FILHO, 2008).

Segundo Brasil (2006), na tentativa de obter legitimidade diante de uma modernização econômica excludente e de uma ação repressiva brutal, os governos militares tomaram as seguintes medidas relacionadas à classe trabalhadora: centralização dos Institutos de Previdência pelo INPS; estabelecimento de convênios entre empresas e o INPS para atendimento ao trabalhador nos locais de trabalho; e extensão da previdência a várias categorias rurais não incorporadas ao sistema. Além dessas medidas, possibilitou a participação comunitária em decisões acerca das políticas de saúde, sem, contudo, permitir participações nas ações e nem alteração no modelo assistencial-privatista. Nesse momento, a participação tinha como princípio a legitimação das políticas. Mais tarde, com o declínio do modelo, surgem grupos sociais com outro princípio de participação: o de ampliação do acesso aos serviços de saúde.

Sobre o INPS, Bertolli Filho (2008, p.55) ressalta que, tirando proveito das dificuldades enfrentadas pelas antigas caixas e institutos de aposentadoria e pensões, o governo cria, em 1966, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), subordinando-o ao Ministério do Trabalho, objetivando unificar todos os órgãos previdenciários que funcionavam desde 1930. Assim, com essa mudança, o INPS deveria tratar dos doentes individualmente e o Ministério da Saúde deveria elaborar e executar programas sanitários e assistir a população durante as epidemias. Contudo, em função da baixa remuneração paga pelos serviços médico-hospitalares e demora na transferência das verbas do INPS, a estratégia governamental não foi exitosa. Para compensar as perdas, houve muitas falsificações por parte dos prestadores de serviço: “Guias de internação falsificadas, cirurgias desnecessárias e a prática de cesariana em substituição ao parto normal passaram a ser mecanismos de fraude”.

Frente à incapacidade gerencial do INPS, à complexidade do sistema previdenciário e às fraudes dos hospitais privados, criou-se em 1974 o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), ficando o Instituto subordinado a esse Ministério, livre das imposições do Ministério do Trabalho. O governo tomou diversas outras medidas, entre elas a criação da Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (Dataprev), visando a controlar a evasão de recurso; e em 1975, criou o Sistema Nacional de Saúde (SNS), cuja finalidade era baratear e tornar mais eficazes as ações de saúde em todo o Brasil. As diversas medidas tomadas pelo governo

provocaram queda nos índices de mortalidade geral. Em 1960, ocorriam 43,3 óbitos por mil habitantes; vinte anos depois, este índice caía para 7,2 (BERTOLLI FILHO, 2008).

No que diz respeito à centralização do sistema, ela prossegue ao longo da década de 1970 com a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), do Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (Iapas).

Em nível nacional, Cotta *et al.* (1998), baseando-se em Buss (1995) e Mello (1993), ressaltam que 1980 é o ano em que foram intensificadas a discussão e a tentativa de implementar programas, objetivando reestruturar a política de saúde no Brasil, dando início, portanto, à Reforma Sanitária. Assim, tem-se a criação do programa de Ações Integradas de Saúde (AIS) para articular o Inamps, o Ministério da Saúde e as secretarias estaduais de saúde, visando a fortalecer a rede pública mediante convênios tripartites de prestação de serviços. Mais tarde, com a posse dos principais intelectuais do movimento sanitário de cargos no MS e no Inamps, a implementação institucional das ideias reformistas é intensificada, e por volta da segunda metade da década de 80, com o aprofundamento das estratégias das AIS e sua substituição, surge o Sistema Único e Descentralizado de Saúde (Suds), com o objetivo de promover uma ampla descentralização e desconcentração das ações de saúde. Em 1986, com a VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS), surgem os princípios básicos que são utilizados pela Constituição Federal de 1988 para institucionalizar o novo sistema de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS). Tais princípios foram: descentralização político-administrativa da gestão, universalização e equidade da cobertura e do atendimento, reformulação do modelo de saúde vigente e participação da comunidade. A saúde, portanto, passa a ser identificada como direito social universal, tendo na cidadania o princípio orientador para a organização das ações do setor.

Com o declínio do modelo econômico do regime militar, agrava-se a crise brasileira e conseqüentemente a saúde também entra em crise. O setor sofre principalmente da ausência de planejamento e da descontinuidade dos programas. Assim, alastra-se a corrupção e aumenta a ineficiência dos serviços de atendimento às necessidades básicas da população (BERTOLLI FILHO, 2008).

De maneira geral, Brasil (2006) ressalta que a Política de Saúde Nacional, do período de 1964 a 1988, era de caráter excludente e iníquo. Tal desigualdade era consolidada pelos serviços médicos em três níveis: o setor privado, destinado aos ricos;

os planos de saúde, para grupo seletivo de assalariados e classes médias; e os serviços públicos, para pagantes da previdência. Esse caráter somente vem a ser rompido com a Constituição de 1988, mediante o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS). A estratificação da política de saúde pode ser mais bem visualizada na Figura 4.

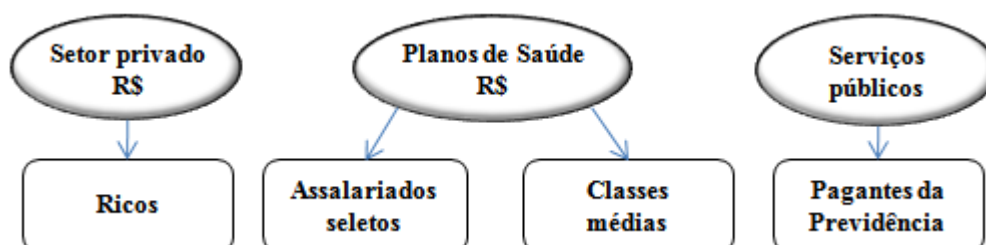


Figura 4 – Estratificação dos serviços médicos antes do SUS.

Fonte: Adaptado de Brasil (2006).

O Ipea(2009), com base em Barros (2003), ressalta que uma pequena parcela da população, que possuía recursos financeiros, pagava pelo serviço de saúde diretamente ao prestador do setor privado lucrativo, em consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais particulares. As pessoas mais pobres, sem vínculo com algum sistema privado de saúde, dependiam dos restritos serviços assistenciais do Ministério da Saúde, dos Estados, dos municípios e das entidades filantrópicas; estas últimas, detentoras, até a década de 1970, de mais da metade dos leitos hospitalares existentes no país, usufruindo de imunidade tributária para cumprir sua função.

Diversas iniciativas governamentais foram desenvolvidas ao longo das décadas de 1970 e 1980 visando a abrandar a situação de exclusão. Entre as primeiras medidas que buscavam a inclusão de novos segmentos à assistência médica pública, estava a criação, em 1971, do Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural (Funrural), que instituiu inclusive o direito às aposentadorias por velhice e invalidez, à pensão, ao auxílio funeral, ao serviço de saúde e ao serviço social para o trabalhador do campo e seus dependentes. (IPEA, 2009). A partir desse período, com a Constituição de 1988, ocorreram muitas mudanças e conquistas no campo da saúde, entre elas a criação do Sistema Único de Saúde, que universalizou a assistência à Saúde. Com isso, a estratificação dos serviços médicos ficou, conforme pode ser observado na Figura 5, com o SUS prestando serviços a toda as classes sociais: ricos, assalariados seletos, classes médias e pagantes da previdência.



Figura 5 - Estratificação dos serviços médicos com a criação do SUS.

Fonte: Adaptado de Brasil (2006).

Visando a ter um melhor entendimento da trajetória da política de saúde no Brasil, são descritos alguns dos principais pontos na Tabela 1.

Tabela 1 - Períodos marcantes da política de saúde no Brasil

| Período | Acontecimentos |
|----------------|--|
| 1923 | Lei Eloy Chaves regula a CAP dos ferroviários |
| 1937 | CAPs para outras categorias de empregados. Benefícios são estendidos. |
| 1950 | DMPs . Constituíram a base institucional que produziu conhecimentos sobre a saúde da população. |
| 1953 | Criação do MS . Órgão fica com poucos recursos - 1,2% do PIB. |
| 1960 | LOPS . Lei orgânica da Previdência Social. Contribuição de 8% sobre o salário. |
| 1966 | Criação do INPS vinculado ao MT. Incorpora os institutos de previdências. Objetivo: tratar dos doentes individualmente. |
| 1970 | Criação do: MPAS Inamps Iapas |
| 1974 | Criação da PREV-SAÚDE para controlar a evasão de recurso |
| 1980 | AIS para articular o Inamps, MS e SES Criação do Suds |
| 1981 | Conasp (1981) |
| 1986 | VIII CNS . Origem dos princípios do SUS |
| 1988 | Instituição do SUS pela CF/1988 |
| 1990 | Aprovação das Leis 8.080 e 8.142 , para regulamentar o SUS. |

Fonte: o autor

2.5 – O Sistema Único de Saúde⁴ (SUS) e sua gestão

Desde a década de 70, o movimento sanitário brasileiro vem trabalhando muito para construir uma proposta para o Sistema Único de Saúde, de acesso universal e com cobertura integral às necessidades da população. Assim, em 1988, o SUS é consubstanciado pela Constituição Federal, no seu Título VIII – da Ordem Social, Capítulo II – da Seguridade Social, Seção II – da Saúde. Tal fato se deu por meio de um amplo processo de discussão e politização da questão da universalidade do direito à Saúde (CONASS, 2006).

No texto Constitucional, conseguiu-se incorporar grandes demandas do movimento sanitário, tais como: a saúde entendida amplamente como resultado de políticas econômicas e sociais, além de ser direito de todos e dever do Estado; relevância pública das ações e dos serviços de saúde; e a criação de um sistema único de saúde, organizado pelos princípios da descentralização, do atendimento integral e da participação da comunidade (BRASIL e CONASS, 2009).

Como regulamentação do texto constitucional, criou-se a Lei Orgânica da Saúde, de número 8.080, que – em função de ter sofrido diversos vetos – provocou manifestações da sociedade que levaram à elaboração da Lei 8.142. Esta lei regula a participação da comunidade no SUS por meio da institucionalização dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde; define a participação do Conass e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) no Conselho Nacional de Saúde e dispõe sobre transferências intergovernamentais de recursos financeiros. Fica então claro que as bases jurídicas do SUS, representadas graficamente pela Figura 6, estão sustentadas pelo seguinte tripé: Constituição Federal, na seção da saúde; e Leis 8.080/1990 e 8.142/1990 (BRASIL e CONASS, 2009).

⁴ A Lei 8.080/90, no seu artigo 4º, define o SUS como “o conjunto de ações e serviços de saúde, por Estados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público”.

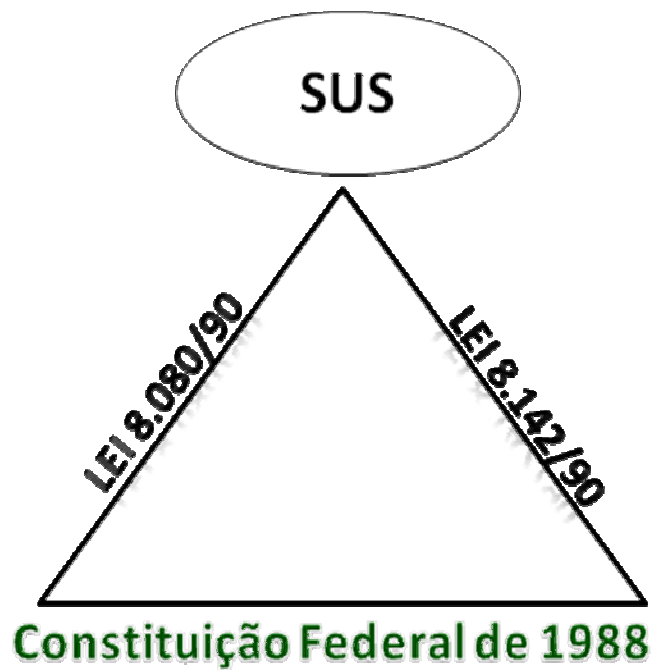


Figura 6 - Tripé jurídico do Sistema Único de Saúde.

Fonte: Adaptado de BRASIL e CONASS, 2009. SUS 20 ANOS.

É, portanto, a partir das conquistas institucionais que o Sistema começa a ganhar mais consistência, tendo como principal valor o princípio da universalidade.

Pela leitura da organização da Política de Saúde no Brasil, tentou-se resumir essa estrutura, elaborando a Figura 7, que possibilitará um melhor entendimento, além das explicações nas páginas seguintes.

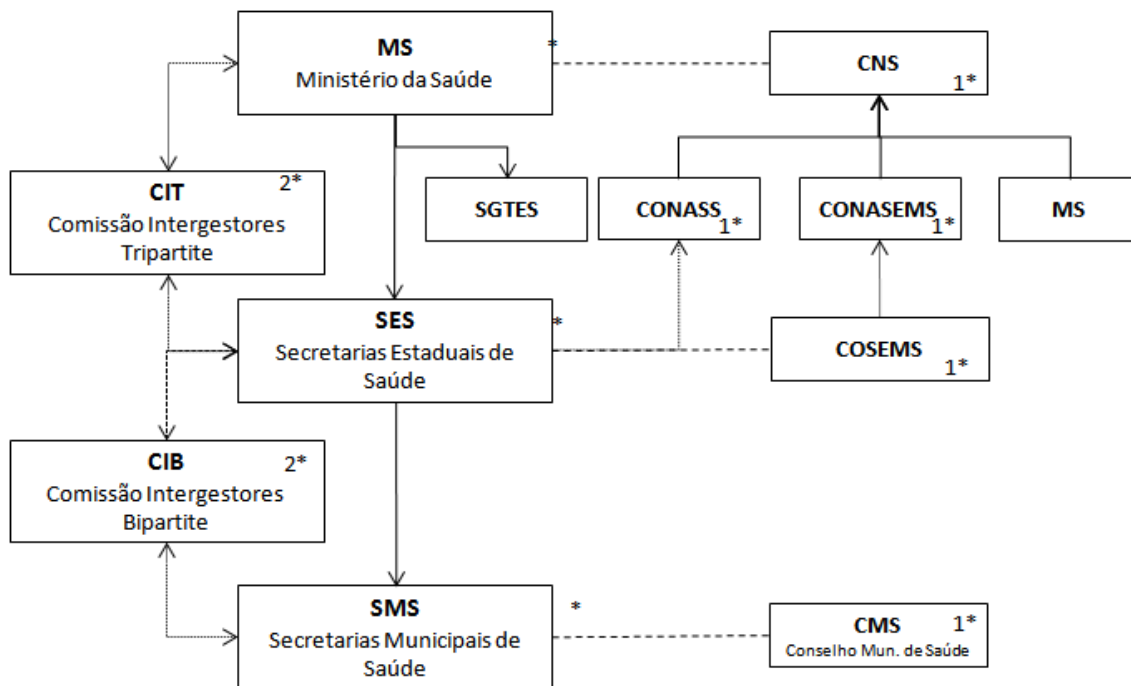


Figura 7 - Estrutura da Gestão da Saúde no Brasil.

Fonte: Adaptado de Conass (2007).

* São os gestores do SUS

2* São as instâncias de pactuação

1* São os órgão colegiados

Conass – reúne secretários estaduais de saúde

Conassemms – reúne secretários municipais de todo o País

Cosems – reúne secretários municipais e ou regionais dentro de cada Estado

Ainda sobre o aparato legal do SUS, Cotta *et al.* (1998, p.13) afirmam que

apesar de a Constituição Federal de 1988 romper com o caráter excludente e iníquo do acesso às ações e aos serviços de saúde, o cenário modelado pelo mundo do real nos coloca numa enorme distância entre a letra da lei e a efetiva concretização dos objetivos almejados por aqueles que idealizaram o SUS.

Com base em Leal (1975), Cotta *et al.* (1998) ressaltam que, apesar das bases constitucionais legais, a operacionalização do SUS tem encontrado sérios obstáculos,

entre eles a falta de modelos de gestão que possam corroborar a viabilidade do Sistema na prática e o clientelismo⁵.

Além dos fatores retromencionados, no SUS “há escassez de recursos técnicos, teóricos e orçamentários que possam garantir efetivamente a implantação e implementação do SUS” (COTTA *et al* 1998, p.13), ou seja, criou-se o sistema e falta, portanto, nutri-lo de recursos para sua sustentação.

Nessa linha de raciocínio, o Ipea (2009) ressalta que diretrizes políticas e programas inovadores introduziram importantes mudanças no modelo de atenção à saúde e ampliaram o espectro de ações e serviços ofertados, assegurando a um número crescente de cidadãos o acesso a recursos terapêuticos antes indisponíveis. Contudo, apesar das mudanças positivas, ainda existe muito a ser melhorado, tal como: melhor definição de papéis de cada ente da federação; regionalização efetiva e descentralização do sistema; e gestão e formação de recursos humanos.

Com o princípio da descentralização, as decisões, que antes eram tomadas pela federação ou Estado, passam a emergir dos municípios. Assim, eles começam a ser os dinamizadores da implantação das ações e dos serviços de saúde (COTTA *et al.*, 1998). Com isso, baseando-se em Cohn (1994), Cotta *et al.* (1998) ressaltam que esta implantação visou a propiciar um controle democrático da provisão dos serviços na área de saúde e também à possibilidade de aumentar a eficiência gerencial. Pressupôs-se que, com o comando local, ou municipal, seriam aumentadas a “transparência” e a racionalidade administrativa pela participação da e do controle da sociedade civil na formulação e implementação das políticas de saúde.

Portanto, a organização descentralizada de ações e serviços de saúde foi um dos primeiros desafios do SUS, que estão se consolidando gradualmente, com sucessivos ajustes na definição de papéis e responsabilidades das três instâncias de governo. Dessa forma, alguns instrumentos, particularmente as normas operacionais básicas do SUS, foram fundamentais em tal direção (IPEA, 2009).

⁵ cargos importantes no setor ser ocupado por pessoas cujo critério de seleção não seja o de competência ou elegibilidade.

2.5.1 – Normas operacionais básicas do SUS

Após a Constituição Federal de 1988 e a Lei 8.080/90 determinarem a implantação do SUS, procedeu-se a tal processo através de pactos entre o MS, o Conass e o Conasems. Como resultado dos pactos, surgiam as Normas Operacionais Básicas do SUS que, apesar de serem portarias ministeriais, são fruto de negociação entre esses três atores sociais. Estas normas visaram a orientar e definir a implantação do Sistema (CONASS, 2007, p.104):

- as competências de cada esfera de governo e as condições necessárias para que Estados e municípios pudessem assumir as novas atribuições no processo de implantação do SUS.
- critérios para que Estados e municípios se habilitassem a receber repasses de recursos do Fundo Nacional de Saúde para seus respectivos fundos de saúde. A habilitação às condições de gestão definidas nas Normas Operacionais foi condicionada ao cumprimento de uma série de requisitos e ao compromisso de assumir um conjunto de responsabilidades referentes à gestão do sistema de saúde.

Contudo, o processo de habilitação dos municípios, normatizado pelas NOBs SUS, foi substituído pelos “Termos de Compromisso de Gestão Municipal, do Distrito Federal, Estadual e Federal”, que são “a declaração pública dos compromissos assumidos pelo gestor perante os outros gestores e perante a população sob sua responsabilidade” (BRASIL, 2006, p.1).

Assim, foram editadas quatro normas: NOB/SUS 01/91, NOB/SUS 01/92, NOB/SUS 01/93 e NOB/SUS 01/96. Elas tiveram como objetivos: induzir e estimular mudanças no SUS; aprofundar e reorientar a implementação do SUS; definir novos objetivos estratégicos, prioridades, diretrizes e movimentos tático-operacionais; e regular as relações entre seus gestores; e normatizar o SUS (CONASS, 2007).

Enfim, as normas operacionais possibilitaram que o SUS passasse por mudanças e reformas incrementais que se materializaram e se fixaram prioritariamente em processos operacionais, contudo, distanciando-se de compromissos com resultados sanitários (CONASS, 2006), o que estimulou o Sistema a se submeter a novas mudanças, almejando melhorias, culminando no pacto pela vida, que será detalhado no item 2.5.

É válido ressaltar que uma das principais mudanças almejadas por aqueles envolvidos com a Saúde no Brasil é a aprovação da Emenda Constitucional nº 29. Sua

aprovação pelo Congresso Nacional será considerada um grande avanço, pois resolveria boa parte do problema referente ao financiamento do SUS.

2.5.2 – A Emenda Constitucional N.º. 29 de 2000

A emenda Constitucional n.º 29 de 2009 contribuiu sensivelmente para a sedimentação do SUS, uma vez que alterou a Constituição Federal nos artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 189, estabelecendo

um percentual mínimo da receita para aplicação de recursos na área da Saúde. No caso de Estados, municípios e do Distrito Federal, os recursos destinados às ações e serviços de Saúde estão vinculados à receita de impostos e transferências constitucionais. No caso da União, o percentual mínimo de aplicação é definido com base na variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB). Os Estados devem disponibilizar obrigatoriamente para a Saúde 12% de suas receitas, enquanto municípios devem aplicar uma soma de 15%. O desrespeito à lei autoriza a União a intervir nos Estados e estes nos seus respectivos municípios. A fiscalização da Emenda Constitucional deve ser feita pelos conselhos de Saúde e pelas assembleias legislativas e câmaras municipais. Atualmente já foi incorporada à Constituição Federal.

2.5.3 – As Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS) de 2001 e de 2002

Segundo Brasil (2001), a NOAS-SUS 01/2001, aprovada pela Portaria MS/GM n.º 95, de 26 de janeiro de 2001, foi criada para ampliar as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; definir o processo de regionalização da assistência; criar mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS; e dar início à atualização dos critérios de habilitação de Estados e municípios.

Já a NOAS-SUS 01/2002, aprovada pela Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002, cessa os efeitos da Portaria MS/GM n.º 95, de 26 de janeiro de 2001 e

amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de Estados e municípios (BRASIL, 2002, p.6).

2.5.4 – Campos de atuação da Saúde/Características da gestão do Sistema de Saúde

A gestão do SUS ocorre de maneira descentralizada, tendo como gestores os Estados, municípios e a União. O processo de descentralização e sua implementação vêm ocorrendo por meio de normas operacionais editadas pelo Ministério da Saúde, originadas de amplo debate entre os representantes das três entidades federadas (CONASS, 2007, p.48).

2.5.5 – Os gestores do SUS em cada esfera de governo

São considerados gestores do SUS: o Ministro da Saúde, os Secretários Estaduais da Saúde e os Secretários Municipais de Saúde (CONASS, 2007). A atuação desses atores se efetiva pelo exercício das seguintes macrofunções⁶ gestoras da saúde: formulação de políticas; financiamento; coordenação, regulação, controle e avaliação (do sistema/redes e dos prestadores públicos ou privados); e prestação direta de serviços de saúde (SOUZA, 2002).

Visando a entender as funções do Sistema Único de Saúde, torna-se necessária a conceituação dos termos Gerência e Gestão. Para tanto, serão utilizadas as definições do Ministério da Saúde (2007, p.21), citadas no modelo de Termo de Compromisso de Gestão Municipal:

Será considerada Gestão a

Atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde – municipal estadual ou nacional, mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, regulação, controle, avaliação e auditoria, gestão do trabalho, desenvolvimento e apropriação de ciência e tecnologias, entre outras.

Será considerada Gerência a “Administração de uma unidade ou órgão de saúde (unidade básica de saúde, hospital, instituto, fundação etc.), que se caracteriza como prestador de serviços no Sistema Único de Saúde.”

2.5.6 – Participação da comunidade na gestão do SUS

⁶ “Conjunto articulado de saberes e práticas de gestão, necessários para a implementação de políticas na área da saúde”

A Lei 8.142/90 determina que a participação da comunidade na gestão do SUS se dará por meio das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde, dos quais fazem parte usuários dos serviços de saúde, prestadores de serviços, profissionais de saúde e representantes do governo (BRASIL, 1990; CONASS, 2007).

2.5.7 – Órgãos Colegiados de representação política do SUS

São considerados órgãos Colegiados de representação política do SUS o Conass, o Conasems e os Conselhos de Saúde.

2.5.7.1 – Conselho Nacional de Saúde (CNS)

O Conselho Nacional de Saúde é regulado pelo Decreto nº 99.438 de 1990. É órgão deliberativo no SUS e tem as seguintes competências: (CONASS, 2007, 307)

- formulação de estratégia e exercer o controle da execução da Política Nacional de Saúde (PNS) em âmbito federal.
- Estabelecer critérios para a definição de padrões e parâmetros assistenciais.
- Decidir sobre planos estaduais de Saúde, quando solicitado pelos conselhos estaduais de Saúde, sobre divergências levantadas pelos conselhos estaduais e municipais de Saúde, bem como por órgãos de representação na área da Saúde, e sobre credenciamento de instituições de saúde que se candidatem a realizar pesquisa em seres humanos.
- Opinar sobre a criação de novos cursos superiores na área de Saúde, em articulação com o Ministério da Educação.
- Estabelecer diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de Saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços.
- Acompanhar a execução do cronograma de transferência de recursos financeiros, consignados ao SUS, aos Estados, municípios e Distrito Federal.
- Aprovar os critérios e valores para a remuneração dos serviços e os parâmetros de cobertura assistencial.
- Acompanhar e controlar as atividades das instituições privadas de saúde, credenciadas mediante contrato, ajuste ou convênio.
- Acompanhar o processo de desenvolvimento e incorporação científica e tecnológica na área de Saúde, para a observância de padrões éticos compatíveis com o desenvolvimento sociocultural do País.
- Propor a organização e convocação da Conferência Nacional de Saúde, ordinariamente a cada quatro anos e, extraordinariamente, quando o Conselho assim deliberar.

Segundo o MS, cinquenta por cento do CNS é composto por membros representantes de entidades e movimentos sociais de usuários do SUS, escolhidos em

processo eleitoral direto; e os outros cinquenta por cento são compostos por membros representantes de entidades de profissionais da Saúde, eleitos em processo eleitoral direto; bem como pelos representantes do governo, do Conass e Conasems indicados pelos seus respectivos dirigentes. Essa composição pode ser vista graficamente na Figura 8.

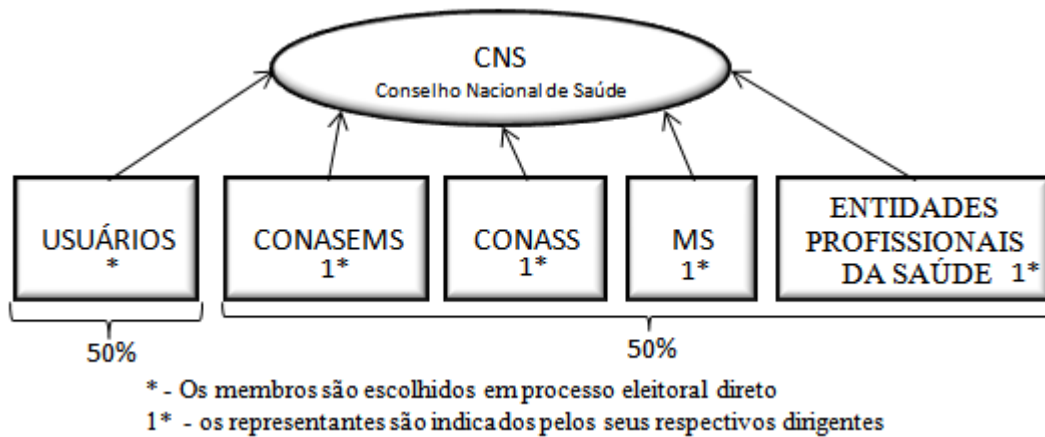


Figura 8 - Composição do Conselho Nacional de Saúde

Fonte: Adaptado de Brasil e Conass (2007). Sistema Único de Saúde

2.5.7.2 – Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass)

O Conass, entidade jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, foi criado em 3 de fevereiro de 1982, visando a promover o fortalecimento da política de saúde das Secretarias Estaduais de Saúde, por meio da representação política dos seus interesses comuns junto aos órgãos do governo federal e outros parceiros. É um organismo da direção do Sistema Único de Saúde (SUS) que se pauta nos princípios que regem o direito público e que congrega os Secretários da Saúde, dos Estados e do Distrito Federal. Entre as representações de que participa estão a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e o Conselho Nacional de Saúde (CONASS, 2007).

2.5.7.3 – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

O Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) é uma entidade não-governamental, sem fins lucrativos, criada em 1988. Seu objetivo é

mobilizar e representar as Secretarias Municipais de Saúde. A Lei 8.142/90 o define como representante dos municípios junto ao Conselho Nacional de Saúde (CNS), órgão deliberativo do SUS. É também membro da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que reúne membros das três esferas da Federação: o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde e o Conasems (CONASS, 2007).

O Conasems declara como suas competências: a promoção e consolidação de um novo modelo de gestão pública de saúde, alicerçado nos conceitos de descentralização e municipalização; a proposição de fórmulas de gestão democrática para a saúde; e auxílio a municípios na formulação de estratégias voltadas ao aperfeiçoamento dos seus sistemas de saúde, primando pelo intercâmbio de informações e pela cooperação técnica (CONASS, 2007).

Nos Estados, os Secretários Municipais de Saúde se organizam em Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems). Tais conselhos indicam seus representantes que, juntamente com os indicados das Secretarias Estaduais de Saúde, vão compor a Comissão Intergestores Bipartite em cada estado. No nível nacional, os Cosems se reúnem no Conares, que é o Conselho de Representantes Estaduais (CONASS, 2007).

2.5.7.4 – Conselho Municipal de Saúde

Segundo a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, os conselhos municipais de saúde devem ser criados por lei municipal, após demanda da população, levantada em conferências municipais. Em seguida, deverão ser debatidos os temas relacionados à Saúde e proceder à eleição para escolha dos representantes dos diversos segmentos que atuarão no Conselho Municipal de Saúde (CMS).

O Conselho deve ser composto por 50% de usuários do SUS (escolhidos por membros de classe, com direito à voz e a voto, sendo sua participação voluntária e sem remuneração), 25% por trabalhadores de saúde e 25% por representantes do governo e prestadores de serviços. Suas decisões devem ser homologadas pela chefia legalmente constituída. Para ter um funcionamento de forma adequada, é necessário ser representativo e atender às condições previstas em lei (CONASS, 2007, 60).

Sendo um “órgão colegiado de caráter permanente, deliberativo, consultivo, normativo e fiscalizador das ações e serviços de Saúde no âmbito do SUS”, dentro do

município, o CMS formula e propõe estratégias, bem como faz o controle da execução das políticas de Saúde (CONASS, 2007, 60).

Além dos Conselhos Municipais de Saúde, existem também as instâncias de pactuação responsáveis pela operacionalização da política de Saúde.

2.5.8 – Instâncias de pactuação: as comissões intergestores

As instâncias de pactuação no SUS foram instituídas, no início dos anos 1990, como foros privilegiados para negociação e decisão dos aspectos operacionais relativos à descentralização das ações e dos serviços de saúde no âmbito da gestão do Sistema Único de Saúde. Constituem uma estratégia de coordenação e negociação do processo de elaboração da política de saúde nas três esferas de governo, articulando-as entre si. Nelas ocorrem: os pactos entre os governos, acordos políticos e técnicos, bem como planejamento, negociação e implementação das políticas de saúde pública. É válido salientar que, nessas comissões, as decisões são tomadas por consenso, ao invés de votação, estimulando assim o debate e a negociação entre as partes. É também relevante observar que as comissões intergestores vêm se transformando em importantes arenas políticas de representação federativa nos processos de formulação e implementação das políticas de saúde. Em âmbito macro, as comissões Intergestores Tripartites atuam na direção nacional e a Bipartite, na direção estadual (CONASS, 2007).

Segundo o Conass (2007, p. 56), as comissões Intergestores Bipartite, “institucionalizadas pela Norma Operacional Básica nº 1 de 1993 e instaladas em todos os Estados do País”, são constituídas paritariamente por representantes do Cosems (instâncias de articulação política entre gestores municipais de Saúde) e Secretarias Estaduais de Saúde (SES). Assim, os secretários municipais de Saúde, antes de apresentarem posições na CIB, utilizando seus espaços de representação, discutem entre si os temas estratégicos.

Graficamente a composição da CIB é representada conforme a Figura 9.

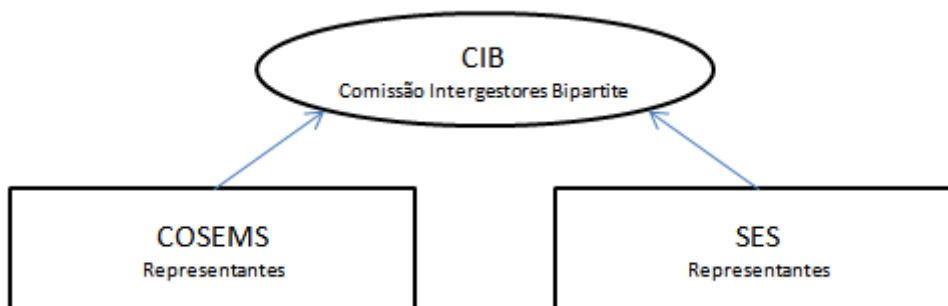


Figura 9 - Composição da Comissão Intergestores Bipartite.

Fonte: Adaptado de Brasil e Conass (2007). Sistema Único de Saúde

Quanto à Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que atua no âmbito federal diante da direção nacional do SUS, ela é composta paritariamente por 15 representantes: cinco do MS, cinco do Conass e cinco do Conasems, membros das três esferas de governo. Nela, as decisões são tomadas por consenso e não por votação. A representação de Estados e municípios nessa Comissão é regional, havendo um representante para cada uma das cinco regiões no País. Graficamente, a composição da CIT fica de acordo com a Figura 10.

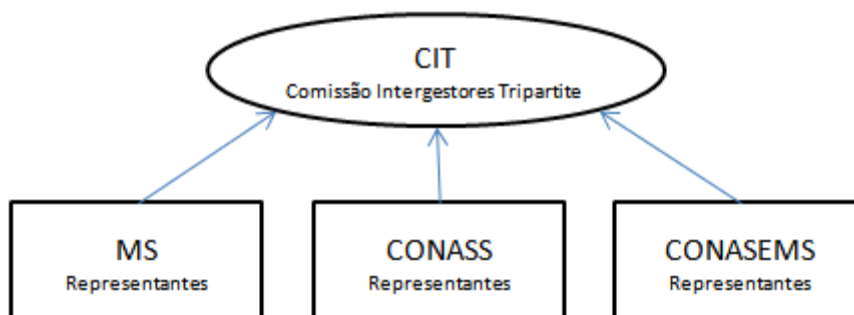


Figura 10 - Composição da Comissão Intergestores Tripartite

Fonte: Adaptado de Brasil e Conass (2007, p. 50). Sistema Único de Saúde

Assim, as Comissões Intergestores são grandes responsáveis pela operacionalização e sucesso do Pacto pela Saúde.

2.6 – Pacto pela saúde

O Pacto pela Saúde, representado graficamente na Figura 11, é composto pelo Pacto pela Vida, Pacto pelo SUS e Pacto de Gestão, que surgiram para buscar maior eficiência e eficácia na operacionalização do SUS, de forma a levar em conta as diferenças e particularidades das diversas regiões do País (CONASS, 2006).

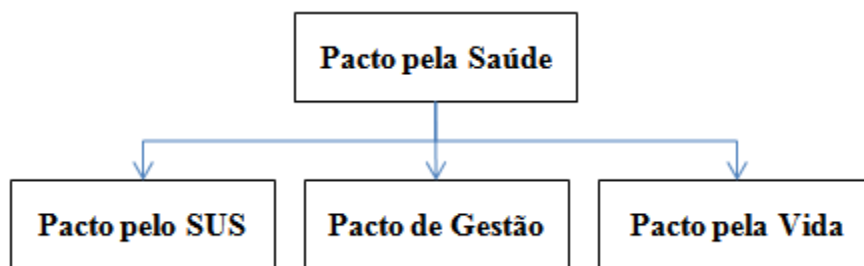


Figura 11: Estrutura do Pacto pela saúde.

Fonte: Adaptado de Conass (2006)

O Pacto pela Saúde possibilita a utilização efetiva de instrumentos de gestão, tal como o planejamento. Contudo, sabe-se que, no Brasil, principalmente na administração pública, instrumentos como este são utilizados apenas para atender a determinadas legislações, em determinado período. Como exemplo, cita-se o caso dos Planejamentos Plurianuais (PPAs), que são realizados, na maioria das vezes, por pessoas distantes das realidades dos municípios, o que se transforma em planejamento de “gaveta”⁷, não sendo, portanto, utilizado como ferramenta de gestão. Nesse sentido, em estudo realizado por Cotta *et al.* (1998), em municípios da Zona da Mata Mineira, revelou-se que os Planos Municipais de Saúde (PMS) não têm sido utilizados como referência para o planejamento sanitário, sendo considerados apenas como um ato formal para cumprir exigências burocráticas e legais da Diretoria Regional de Saúde, da Secretaria Estadual de Saúde e do Ministério da Saúde, visando ao repasse de verbas.

Neste sentido, o Conass (2006, p. 6) ressalta a necessidade de se mudar a cultura da pactuação, pois o pacto não termina no momento de sua assinatura, como são realizados os PPAs no início dos mandatos dos governos e os PMSs, mas ele começa ali. Dessa forma, “os objetivos e metas pactuados devem servir de bússola para que os diferentes entes federados orientem suas decisões estratégicas e focalizem a alocação dos recursos”. Só quando houver convergência entre metas e objetivos pactuados, priorização de ações táticas e alocação de recursos, é que estarão fazendo pactos reais.

No intuito de regulamentar o SUS, o Ministério da Saúde emitiu várias portarias, descritas a seguir.

⁷ o planejamento é arquivado e não é utilizado como instrumento de gestão

2.6.1 – Principais Portarias que regulamentam o Pacto pela Saúde

A Portaria número 699 GM/MS, de 30 de março de 2006, regulamenta a implementação das Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão e seus desdobramentos para o processo de gestão do SUS, bem como a transição e o monitoramento dos Pactos, unificando os processos de pactuação e metas.

A Portaria nº 698/GM, de 30 de março de 2006, define que o custeio das ações de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, observado o disposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica do SUS.

A portaria GM/MS 399, de 22 de fevereiro de 2006, divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto.

2.6.2 – Pacto pelo SUS

Este Pacto diz respeito ao compromisso inequívoco com a repolitização do SUS. Torna-se importantíssimo no momento em que visa a transformar a política da saúde não em uma política de partido, mas consolidá-la como política de Estado. Tem como prioridade a implementação de um projeto permanente de mobilização social, objetivando: apresentar a saúde como direito de cidadania e o SUS como sistema público universal garantidor desses direitos; alcançar, no curto prazo, a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29 pelo Congresso Nacional; garantir, no longo prazo, o incremento dos recursos orçamentários e financeiros para a saúde; aprovar o orçamento do SUS, composto pelos orçamentos das três esferas de gestão, explicitando o compromisso de cada uma delas; elaborar e divulgar a carta dos direitos dos usuários do SUS (CONASS, 2006).

2.6.3 – Pacto pela Vida

Segundo o Conass (2006, p.6), o Pacto pela Vida – voltado para a gestão pública por resultados – é formado por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados, derivados da análise da situação de saúde da população e das prioridades definidas pelas três esferas governamentais. Quanto à sua instituição, diz respeito a duas principais mudanças na reforma do SUS: “de um lado, substitui pactos fortuitos por acordos anuais obrigatórios; de outro, muda o foco de mudanças orientadas a processos operacionais para mudanças voltadas a resultados sanitários”.

Representando graficamente, temos então duas situações, levando em conta que processo é um conjunto de etapas/atividades/processos que, executados, produzem determinado resultado/objetivo, sabendo que a situação 2 é a do Pacto pela Vida.

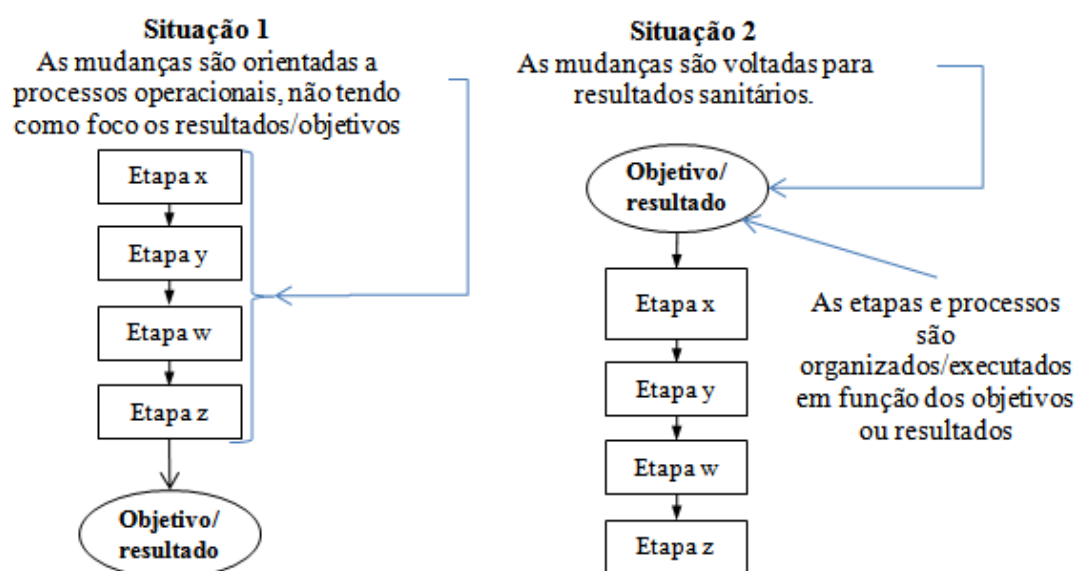


Figura 12 - Situações de mudanças no SUS.

Fonte: Adaptado de Conass (2006)

Quanto aos resultados, ao final do primeiro trimestre de um novo ano são avaliados e pactuados novos objetivos e metas a serem atingidos no ano em curso (CONASS, 2006).

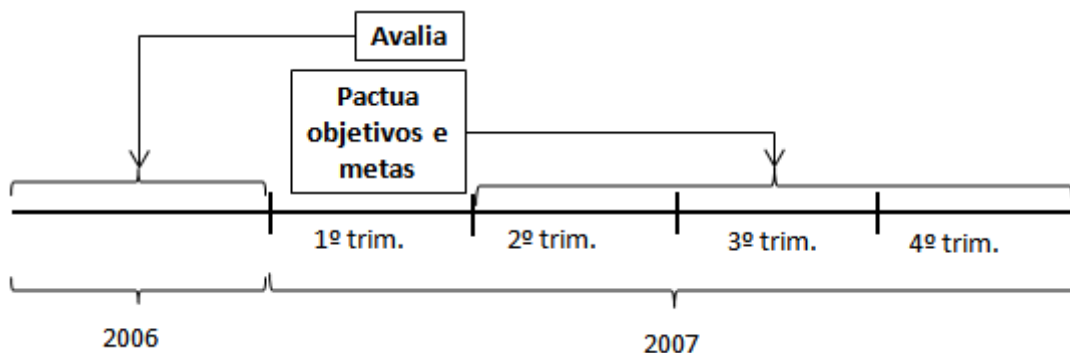


Figura 13 - Avaliação e definição de objetivos e metas.

Fonte: Adaptado de Conass (2006).

No campo operativo, as metas e objetivos do Pacto pela Vida devem inscrever-se em instrumentos jurídicos públicos, nos Termos de Compromisso de Gestão, firmados pela União, Estados e municípios. Tais termos têm como objetivo formalizar a assunção das responsabilidades e atribuições inerentes às esferas governamentais na condução do processo permanente de aprimoramento e consolidação do SUS. Quanto à operacionalização do processo de monitoramento e avaliação do sistema, deve ser objeto de regulamentação específica em cada esfera de governo, considerando as pactuações realizadas (CONASS, 2006, p. 7).

Para a definição de objetivos,

devem-se considerar as metas nacionais, estaduais, regionais ou municipais. Os pactos estaduais deverão estar referenciados pelas metas e objetivos nacionais; os pactos regionais e municipais devem estar referenciados pelas metas estaduais. Essa é uma mudança operacional importante porque não há que se impor metas nacionais a Estados, nem metas estaduais a regiões ou municípios. Pacto é negociação equilibrada entre atores e não imposição de uma das partes sobre a outra (CONASS, 2006, p. 7).

Mais especificamente, dados os objetivos deste estudo, aprofundar-se-á a discussão do Pacto de Gestão como uma das dimensões do Pacto pela Saúde.

2.7 – Pacto de Gestão

Como uma das dimensões do Pacto pela Saúde, o Pacto de Gestão tem como objetivo: a) definir a responsabilidade sanitária de cada instância gestora do SUS: federal, estadual e municipal, superando o processo de habilitação; e b) estabelecer as diretrizes para a gestão do SUS, com ênfase na Descentralização, Regionalização,

Financiamento, Programação Pactuada e Integrada, Regulação, Participação e Controle Social, Planejamento, Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

O processo de pactuação tem como finalidade a qualificação da gestão pública do SUS, buscando maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas. Assim, embora o Sistema tenha evoluído por meio de diversas conquistas e quebras de barreiras, Paim e Teixeira (2007, p.2) ressaltam que problemas de gestão ainda persistem e que:

A falta de profissionalização de gestores, a descontinuidade administrativa, o clientelismo político e a interferência político-partidária no funcionamento dos serviços comprometem a reputação do SUS perante os cidadãos e a expectativa dos servidores públicos como trabalhadores e partícipes de um projeto civilizatório do escopo da Reforma Sanitária Brasileira.

Contemplando os princípios do SUS, contidos na Constituição Federal de 1988 e na Lei 8080/90, o Pacto de Gestão determina as responsabilidades solidárias dos gestores, diminuindo assim as competências concorrentes e fortalecendo a gestão compartilhada e solidária. Avança na regionalização e descentralização do Sistema com a proposição de diretrizes que ensejam a diversidade operativa, respeitando as especificidades regionais. Transfere atribuições do Ministério da Saúde para os Estados e municípios e desburocratiza os processos normativos. Reforça a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo colegiados de gestão regional. Explicita as diretrizes para o sistema de financiamento público tripartite em grandes blocos de financiamento federal e estabelece relações contratuais entre os entes federativos (CONASS, 2006).

Na descentralização do SUS, a proposta é de que, gradativamente, respeitadas as diretrizes e normas pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite, os Estados em parceria com os municípios nas CIBs definam os modelos organizacionais a serem implantados de acordo com a realidade de cada estado e região do país (CONASS, 2006).

Na regionalização, pretende-se melhorar o acesso a serviços de saúde, respeitando-se os conceitos de economia de escala e de qualidade da atenção, de forma a desenvolver sistemas eficientes e efetivos. E ao construir uma regionalização eficaz, criar as bases territoriais para o desenvolvimento de redes de atenção à saúde (CONASS, 2006).

Em relação à gestão dos prestadores de serviço, fica mantida a normatização estabelecida na NOAS SUS 01/2002. As referências feitas na NOAS SUS 01/2002 às condições de gestão de Estados e municípios ficam substituídas pelas situações pactuadas no respectivo Termo de Compromisso de Gestão (CONASS, 2006). Ou seja, Estados e municípios são considerados gestores de saúde, e o que diferencia o gestor, a partir da publicação do pacto, é a pactuação de responsabilidades definidas nas respectivas CIBs. A gestão dos prestadores deixa de ser uma prerrogativa do gestor municipal ou estadual, como era no processo anterior, conforme a condição de habilitação. Assim, pode-se ter situação em que o estado fica com a gestão dos prestadores de alta complexidade e de parte da média complexidade, se assim for a compreensão dos gestores para determinado estado (CONASS, 2006, p. 28).

Quanto à padronização de modelo de gestão, não há um modelo a ser seguido, tampouco existe alguma prerrogativa para que os Estados ou municípios assumam a gestão de parte ou de todos os prestadores em determinada região do Estado. A definição da gestão ficará de acordo com a pactuação a ser estabelecida nas CIBs e formalizada no termo de compromisso de gestão (Federal, Estadual, do Distrito Federal e Municipal). Esse instrumento é o documento de formalização do Pacto e deve ser aprovados nos respectivos Conselhos de Saúde (CONASS, 2006). É válido ressaltar que os Conselhos Municipais de Saúde são fundamentais para uma boa gestão do trabalho.

2.8 – Gestão do Trabalho/Pessoas⁸

As organizações são constituídas de indivíduos dos quais dependem para alcançar seus objetivos e cumprir suas missões, o que geralmente se inicia por meio de um bom planejamento estratégico (PE) e de Gestão de Pessoas. Em contrapartida, as organizações constituem o meio pelo qual as pessoas podem alcançar vários objetivos particulares com custo reduzido de tempo, de esforço e de conflito (CHIAVENATO, 2008).

⁸ O termo Gestão do Trabalho é o jargão utilizado pelo SUS para indicar o que os teóricos na área acadêmica de administração consideram como Gestão de Pessoas. Assim, no presente trabalho, os termos serão equivalentes.

Entende-se como gestão estratégica do trabalho a gestão que privilegia como objetivo fundamental, através de suas intervenções, a otimização dos resultados finais da organização e da qualidade dos talentos que a compõem (SILVA, 2009)

Em estudo realizado por Demo (2008, p. 62), percebeu-se que um conjunto coerente de políticas de gestão de pessoas, sincronizado apropriadamente com a estratégia organizacional, “impacta o desempenho da organização, considerando resultados importantes, como produtividade e lucratividade”. Em sua obra, a autora ressalta que é importante às organizações identificar as políticas de GP mais percebidas e adequadas, bem como otimizar sua implementação e integração aos objetivos e estratégias organizacionais.

No SUS, a diretriz Gestão do Trabalho é um eixo estruturante que visa a buscar a valorização dos profissionais da saúde, reduzindo conflitos e humanizando as relações de trabalho.

Segundo o Conass (2007, p. 20), a saúde é uma área multi e interdisciplinar que envolve diversas atividades de produção e de serviços. Abrange desde a indústria de equipamentos e medicamentos até a prestação de serviços médicos, no âmbito “hospitalar, ambulatorial ou de unidades de saúde, passando pela produção de conhecimento e informação”. O foco principal de tais atividades são as pessoas e, com isso, o processo de trabalho se pauta no contato humano.

Na visão de Pierantoni *et al.* (2008), houve diversas mudanças no mundo do trabalho que exigem mudanças tanto nos modelos de gestão quanto nos perfis dos profissionais da saúde para enfrentar os desafios. Nesse sentido, o Canadá, visando a uma melhoria nos seus índices da saúde investiu cerca de 6,3 milhões de dólares para aumentar o recrutamento, a retenção e a formação de enfermeiros na província. Além disso, este país oferece, inclusive, incentivo para a formação de médicos de família para atender às necessidades da população. Contudo, apesar dos recursos financeiros, “são enfrentados desafios para a boa gestão dos conhecimentos e práticas”, necessitando, portanto, de melhoria na gestão do trabalho.

No que diz respeito especificamente ao Brasil, com a universalização do SUS e sua regulamentação, percebe-se que a administração pública nas três esferas de governo também vêm enfrentando grandes dificuldades na gestão do trabalho, entre elas a reposição dos servidores descentralizados – para Estados e municípios – do antigo

Inamps. Visando a minimizar tal impasse, segundo o CONASS (2007, p.22), nos últimos anos, os governos vêm usando formas de contratação e

estratégias de gestão de pessoal diferenciadas, que incluem: contratação temporária, terceirização através de empresas ou cooperativas, contratos por órgãos internacionais, contratos por meio de serviços prestados, bolsas de trabalho, estágios, contratos com entidades privadas lucrativas ou não lucrativas, contratos de gestão com organizações sociais, convênios com organizações sociais de interesse público (Oscips) etc.

Contudo, essa diversidade de vínculos “nem sempre cumpre o que a legislação brasileira estabelece como padrão de proteção ao trabalhador, mobilizando ações judiciais para cumprimento desses dispositivos” (CONASS, 2007, p.25).

Apesar de não proporcionar uma completa proteção ao trabalhador, a diversidade de vínculos tensiona

a convivência das equipes no interior dos serviços, comprometendo as boas práticas de gerência e acirrando conflitos, pela não observância, em alguns casos, das proteções trabalhistas, com reflexos na atenção à saúde da população. Entretanto, parece notório que existem dificuldades no campo da Gestão do Trabalho, pela ausência, nessa área, de alguns marcos legais que favoreçam a estruturação de modelos gerenciais mais compatíveis com a lógica que orienta a organização do trabalho nos dias atuais, influenciando formas de absorção e manutenção dos trabalhadores em todo o mundo (CONASS, 2007, p.24).

Segundo Pierantoni *et al.* (2004, p.8), embora nos dias atuais, no campo da capacidade gestora da administração pública, se exija a profissionalização que “utilize a valorização do trabalhador, sua profissionalização com desenvolvimento de habilidades e responsabilidades, medidas de avaliação de desempenho, entre outras”, ainda permanece a prática das indicações “políticas e funções gestoras como de ‘governo’ em detrimento do caráter técnico para qualificação da gestão”, o que dificulta ainda mais a gestão do SUS.

Assim, o Conass (2007) ressalta que contribuem para esse cenário problemas ligados a uma política de recursos humanos não satisfatória, tal como: falta de pessoal; insatisfação com o Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS); salários baixos, o uso de contratos temporários; dificuldade em manter profissionais e contar com aqueles cujos perfis sejam adequados e comprometidos; e também a falta de qualificação desses profissionais para atuar no SUS.

Outros fatores que impactam a gestão do trabalho no SUS, ainda segundo o Conass (2007), são: a pouca flexibilidade do RJU (Regime Jurídico Único) para a gestão do trabalho; a falta de definição quanto à regulamentação do Regime Celetista

para o setor público; os Termos de Ajuste de Conduta (TACs) realizados com o foco na questão trabalhista, como determinante, mas nem sempre exequível pelos gestores, sem constrangimentos de outras despesas, também necessárias ao bom funcionamento do SUS; o trabalho desregulado e desprotegido; a falta de controle e planejamento sobre os gastos com pessoal; a falta de controle e baixa capacidade de avaliação do sistema e de recursos humanos; a baixa eficácia e efetividade dos serviços; e a não satisfação dos trabalhadores com a mobilização de suas representações.

Como possível alternativa legal para resolução dos impasses criados pela gestão do trabalho, o Conass (2007, p. 26) observa que

a atuação dos órgãos de controle internos e externos, com questionamentos consistentes às múltiplas interpretações das leis que se expressam nos diversos contratos, tem contribuído para iluminar problemas a serem superados, exercendo um papel pedagógico no aperfeiçoamento da gestão, fornecendo aos gestores de RH matérias importantes para novas formas contratuais de maior proteção ao trabalho, subsidiando os gestores dos sistemas para formulação de políticas mais pro-ativas quanto à desprecarização do trabalho em saúde.

Diante desse cenário, é fundamental a utilização de planejamento estratégico de gestão de pessoas pelos gestores da Saúde.

2.8.1 – Planejamento Estratégico de Gestão de Pessoas

O planejamento estratégico de GP diz respeito ao processo de decisão a respeito dos recursos humanos necessários para atingir os objetivos organizacionais, dentro de um determinado período de tempo (CHIAVENATO, 2008, p. 76 – 77).

Com esse planejamento, deve-se realizar o alinhamento da função de GP com a estratégia da organização, traduzindo os objetivos e estratégias organizacionais em objetivos e estratégias de GP. Com isso, “contribuir para o alcance dos objetivos organizacionais e, simultaneamente, favorecer e incentivar o alcance dos objetivos individuais dos funcionários”, através do “alinhamento de talentos e competências com as necessidades organizacionais” (CHIAVENATO, 2008, p. 76 – 77).

Segundo Chiavenato (2008), as organizações não existem e nem funcionam ao acaso. Como organismos vivos, no dia a dia, são obrigadas a cooperar para sobreviver num ambiente competitivo e em constante mudança. Para tanto, suas estratégias são os mecanismos pelos quais interagem com os respectivos contextos ambientais. Assim,

essas estratégias são condicionadas pela missão organizacional, pela visão de futuro e pelos objetivos institucionais (CHIAVENATO, 2008).

Missão

Para Tavares (1991, p. 88), “a missão consiste na razão de existência da organização e na delimitação de suas atividades dentro do espaço que deseja ocupar em relação às oportunidades de negócios”.

Costa (2010, p. 36) define missão como a “razão da existência da organização” e ressalta ser de extrema importância que ela seja compartilhada por todos os dirigentes e funcionários, pois “muitas pessoas que trabalham para uma organização e não conseguem explicar a razão básica de sua existência, ou sua missão, perdem-se em uma infinidade de objetivos secundários ou imediatistas”.

Na visão de Chiavenato (2008, p. 62 – 63), a missão significa “a razão de existência de uma organização”, funcionando como “o propósito orientador para as atividades da organização e para aglutinar os esforços dos seus membros”. Por isso, a gestão de pessoas “não pode ficar distanciada da missão da organização”, pois “a missão se realiza e se concretiza através das pessoas”. Nesse sentido, o autor ressalta que:

A missão deve traduzir a filosofia da organização, que é geralmente formulada por seus fundadores ou criadores através de seus comportamentos e ações. Essa filosofia envolve os valores e crenças centrais, que representam os princípios básicos da organização que balizam a sua conduta ética, responsabilidade social e suas respostas às necessidades do ambiente. Os valores e crenças centrais devem focalizar os funcionários, os clientes, os fornecedores, a sociedade de um modo mais amplo e todos os parceiros direta ou indiretamente envolvidos no negócio.

Para Tavares (1991, p. 88), definir a missão da organização se torna importante devido ao fato de servir de “critério geral para orientar a tomada de decisão, definir objetivos e ajudar nas escolhas das decisões estratégicas”.

Nesse sentido, Chiavenato (2008, p. 63) ressalta que, para melhor andamento de uma organização, é fundamental que sua missão e objetivos sejam conhecidos pelas pessoas, pois se estas pessoas não souberem por que ela existe e para onde deseja ir, “elas jamais saberão qual o melhor caminho a seguir” (CHIAVENATO, 2008, p.63).

Assim, a gestão de pessoas “não pode ficar distanciada da missão da organização”, pois “a missão se realiza e se concretiza através das pessoas”. Com isso, é

mister que os dirigentes e dirigidos tenham um comportamento missionário no desenvolvimento de suas atividades (CHIAVENATO, 2008, p. 65), tendo sempre em mente a visão de onde se deseja chegar.

Visão

Conforme apresenta Tavares (2007, p. 98), visão “é uma projeção das oportunidades futuras do negócio da organização para permitir uma concentração de esforços na sua busca”. Ela “diz respeito à realidade” e “estabelece o foco na direção rumo ao futuro”.

Segundo Costa (2010, p. 36), visão “é um modelo mental de um estado ou situação altamente desejável, de uma realidade futura possível para a organização”.

Para Costa (2010, p. 36), compartilhar a visão é importante porque sua

função é explicitar o que a empresa quer ser, unificar as expectativas, dar um sentido de direção, facilitar a comunicação, ajudar no envolvimento e comprometimento das pessoas, dar energia às equipes de trabalho, inspirar as grandes diretrizes e balizar as estratégias e demais ações da empresa.

Para Chiavenato (2008, p. 68), a visão é importante nas organizações porque

não se controlam mais as pessoas através de regras burocráticas e hierarquia de comando, mas por meio do compromisso com a visão e os valores compartilhados. Quando as pessoas conhecem qual a visão pretendida, ficam sabendo exatamente para onde ir e como ir, sem necessidade de coerção.

Costa (2010, p. 36) ressalta que “qualquer integrante de uma empresa que demonstrar sistemática e persistentemente não ter ‘comprado’ a visão de sua organização, ou dela discordar, está em uma empresa que não lhe serve. A recíproca também é verdadeira: esses colaboradores, mais cedo ou mais tarde, serão levados a buscar outras oportunidades profissionais”.

Enfim, segundo Chiavenato (2008, p. 68), a visão será atingida somente quando todos da organização trabalharem em conjunto e em consonância, visando a atingi-la. Para tanto, é necessário que objetivos organizacionais sejam estabelecidos e que esforços sejam envidados para sua realização.

Objetivos organizacionais

Objetivo, na visão de Chiavenato (2008, p. 69 – 70), “é um resultado desejado que se pretende alcançar dentro de um determinado período”. Assim, ele ressalta que,

com a visão organizacional (conjunto de objetivos desejados por uma instituição) proporcionando o foco no futuro, ela também oferece as bases para a definição dos objetivos da organização a serem alcançados, os quais devem ser focalizados em um resultado a atingir e não em uma atividade; estar amarrados coerentemente a outros objetivos e demais metas organizacionais; ser circunscritos e bem definidos; ser quantitativos e objetivos; estar relacionados com um determinado período; e ser passíveis de realização.

Na concepção de Tavares (2007), objetivo “refere-se aos alvos que deverão ser conquistados para transformar a visão em realidade, através da canalização de esforços e recursos ao longo de períodos de tempo predefinidos”.

Segundo Chiavenato (2008, p. 71), os objetivos se classificam em rotineiros, de aperfeiçoamento e inovadores. Os primeiros são os do “cotidiano, que servem como padrões de desempenho do dia a dia”. Os segundos são os que “servem para melhorar e alavancar os atuais resultados da organização, no sentido de aperfeiçoar e incrementar aquilo que já existe”. Os terceiros são os que “agregam algo totalmente novo à organização”.

Com a definição dos objetivos, surge então a necessidade de formulação da estratégia organizacional.

A estratégia representa o caminho escolhido pela organização, visando a enfrentar as turbulências externas e aproveitar os seus recursos e competências da melhor maneira possível. Assim, ela deve ser “ágil e flexível para aglutinar e permitir adoção rápida de novos rumos e novas saídas” (CHIAVENATO, 2008, p.74).

Trata-se do comportamento global e integrado da organização relativo ao ambiente que a circunda e envolve os seguintes aspectos fundamentais: é definida pelo nível institucional, é projetada a longo prazo, envolve a organização em sua totalidade e é mecanismo de aprendizagem organizacional (CHIAVENATO, 2008).

Tendo como ponto de partida os objetivos para a missão e a visão pretendidas, a estratégia é balizada pela análise ambiental e organizacional. Com a primeira, “visa-se a verificar e analisar as oportunidades que devem ser aproveitadas e as ameaças que devem ser neutralizadas ou evitadas”. Com a segunda, “visa-se a verificar e analisar os pontos fortes e fracos da empresa”, com o intuito de levantar as habilidades e capacidades da organização que “precisam ser aplicadas plenamente e de seus pontos nevrálgicos que precisam ser corrigidos ou melhorados” (CHIAVENATO,

2008, p.72). Nesse sentido, um Plano de Carreira, Cargos e Salários bem estruturado contribui sensivelmente para a consecução dessas atividades.

2.8.2 – Plano de Carreira, Cargos e Salários do SUS

Segundo as diretrizes políticas para a área de recursos humanos expressas na NOB/RH-SUS, o plano de cargos, carreira e salários (PCCS) é uma ferramenta de ordenação do trabalho que deve ser incorporada a cada nível de gestão do SUS (PIERANTONI, 2004).

Assim, o Conass (2007, p. 163 – 164) ressalta que o PCCS é o

conjunto de princípios e diretrizes que orientam o ingresso e instituem oportunidades e estímulos ao desenvolvimento pessoal e profissional dos trabalhadores, com o objetivo de contribuir para a qualificação dos serviços prestados, constituindo-se, assim, em valioso instrumento de gestão da política de pessoal. Uma política de valorização e garantia da construção da dignidade ao trabalhador pressupõe, entre outras medidas, a adoção de um plano de carreira, cargos e salários, que contemple uma carreira profissional em todos os seus aspectos, ou seja, que construa a identidade do trabalhador do SUS. O Ministério da Saúde criou uma comissão com a participação dos gestores, prestadores e trabalhadores para propor diretrizes para o PCCS SUS (diretrizes colocadas em consulta pública no primeiro trimestre de 2005) tendo como objetivo concretizar essa política de valorização do trabalhador, que passa a ser considerada um bem público do SUS, estabelecendo, assim, uma política de gestão do trabalho articulada, compatibilizando as diferentes realidades sociais e institucionais.

Diante desse exposto e com base em Pierantoni (2004), percebe-se que apenas a adoção de PCCS não é o suficiente para promover a melhoria na gestão do trabalho no SUS. É mister que haja também avaliação e acompanhamento de desempenho de cada trabalhador no serviço de saúde.

2.8.3 – Avaliação de Desempenho

Segundo França (2007, p.116), a avaliação de desempenho (AD) dentro das organizações “tem como meta diagnosticar e analisar o desempenho individual e grupal dos funcionários, promovendo o crescimento pessoal e profissional, bem como melhor desempenho”.

Nesse sentido, a AD deve consistir na

definição dos resultados esperados, tendo como palco o planejamento estratégico ou as estratégias da organização, o acompanhamento diário do progresso, a solução contínua dos problemas que ocorrem e a revisão final

dos resultados conquistados, para elaboração de propostas futuras (FRANÇA, 2007, p. 118).

O Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Norte de Minas Gerais (p.3) considera que o processo de avaliação deve ser contínuo e se basear na observação de fatores intervenientes no desempenho e nos fatores de desempenho propriamente dito. Estes últimos têm como objetivo clarear ao servidor

a sua função, o seu cargo, qual produto ou resultado se espera dele, seu lugar na organização e qual a relação entre ele e os diversos setores e órgãos, possibilitando seu aperfeiçoamento, eliminando suas deficiências e explorando suas aptidões.

Visando a melhor entender o processo de avaliação, com base em Pontes (1999), França (2007, p. 118) apresenta a Figura 14 que mostra o ciclo de avaliação de desempenho.

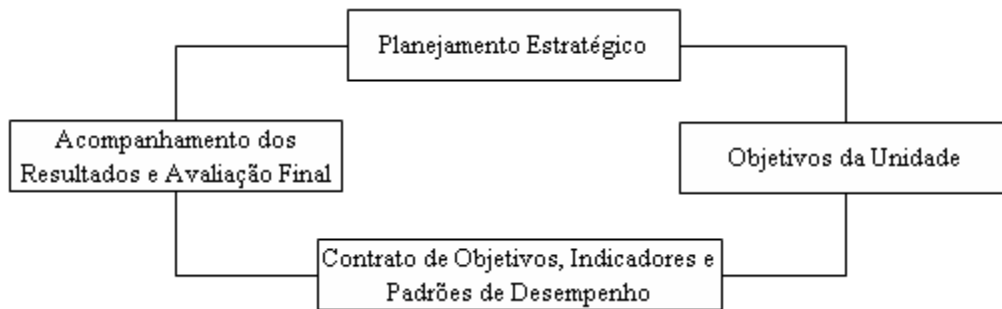


Figura 14: Ciclo da avaliação de desempenho. (PONTES, 1999, p. 24 apud FRANÇA, 2007, p.118)

Na concepção de Bergamini (1992), quando se faz uma boa avaliação de desempenho, pode surgir como efeito a facilidade no alinhamento entre objetivos individuais e estratégicos; melhoria da comunicação entre chefe e subordinado; clareza de expectativas e critérios de avaliação; identificação das necessidades de treinamento e desenvolvimento; e reforço de competências estratégicas para a instituição.

França (2007, p.119) ressalta que a avaliação de desempenho pode transmitir aos funcionários:

a sensação de verdadeira segurança, em termos de carreira a curto, médio e longo prazo; a resposta afetiva, no sentido de que quem trabalha faz parte de um grupo e necessita sentir-se adequadamente posicionado; o sentido de importância da própria atividade em relação à empresa.

Para França (2007), os sistemas de avaliação possuem seus pontos fortes e fracos; não havendo, portanto, um único sistema que irá atender a todos os objetivos institucionais. Assim, a autora ressalta que é preciso fazer adaptações de sistemas, de

forma que possibilitem o alcance do objetivo específico da organização com a avaliação de desempenho. A essa avaliação, recomenda-se também a gestão das competências.

2.8.4 – Competências

O termo competência no mundo das organizações, segundo Dutra (2002, p. 22 – 23), pode ser atribuído a diferentes atores: por um lado ele considera as organizações e, por outro, os indivíduos. Assim, o autor define competência de uma organização como sendo “características de seu patrimônio de conhecimentos que lhe conferem vantagens competitivas no contexto onde se insere”. Por outro lado, ressalta as competências individuais que podem ou não ser aproveitadas pela organização como sendo “a capacidade da pessoa de agregar valor ao patrimônio de conhecimento da organização”.

Para melhor entender, eis um caso hipotético de determinado professor que é altamente capacitado, com mestrado, doutorado e pós-doutorado, contudo, se essa capacitação toda não lhe possibilitar ministrar uma boa aula e fazer com que seus alunos aprendam, tal indivíduo não será útil à instituição a que se dedica, por exemplo, exclusivamente ao ensino; pelo contrário, será um problema para esta instituição. Ou seja, ele não agregará valor à instituição.

Para Fleury e Fleury (2001, p.5), a noção de competência está

associada a verbos como saber agir, mobilizar recursos, integrar saberes múltiplos e complexos, saber aprender, saber engajar-se, assumir responsabilidades, ter visão estratégica. Do lado da organização, as competências devem agregar valor econômico para a organização e valor social para o indivíduo.

Com isso, Fleury e Fleury (2001, p.6) conceituam competência como “um saber agir responsável e reconhecido, que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos e habilidades, que agreguem valor econômico à organização e valor social ao indivíduo”.

Ou seja, as competências vão além de simplesmente adquirir conhecimentos e habilidades. Elas envolvem a aquisição, integração e a transmissão de conhecimentos, habilidades e recursos que agregam valor econômico à organização e valor social ao indivíduo.

Para Teece *et al.* (1997 apud MASCARENHAS, 2008),

uma competência organizacional não é constituída por recursos isolados (como uma competência individual ou uma tecnologia patenteadas), mas pelo

resultado de uma complexa harmonização de múltiplos recursos disponíveis à organização e integrados ao longo de sua história.

Ou seja, não basta que a organização tenha recurso e pessoas com conhecimentos diversos, é preciso saber utilizar tais recursos e conhecimentos em prol de algo. Daí então a necessidade de gerir as competências individuais e consequentemente as organizacionais.

2.8.5 – Gestão das competências

A gestão de competências e consequentemente a avaliação de desempenho em uma instituição devem ser estruturadas em função do seu planejamento estratégico, de forma que todos os esforços sejam direcionados para o alcance do objetivo proposto.

Com base em Dutra (2002), podemos entender que, para atingir determinados objetivos estratégicos, exige-se que a instituição entregue ou apresente determinadas competências. Assim, necessariamente, o seu quadro funcional precisa apresentar ou entregar tais competências no respectivo ambiente operacional. Por exemplo: se a instituição objetiva ser líder ou referência no mercado, em suas equipes de trabalho é necessário estimular e cultivar o espírito de liderança. Caso exista o intuito de ser inovadora no mercado, é mister que se estimule e se desenvolva tal competência nos indivíduos e, consequentemente, nas equipes que formam a instituição. Ou seja, tudo que se pensa em nível macro, deve-se pensar no nível individual (nível micro).

Para que tudo isso ocorra nas Instituições de Saúde Pública, é ideal que cada servidor seja avaliado e tenha retorno acerca do desempenho de suas atividades através de um acompanhamento de desempenho, que deverá ser feito não somente por terceiros, mas em conjunto com o próprio servidor.

Segundo Mascarenhas (2008),

a gestão do desempenho pode ser considerada um sistema amplo de administração que busca integrar o desempenho das pessoas, grupos e áreas funcionais aos objetivos e às metas empresariais, destacando a importância da contribuição de cada nível organizacional às estratégias.

Com essa proposição, vê-se que não se trata de gerenciamento puramente individual de competência, como é considerada por alguns autores, mas também o gerenciamento das competências organizacionais como um todo. Ou seja, o gerenciamento deve ir desde a competência individual até as competências coletivas da

instituição. Para auxiliar nesse gerenciamento, torna-se primordial o uso de feedback na organização.

2.8.6 – *Feedback*

É uma palavra que veio da língua inglesa e quer dizer retorno ou retroalimentação. Assim, para que se trabalhe a gestão por competência é essencial que haja um constante uso de *feedback* entre os servidores acerca dos respectivos desempenhos, sejam eles líderes ou liderados. Sabe-se que isso pode ser muito difícil de ocorrer, pois existe o *status quo*.

Uma liderança pode não aceitar uma contribuição de seu subordinado para melhoria do seu desempenho. Contudo, é preciso que essas diferenças sejam superadas com o devido respeito e prevaleça a ideia de desenvolvimento individual em prol do bem comum e principalmente do alcance dos objetivos institucionais.

Parafraseando Zeferino (2007), o fato de fornecer *feedback* ao servidor é um importante aspecto para o seu desenvolvimento e, conseqüentemente, da organização, sendo, portanto, um papel essencial das lideranças.

Assim, no contexto do acompanhamento de desempenho proposto nesse artigo, *feedback* se refere às informações que descrevem o desempenho do servidor em determinada situação ou atividade. Nesse sentido, a habilidade de dar e receber *feedback* melhora os resultados no desenvolvimento pessoal, uma vez que fornece a base para o autodesenvolvimento e para a reflexão crítica, auxilia o indivíduo a corrigir seus erros, reforça comportamentos desejáveis e mostra como ele pode melhorar.

Para Zeferino *et al.* (2007, p.1), “o *feedback* eficaz deve ser assertivo, respeitoso, descritivo, oportuno e específico”. Diante disso, líderes e liderados no serviço público deveriam ser preparados para dar e receber *feedback*, bem como reconhecer seu papel como uma importante estratégia de desenvolvimento pessoal e organizacional.

O *feedback* gera uma conscientização valiosa para a aprendizagem, pois ressalta as dissonâncias entre o resultado pretendido e o real, incentivando a mudança; também aponta os comportamentos adequados, motivando o indivíduo a repetir o acerto. Se a informação for capaz de causar mudança no padrão de desempenho observado, teremos um processo de aprendizagem (ZEFERINO *et al.*, 2007, p.2).

Uma vez que reforça a prática reflexiva, o *feedback* está fortemente vinculado ao conceito de desenvolvimento profissional contínuo, habilidade considerada essencial

a qualquer indivíduo que deseje se manter compatível com o seu ambiente de trabalho. Assim, a falta de *feedback* gera incertezas, amplifica o sentimento de inadequação e pode distanciar o indivíduo dos objetivos propostos por sua organização, podendo levá-lo a interpretar seus comportamentos de maneira totalmente inapropriada e a desenvolver uma “falsa confiança” ou medo exagerado do erro (ZEFERINO *et al.*, 2007). Daí, então, a necessidade de o Superior imediato dar constantemente *feedback* eficaz aos seus subordinados. Face aos desafios na gestão do trabalho no SUS, o Ministério da Saúde criou a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES), visando a desenvolver as Secretarias de Saúde.

2.8.7 – Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES)

Visando ao efetivo desempenho do SUS e com o desafio de buscar o equacionamento dos problemas existentes e de definir políticas no campo da gestão do trabalho e da educação de forma articulada com as instâncias federativas gestoras do sistema, foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES). Tal Secretaria, “além de instituir as diretrizes nacionais da política de RH em saúde, vem adotando estratégias indutoras com investimentos técnicos, políticos e financeiros para a qualificação da gestão” (PIERANTONI *et al.*, 2008, p.2).

Ao comparar o Brasil com os demais países da América Latina e Caribe, Pierantoni *et al.* (2008), baseadas em estudo coordenado por Juan Arroyo (2007), ressaltam que o Brasil goza de uma situação privilegiada no que diz respeito à estruturação da área de recursos humanos no nível federal. E sua unidade de RH possui um respaldo normativo de mais alto nível legislativo.

Além da criação da Secretaria de Gestão do Trabalho, o MS criou também o ProgeSUS, objetivando melhoria.

2.8.7.1 ProgeSUS

Ainda visando à melhoria na gestão do trabalho, em 2006, o Ministério da Saúde criou o ProgeSUS, Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do

Trabalho e da Educação no SUS, com o intuito de capacitar os dirigentes e as equipes de Recursos Humanos no SUS, liberando financiamento para a aquisição de equipamentos para a área e informatizando tais setores para a operação de sistemas de informações próprios ao gerenciamento da força de trabalho de serviço público de saúde (PRÓ-SAÚDE, 2010).

Conforme ressalta Moisés (2008), a criação do ProgeSUS objetivou a consolidação de uma política que pressupõe a valorização do trabalhador da saúde e do seu trabalho como fundamentais para o fortalecimento do SUS, bem como a qualificação dos setores de RH das secretarias estaduais e, principalmente, das municipais, além de melhorar as condições de trabalho dos seus respectivos gestores. Para tanto, o programa conta com quatro componentes estruturantes: o primeiro se refere à cooperação financeira para a modernização dos setores de RH das secretarias estaduais e municipais; o segundo diz respeito à capacitação dos profissionais do setor. Quanto aos outros dois componentes, trata-se da construção e disponibilização, pelo MS, de ferramentas na área de tecnologia da informação para os Estados e municípios que almejem implantar o Sistema de Informação Gerencial (SIG) para o setor de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde juntamente com a integração desses sistemas por meio do Sistema Nacional de Informações em Gestão do Trabalho do SUS, o InforSUS.

Ainda segundo Moisés (2008), para a consecução do ProjeSUS, foi realizada uma pesquisa nacional nas secretarias de Saúde de todos os Estados do Brasil e, como resultado, constatou-se a precariedade com que se organizava a área de recursos humanos nos Estados e municípios brasileiros para fazer frente ao projeto do SUS. Assim, a partir dessa constatação empírica, tal cenário levou o Ministério da Saúde, o Conass e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) a se unir em torno da questão e priorizar a área de gestão do trabalho como área de enfrentamento dos problemas.

2.8.8 – Princípios que regem a organização do SUS

São considerados princípios que regem a organização do SUS: regionalização e hierarquização, resolubilidade, descentralização, participação dos cidadãos e complementariedade do setor privado.

Os princípios da regionalização e hierarquização estão relacionados ao ato de organizar os serviços em nível de complexidade tecnológica crescente. Tais serviços devem estar disponíveis em área geográfica delimitada e com sua respectiva população, à qual deverão ser oferecidas todas as modalidades de assistência (BRASIL, 1990).

O princípio da resolubilidade está ligado ao ato de resolução de problema de saúde por determinado serviço, dentro de sua competência, seja ele a nível individual ou coletivo (BRASIL, 1990).

O princípio da descentralização está ligado à “distribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo”, visando a aumentar a probabilidade de acerto nas tomadas de decisões governamentais (BRASIL, 1990, p. 5).

O princípio da participação dos cidadãos diz respeito à garantia da população em participar por meio dos Conselhos de Saúde do “processo de formulação das políticas de saúde e do controle da sua execução”, nos três diferentes níveis de governo (BRASIL, 1990, p. 5).

O princípio da complementariedade do setor privado reza que, sob a insuficiência do setor público, o privado pode prestar o serviço se observar as seguintes condições: na celebração de contrato, o interesse público devendo prevalecer sobre o particular; a instituição privada deverá obedecer aos princípios básicos e normas técnicas do SUS, como se o serviço prestado fosse público; a integração dos serviços privados deverá seguir a mesma lógica organizativa do SUS (BRASIL, 1990).

Enfim, a revisão de literatura serviu para aprofundar o conhecimento da estrutura do SUS e os aspectos teóricos acerca de políticas, análise e avaliação de política.

3 – Metodologia

O presente trabalho foi desenvolvido sob a abordagem predominantemente qualitativa, visando a conhecer a realidade a partir da percepção de indivíduos (VERGARA, 2005).

3.1 – Tipo de Pesquisa

Para a classificação da pesquisa, utilizou-se a taxionomia adotada por Vergara (2005, p. 46), cuja classificação se dá quanto aos meios e quanto aos fins. Quanto aos fins, é descritiva, pois “expõe características de determinada população ou de determinado fenômeno”.

Quanto aos *meios*, a pesquisa pode ser classificada em bibliográfica, documental, estudo de caso e de campo. É classificada de bibliográfica pela elaboração do referencial teórico, sendo definida como “o estudo sistematizado desenvolvido com base em material publicado em livros, revistas, jornais, redes eletrônicas, isto é, material acessível ao público em geral” (VERGARA, 2005, p. 48). Com base nessa mesma autora, a pesquisa é documental, pois foi “realizada em documentos conservados em órgãos públicos e privados de qualquer natureza ou com pessoas”. Especificamente, foram analisados documentos e normas relativas à organização e estruturação da gestão do trabalho do SUS, disponíveis na Prefeitura Municipal de Viçosa – MG, tal como Termo de Compromisso de Gestão Municipal, Planejamento Municipal de Saúde e outros documentos que faziam referência à gestão do trabalho. É estudo de caso por ter “caráter de profundidade e detalhamento”. É também pesquisa de campo, pois se trata de “investigação empírica realizada no local onde ocorre ou ocorreu um fenômeno ou que dispõe de elementos para explicá-lo. Pode incluir entrevistas, aplicação de questionários, testes e observação participante ou não” (VERGARA, 2005, p. 47 – 48). No caso específico, foi feita entrevista com gestores e pessoal do Conselho Municipal de Saúde.

3.2 – Seleção dos Sujeitos

A escolha dos sujeitos entrevistados se deu por indicação dos próprios entrevistados, os quais indicavam quem poderia dar melhores informações acerca dos questionamentos (os contatos e entrevistas tiveram início com a Secretária do CMS). Tal procedimento vai ao encontro da teoria da amostra, referenciada por Flick (2009). Segundo ele, de acordo com essa teoria, a estrutura da amostra é definida durante a coleta e análise de dados, sendo concluída mediante a saturação teórica. No caso específico do presente estudo, a amostra foi concluída no momento em que as respostas começaram a se repetir, não acrescentando conteúdo para o conhecimento do processo de gestão do trabalho na SMSV.

As pessoas entrevistadas foram aquelas envolvidas com o processo de gestão do SUS, tais como: Secretária de Saúde, pelo contato com o processo de gestão do trabalho e, teoricamente, por perceber os pontos intervenientes no processo; presidente do Conselho Municipal de Saúde (CMS); representante do Sindicato dos Servidores da Saúde no Conselho; Secretária do Conselho, pela vivência junto às diversas gestões e também por acompanhar reuniões e tomadas de decisões do Conselho; Chefia do Setor Administrativo, inclusive por ser ex-conselheira; e Chefia do Serviço de Pessoal, por estar no órgão diretamente vinculado à gestão do trabalho.

Em atendimento aos princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, a coleta de dados foi realizada após a submissão do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Viçosa, com emissão de parecer favorável no ofício nº 0143/2010/Comitê de Ética (Anexo 4). Após os devidos esclarecimentos, os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no qual foi confirmada a respectiva participação na pesquisa.

Para resguardar a identidade dos entrevistados, eles foram codificados conforme demonstrado na Tabela 1.

Tabela 2 – Codificação dos entrevistados para realização da pesquisa

| Atores | Nº | Código identificador |
|---------------|---------------|-----------------------------|
| Gestores | Quatro | E1, E2, E3 e E4 |
| Conselheiros | Dois | E5 e E6 |

Para efeito desse trabalho, são considerados gestores pessoas que atuam na gestão do SUS, tais como Secretária da Saúde, Chefias e Coordenadores da Secretaria Municipal de Saúde e Secretária do Conselho.

3.3 – Coleta e Análise dos Dados

Cada entrevista foi tratada em profundidade, sendo o quadro de estudo qualitativo, conforme relata Machado (1991, p.54), “questões de amostragem se tornam secundárias, mas a seleção de entrevistados deve ser explicitada e justificada de acordo com os objetivos que se pretende alcançar”.

A coleta de dados se deu por meio de entrevista semiestruturada, análise dos documentos referentes ao SUS, em especial o Termo de Compromisso de Gestão Municipal, assinado pelo município.

Para as entrevistas, foram verificados no TCGM todos os itens relacionados à diretriz Gestão do Trabalho (GT), os quais foram transformados em questões que compuseram um roteiro. Com essas questões, as quais foram categorizadas, realizaram-se as análises e considerações. Teve-se o intuito de não só verificar na prática o atendimento aos itens pactuados, mas também conhecer melhor a real situação da SMSV em relação à Gestão do Trabalho.

As entrevistas foram gravadas com a utilização do software “Gravador de Som” do Windows 7, sendo depois transcritas com o auxílio do *Twelve Keys Music Transcription Software*. Visando à realização da análise de conteúdo, as respostas foram concatenadas em função dos itens relativos à gestão do trabalho.

O método de análise utilizado foi o de conteúdo que, segundo Campos (2004, p. 611), “constitui-se em um conjunto de técnicas utilizadas na análise de dados qualitativos”. Bardin (2009, p. 221) ressalta que nesse tipo de análise “aplica-se uma teoria ao material através de um sistema de categorias”. Minayo (2003) ressalta que a análise de conteúdo visa a verificar hipóteses e ou a descobrir o que está por trás de cada conteúdo manifestado. Segundo Vergara (2005), é utilizada quando se deseja identificar o que está sendo dito a respeito de determinado assunto. Neste estudo, os itens da diretriz Gestão do Trabalho foram categorizados. Portanto, o método retromencionado foi identificado como o mais apropriado ao presente estudo.

Com base em Bardin (2009), na análise comparou-se o conteúdo das entrevistas com o suporte teórico (TCGM, Diretrizes Nacionais para Planos de Carreiras, Cargos e Salários para o SUS - PCCS/SUS e literatura), dando origem aos resultados parciais.

Em resumo, os procedimentos de análise da implementação dos itens da diretriz Gestão do Trabalho foram realizados de acordo com o exposto na Figura 15.

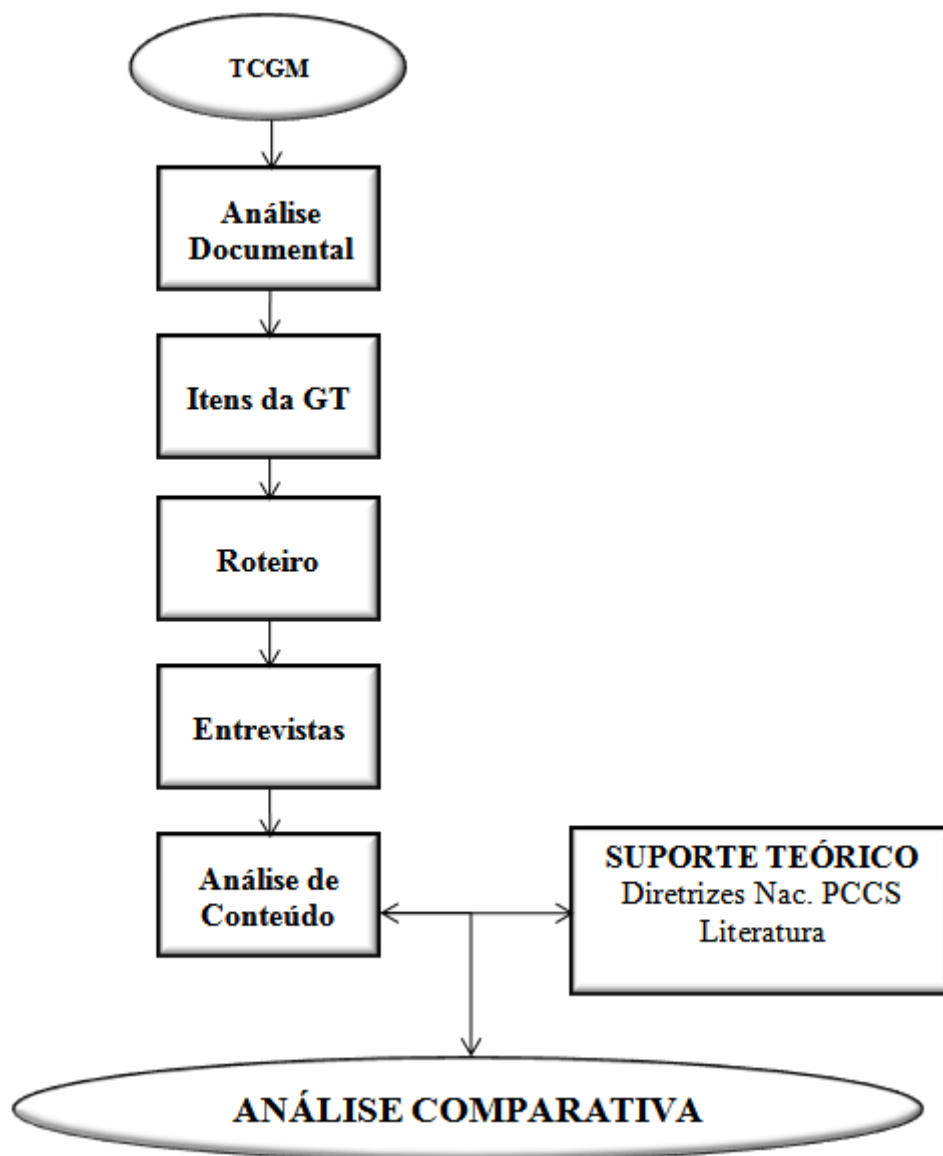


Figura 15 – Esquema do procedimento de análise.

Fonte: O autor.

3.4 – Categorias de Análise

Para efeito de conhecimento, são apresentados na Tabela 3 os itens da diretriz Gestão do Trabalho transformados em categorias para a realização da análise.

Tabela 3 - Categorias de Análise

| GESTÃO DO TRABALHO |
|--|
| Todo município deve promover e desenvolver políticas de gestão do trabalho, considerando os princípios da humanização, da participação e da democratização das relações de trabalho; |
| Todo município deve adotar vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores de saúde na sua esfera de gestão e de serviços, promovendo ações de adequação de vínculos, onde for necessário, conforme legislação vigente; |
| Estabelecer, sempre que possível, espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores; |
| Desenvolver estudos e propor estratégias e financiamento tripartite com vistas à adoção de políticas referentes aos recursos humanos descentralizados; |
| Considerar as diretrizes nacionais para planos de carreiras, cargos e salários para o SUS - PCCS/SUS, quando da elaboração, implementação e/ou reformulação de planos de carreiras, cargos e salários no âmbito da gestão local; |
| Implementar e pactuar diretrizes para políticas de educação e gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores de saúde, no âmbito municipal, notadamente em regiões onde a restrição de oferta afeta diretamente a implantação de ações estratégicas para a atenção básica. |

Fonte: TCGM de Viçosa, 2010.

4 – Resultados e discussão

A apresentação dos resultados foi feita de forma analítica e sintética. Na analítica, foram abordados os resultados e análises categoricamente, conforme foi descrito na metodologia. Na sintética, para uma visão mais rápida do resultado do trabalho, foi criada uma matriz de avaliação, com base na metodologia criada por Scalco *et al.* (2010), cujos dados estão em consonância com a abordagem analítica.

4.1 – Cadastro Municipal de Metas para Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde - Prioridades e Objetivos

Embora o Pacto pela Saúde tenha como objetivo a descentralização da gestão do SUS, pela análise do Termo de Compromisso de Gestão Municipal e também do Cadastro Municipal de Metas para Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde - Prioridades e Objetivos – vê-se que o seu ideal e a sua visão não são percebidos na prática. Ainda se tenta padronizar prioridades e objetivos, como é perceptível no cadastro referido.

O cadastro de metas e prioridades não é um simples instrumento em que os municípios inserem suas metas, objetivos e prioridades, pois eles já vêm inseridos, restando apenas ao gestor informar o que se aplica ou não e pactuar o que será feito, bem como informar os seus resultados, os quais possibilitam fazer avaliação apenas quantitativa. Na realidade, a descentralização da gestão do SUS não é tão democrática como se aparenta ser. Os objetivos ainda são vinculados às macrodiretrizes.

O Cadastro Municipal de Metas é um relatório em que se determinam os objetivos – que não são específicos do município – indicadores, metas pactuadas e resultado alcançado. O *status* “não se aplica”, informado na coluna meta, deixa a entender que os objetivos pactuados não são característicos da realidade municipal. Parece uma “roupa” que não foi feita especificamente para o manequim que a está utilizando, embora seja possível ser usada por ele. Diante disso, surge o questionamento: seria possível gerenciar um sistema da magnitude do SUS sem essa padronização forçada na pactuação de objetivos?

De antemão, poder-se-ia dizer que ficaria difícil fazer essa gestão. Mas como o Pacto pela Saúde foi proposto para levar em conta as especificidades de cada região, ele

deveria abrir espaço para que objetivos e prioridades específicas fossem relatados paralelamente aos documentos padrão, como o relatório de objetivos e indicadores.

4.2 – Itens do TCGM

Visando a apresentar os itens avaliados, foram disponibilizados na Tabela 4 os indicadores pactuados pela Secretaria Municipal de Saúde de Viçosa (SMSV), relativos à gestão do trabalho e seus respectivos *status* em relação à situação atual.

Para o entendimento da metodologia destinada ao preenchimento e funcionamento da Tabela 4, consultar o Anexo 1.

Tabela 4 - Itens pactuados acerca da Gestão do Trabalho e respectiva situação

| 5 GESTÃO DO TRABALHO Itens pactuados - Categorias | | SITUAÇÃO ATUAL | PRAZO PARA REALIZAR |
|--|--|----------------|------------------------------|
| 5.1- | Todo município deve promover e desenvolver políticas de gestão do trabalho, considerando os princípios da humanização, da participação e da democratização das relações de trabalho; | Realiza | |
| 5.2- | Todo município deve adotar vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores de saúde na sua esfera de gestão e de serviços, promovendo ações de adequação de vínculos, onde for necessário, conforme legislação vigente; | Realiza | |
| 5.3- | Estabelecer, sempre que possível, espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores; | Realiza | |
| 5.4- | Desenvolver estudos e propor estratégias e financiamento tripartite com vistas à adoção de políticas referentes aos recursos humanos descentralizados; | Não Realiza | Data para realização 12/2012 |
| 5.5- | Considerar as diretrizes nacionais para planos de carreiras, cargos e salários para o SUS - PCCS/SUS, quando da elaboração, implementação e/ou reformulação de planos de carreiras, cargos e salários no âmbito da gestão local; | Realiza | |
| 5.6- | Implementar e pactuar diretrizes para políticas de educação e gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores de saúde, no âmbito municipal, notadamente em regiões onde a restrição de oferta afeta diretamente a implantação de ações estratégicas para a atenção básica. | Não Realiza | Data para realização 12/2012 |

Fonte: TCGM de VIÇOSA, 2010.

Para a apresentação dos resultados, teve-se como parâmetro o modelo de avaliação de recursos humanos desenvolvido por Scalco *et al.* (2010), tendo sido feitas as devidas adequações para a realidade estudada. Tal modelo é baseado na teoria do programa, que é uma metodologia/ferramenta utilizada por organismos internacionais para fazer principalmente empréstimos a países em desenvolvimento.

Segundo Ferreira *et al.* (2007), baseados em McLaughlin, o modelo lógico ou matriz lógica visa a estruturar/desenhar como deve ser o funcionamento de determinado programa ou política, de maneira que seja factível, dentro de certas circunstâncias esperadas, com o intuito de resolver problemas identificados.

Especificamente, foi montada uma matriz de avaliação visando a analisar a situação de Viçosa frente à diretriz Gestão do Trabalho do SUS, a qual – para a apresentação detalhada dos resultados – foi dividida de acordo com os itens do TCGM, sendo recomposta no Apêndice 4 para uma visão ampla da situação.

Como dimensão ou categoria, foram considerados os itens específicos da Gestão do Trabalho, pactuados no TCGM. Os indicadores foram originados dos próprios itens e também elaborados em função das determinações da NOB/RH-SUS e Diretrizes Nacionais para Plano de Carreira, Cargos e Salários, sendo atribuídas formas para medir cada indicador.

Como é objetivo do trabalho verificar o atendimento quanto aos itens pactuados na prática, foram estabelecidas como parâmetro as respostas sim ou não, obtidas de forma direta e/ou indireta nas entrevistas e análise de documentos.

Quanto à utilização da matriz, percebe-se que poderá ser um modelo de avaliação da gestão do trabalho na saúde, pactuada entre os municípios e Comissões Intergestores Bipartite, pois permite visualizar a aplicação das políticas nessa área, provendo informações à tomada de decisões.

Diante disso, passa-se à análise dos itens.

Item 5.1

Tabela 5 - Avaliação do item 5.1

| Itens | Indicadores | Medidas | Parâmetro | |
|--|--|---|-----------|-----|
| | | | Sim | Não |
| Todo município deve promover e desenvolver políticas de gestão do trabalho, considerando os princípios da humanização, da participação e da democratização das relações de trabalho; | Promoção (geração) de políticas ⁹ | Existência de política de gestão do trabalho (GT) | X | |
| | Desenvolvimento de ¹⁰ política (por em prática) | Existência de política de GT implementada | | X |
| | Consideração ao princípio da humanização ¹¹ | Todas as ações de política de GT consideram o princípio da humanização | | X |
| | Consideração ao princípio da democratização ¹² | Todas as ações de política de GT consideram o princípio da democratização | | X |
| | Consideração ao princípio da participação ¹³ | Todas as ações de política de GT consideram o princípio da participação | | X |

Fonte: Dados da pesquisa e adaptação de Scalco *et al.* (2010)

Para a análise do item 5.1, foram criados cinco indicadores: dois com o objetivo de verificar a geração e o desenvolvimento de política de GT e três para analisar se os princípios da humanização, democratização e participação foram observados.

Percebeu-se que, embora o presente item esteja com o *status* “Realiza” no TCGM de Viçosa, pela investigação realizada e frente aos resultados dos indicadores na Tabela 4, constatou-se que ele é atendido de maneira precaríssima, para não dizer que o município – de fato – “Não realiza”.

⁹ Criou-se o PCCS da SMSV há mais de 5 anos. No entanto, ainda não foi implementado (E2, E3, E1, E5)

¹⁰ Ainda não se implementou o PCCS.

¹¹ Não se identificou processo que reconheça e valorize os aspectos subjetivos e socioculturais dos profissionais, para melhorar as condições de trabalho (BAKES et al, 2007)

¹² O Plano de Cargos, Carreira e Salários não contempla todos os funcionários da SMS (E2, E3, E1 e PCCS), sendo que as Diretrizes Nacionais exige que contemple.

¹³ O Serviço de Pessoal não participou de todo o processo de elaboração do PCCS, sendo que tal setor está diretamente envolvido com os trabalhadores, no dia-a-dia (E1).

Pôde-se detectar nas entrevistas e durante as visitas que existe uma completa falta de sensibilidade em relação aos princípios da humanização, da participação e da democratização, conforme falas que serão descritas nas páginas seguintes.

Uma única política criada especificamente para melhoria da situação trabalhista, relativa ao plano de carreira, cargos e salários, em 2004, até o momento de realização das entrevistas não havia sido implementada. Havia sim uma nova proposta de implementação, que não contemplava todos os funcionários, sendo que as diretrizes nacionais ressaltam que o PCCS deve incluir todos os funcionários e que tenha a participação dos mesmos na sua elaboração, levando em consideração os princípios da humanização, democratização e participação.

Princípio da Humanização

Segundo E3, não há um serviço na Prefeitura e nem na SMSV que cuide dos aspectos humanos. Nesse sentido, E1 ressalta que há um grande número de pessoas afastadas por motivo de depressão.

Analisando o estudo de Scalco *et al.* (2010, p. 606), foi considerada um indicador de “boa adequação” do ambiente psicológico de trabalho a ausência de afastamento de pessoas por motivo de depressão. Com isso, diante da abordagem no parágrafo anterior, existe essa outra inadequação do ambiente de trabalho da SMSV, visto que existem afastamentos por depressão.

Ainda no que diz respeito aos aspectos humanos, E3 ressalta que

Assim, nesse sentido de buscar o feeling da pessoa, de saber tratar o outro, embora a maioria de **nosso pessoal esteja muito pouco treinada**. A gente tem começado a trabalhar essas coisas, mas isso é um pouco complicado. Hoje eu tenho que trabalhar com o que eu tenho. **Meu recurso humano hoje é escasso e ele é pouco. Ele não tem uma formação específica**. Então, eu tenho que entender as possíveis falhas. O que eu quero dizer é: **põe o funcionário pra desenvolver determinada tarefa que ele não tem o alcance...** e aí a gente vai ter outro problema. (E3)

Assim, considerando o Planejamento Municipal de Saúde, as declarações de E3 e de E1, também pelo fato de não ter sido implementado o Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), percebe-se que de fato não existe um programa específico e efetivo para trabalhar aspectos subjetivos dos trabalhadores, sendo, portanto, um fator a ser melhorado na GT.

Corroborando essas declarações, eis o que é abordado no Planejamento Municipal de Saúde:

A criação de uma Política de Recursos Humanos, definição de uma política de formação e capacitação de Recursos Humanos para a saúde e estabelecimento de mecanismos de avaliação contínua de desempenho dos profissionais, torna-se de fundamental importância (VIÇOSA, 2010, p. 62).

Em termos culturais, a estratégia para trabalhar a saúde no Brasil, principalmente com o Programa Saúde da Família, é nova e, consciente disso, o Ministério da Saúde criou uma estrutura para trabalhar os aspectos culturais. No entanto, na SMSV não se identificaram evidências de implementação de ações acerca desse tema. Não há trabalho voltado ao desenvolvimento das pessoas.

Para Backes *et al.* (2007), a humanização pressupõe um sistema complexo de organização e de civilização que respeita a autonomia dos indivíduos, a diversidade de ideias, a liberdade de expressão e o resgate da subjetividade. Trata-se de

um processo de transformação da cultura organizacional que necessita reconhecer e valorizar os aspectos subjetivos, históricos e socioculturais dos clientes e profissionais, para melhorar as condições de trabalho e a qualidade da assistência, por meio da promoção de ações que integrem valores humanos aos valores científicos.

Referindo-se à motivação dos funcionários, El ressalta que

Infelizmente... a questão de satisfação daqui tá complicada. Por isso a questão que a gente tá tentando ter palestras pra motivar, pra coisa... e a pessoa, assim, não sei... chegou a um ponto que ninguém tá... sabe? Acho que tão esperando só a aposentadoria. Sabe? Tá horrível isso. O negócio tá complicado mesmo.

Diante de declarações como esta, perceberam-se ideias equivocadas de que investindo em treinamento resolverá os problemas vinculados à gestão de pessoas. Contudo, se não trabalharem os aspectos culturais e exercitarem mais o princípio da democratização na GT também, de nada adiantarão os investimentos.

Princípio da Democratização

Para Jorge, Guimarães, Nogueira, Moreira & Moraes (2007), a democratização das relações de trabalho consiste em reconhecer os trabalhadores como sujeitos responsáveis pela funcionalidade do sistema, capazes de atuar nos processos decisórios correlatos à organização dos serviços e execução dos cuidados em saúde.

Levando em consideração a não implementação do PCCS e também a conceituação no parágrafo retro, percebe-se existir certa fragilidade na prática do princípio da democratização, o que nos leva a fazer o seguinte questionamento: será que é permitido aos trabalhadores atuar realmente nos processos decisórios correlatos à organização dos seus serviços e execução dos cuidados em saúde?

Se a resposta for sim, há um forte indicador de utilização do princípio discutido. Caso negativo, aparentemente tudo indica que o princípio da democratização é pouco observado e também o da participação.

Princípio da Participação

Segundo a NOB/RH-SUS (2005, p.33), visando à implementação e adequação dos princípios retromencionados às necessidades do Sistema Único de Saúde, para efetivar a Gestão do Trabalho, deve ser observado o princípio da participação bilateral e paritária, que se caracteriza pela

participação dos gestores e dos trabalhadores nas Mesas Permanentes de Negociação, definindo os objetivos, os participantes, a metodologia, as pautas de negociação das questões do trabalho, assim como os objetos de negociação como os salários, a carreira, as vantagens, os benefícios, os compromissos mútuos, além de definir as diretrizes, os critérios, os instrumentos, os mecanismos, os fluxos, os protocolos e as rotinas dos processos de trabalho em saúde e a resolução de conflitos.

As mesas são como fóruns permanentes de discussão sobre relações e condições de trabalho, cujos participantes são o poder público e os representantes dos profissionais de saúde.

Assim, na SMSV não houve registro de constituição de nenhuma Mesa Permanente de Negociação e há outros indícios de não observação do princípio da participação, conforme será evidenciado nos parágrafos a seguir, principalmente nas falas de E1. Talvez, essa falta de participação mais efetiva dos trabalhadores na elaboração de políticas de GT possa ser a possível causa da ausência de efetividade das políticas de GT na SMSV.

Ausência de política efetiva¹⁴ de GT

¹⁴ A palavra “efetiva” deve ser entendida como uma política que esteja criada e em pleno funcionamento.

Considerando o conceito de política apresentado por Souza C. (2006, p. 26) como sendo “o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, ‘colocar o governo em ação’ e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável dependente)”, pode-se dizer que não há política efetiva de GT em Viçosa, pois desde 2004 não se percebeu ação efetiva do governo municipal no sentido de operacionalizar a política de gestão do trabalho. Para essa argumentação, tomou-se como parâmetro o PCCS.

E3 ressalta que “o plano de cargos e salários tem a avaliação de desempenho, mas nunca foi feito. Nós funcionários é que tivemos que ir para o Conselho pra pedir pra avaliar a gente”.

De fato, visando à avaliação dos servidores da SMS, no mês 10/2010 foi publicada a Resolução do Conselho Municipal de Saúde, nº 01/2010 (Anexo 6).

A evidenciação da falta de promoção e desenvolvimento de política efetiva de gestão do trabalho pode ser observada na fala de E2, cujo raciocínio coaduna com o de E3, quando diz:

Hoje a rede não se comunica. Um serviço não sabe o que o outro faz. E não sabe informar ao usuário; não se informam para informar ao usuário. Não tem capacitação e nem interesse de melhorar. Assim, nós estamos muito frágeis nesse aspecto. Então, cada um faz a coisa por si. Não tem uma padronização de informação (E2).

Vê-se também que além de mostrar a falta de políticas efetivas que funcionem na área de gestão do trabalho, percebem-se os efeitos dessa falta: uma desmotivação de grande parte da força de trabalho e o desrespeito a princípios de grande importância para o SUS, como os já citados anteriormente.

E2 ressalta que:

O plano só contempla os funcionários de carreira do SUS. É uma falha grande, porque nós temos funcionários que não são de carreira do SUS e que são funcionários da Secretaria, que é o administrativo e auxiliar de serviço - pessoal de apoio. Então o plano tem que contemplar isso sim. Eles estão aqui com a gente e são funcionários do SUS. Então isso é uma falha. De certa forma isso atrapalha. Você tem algumas situações para uns e não tem para o outro. Como você responder a isso? Que é cobrado pra isso e tem um momento dessa elaboração do plano logo depois teve essa revolta que a gente...

Com base na abordagem de E2, no desenvolvimento da política referente ao PCCS, princípios como o da humanização, participação e da democratização pactuados para serem respeitados, não foram totalmente observados, uma vez que o plano não

contemplou todos os funcionários do SUS. Além disso, houve também inobservância do seguinte item da NOB/RH-SUS (2005, p. 46):

...será assegurado o tratamento isonômico, com piso salarial para os trabalhadores com atribuições e funções assemelhadas pelo nível de escolaridade e carga horária, entendida a isonomia como a igualdade de direitos, obrigações e deveres, independentemente do tipo ou regime de vínculo empregatício.

Em se tratando de participação, E1, que também trabalha diretamente envolvido com a Gestão do Trabalho, ressalta que não teve participação integral na discussão acerca de aspectos do PCCS.

...me chamaram na primeira reunião e depois... fizeram uma aí e não teve minha participação. Mas eu acho que aí faltou a participação dos Recursos Humanos. É a gente que está ali ouvindo diretamente a reclamação do pessoal e tal. Então... (E1)

Conforme informação do mesmo entrevistado, o PCCS já foi aprovado pelo Conselho e até aquele instante não tinha “notícia nenhuma do que foi passado e do que não foi”.

Então, será isso democrático?

Quanto aos funcionários não contemplados no PCCS, como ficam os seus sentimentos em relação a isso tudo? Como se comprometer, envolver-se em desempenhar determinada atividade do sistema se este sistema não se compromete com o trabalhador?

A desconsideração do princípio da humanização foi tão grande que até gerou revolta nos trabalhadores, conforme a segunda citação de E2 (transcrita anteriormente, no presente tópico acerca de Ausência de política). Então, com evidências desse tipo, é fácil identificar fatores que podem estar contribuindo para a grande desmotivação observada no pessoal durante a realização das entrevistas e até mesmo pelas declarações dos entrevistados, bem como o porquê da não implementação do PCCS.

Ainda diante da declaração de E2, podemos nos questionar em relação aos itens do TCGM, especificamente o 5.1, em que dá grande relevância a princípios fundamentais para o SUS: será que tais princípios foram e estão sendo realmente considerados? Suponhamos que sim. Então, a questão seria: até que ponto? E o *status* de “Realiza” no campo Situação Atual será que é realmente “Realiza”?

Pela abordagem retro, percebe-se que o item 5.1 poderia ter sido mais bem avaliado, de maneira mais criteriosa, como a que foi feita no presente trabalho. Contudo, o que estava também em jogo era a questão financeira, motivo que pode ter

levado a liderança da época a registrar como “Realiza” a situação do item, o que não reflete a situação encontrada no em 2010.

Percebeu-se uma falta de unicidade de direção na SMSV. Tal fato pode ter ocorrido em virtude da constante mudança dos ocupantes do cargo de Secretário Municipal de Saúde e isso pode ter contribuído para uma GT pouco efetiva.

Quanto à ausência de política efetiva, acredita-se que possa ter sido em função da não adequação do PCCS às diretrizes nacionais, haja vista que os entrevistados demonstraram desconhecer as diretrizes. Além desse fato, visto que a implementação do PCCS, em sua íntegra, demanda recursos financeiros, principalmente para remunerar as pessoas que tiverem progressão por mérito, suspeita-se que seja também um dos motivos pela não implementação.

Item 5.2

Tabela 6 - Avaliação do item 5.2

| Item | Indicadores | Medidas | Parâmetro | |
|---|--------------------------------------|---|-----------|-----|
| | | | Sim | Não |
| Todo município deve adotar vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores de saúde na sua esfera de gestão e de serviços, promovendo ações de adequação de vínculos, onde for necessário, conforme legislação vigente; | Legalidade de vínculos ¹⁵ | Respeito aos direitos sociais e previdenciários | X | |
| | Adequação de vínculos ¹⁶ | Existência de ações para adequação de vínculo | X | |

Fonte: Dados da pesquisa e adaptação de Scalco *et al.* (2010)

Para a análise do item 5.2, criaram-se dois indicadores: um visando a verificar a legalidade e outro para analisar a adequação de vínculos. Com isso, percebeu-se que o item em discussão está registrado no TCGM, na coluna situação atual como “Realiza”. De fato, com base nas entrevistas, essa situação também se caracteriza na prática.

Quanto à vinculação de trabalho, ainda está em fase de adequação, sendo efetivada de três formas:

1 – concurso público. Sendo os contratos regidos pelo Regime Jurídico Único.

¹⁵ Os direitos trabalhistas e previdenciários são respeitados (E1, E2, E3, E4, E5 e E6).

¹⁶ Considerando a legislação, a vinculação está adequada (CONASS, CONASEMS e MS).

2 – processo seletivo simplificado. Sendo também os contratos regidos pelo Regime Jurídico Único, que permite a contratação por até dois anos, podendo prorrogar por mais dois anos. Esse regime de contratação foi uma exigência do Ministério Público, para o qual são exigidos provas e títulos.

3 – contratação temporária. Ocorre apenas por indicação e análise de currículo, sendo o contrato regido pela CLT.

Contudo, a forma de vinculação por contrato temporário é a que tem sido mais utilizada. Segundo informações dos entrevistados, há pessoas com mais de dez anos vinculadas à SMSV por tal modalidade, o que caracteriza para alguns autores a precarização do vínculo de trabalho pela ausência de concurso para a efetivação de tais trabalhadores.

Para o Conass e Conasems, trabalho precário no SUS é aquele cujos vínculos “não garantem os direitos trabalhistas e previdenciários consagrados em lei, seja por meio de vínculo direto ou indireto” (BRASIL2, 2006, p.13). E nesse sentido, o Ministério da Saúde já deixa claro que “os únicos vínculos trabalhistas que garantem proteção social são o *estatutário* e o *celetista*” (BRASIL2, 2006, p.14).

Assim, na visão dessas duas Instituições, a SMSV estaria em conformidade em relação às suas formas de vinculação e atendimento dos direitos trabalhistas e proteção social, não caracterizando, portanto, a vinculação precária.

Já para os Sindicatos dos trabalhadores do SUS, além de ter esse mesmo pensamento, do Conass e Conasems, eles ressaltam que a precarização do trabalho é também a “ausência de concurso público ou processo seletivo público para cargo permanente ou emprego público no SUS” (BRASIL2, 2006, p.13).

Na concepção de Jorge *et al.* (2007, p. 418), a precarização do trabalho em saúde é caracterizada “pela ausência dos direitos trabalhistas e de proteção social, pela inserção de trabalhadores com baixa qualificação profissional, além de condições de trabalho não satisfatórias”.

Segundo Scalco *et al.* (2010, p.1-2), “a precarização do vínculo e a falta de incentivos não estimulam a permanência dos trabalhadores nas funções, levando-os a buscar melhores oportunidades”. Contudo, isso “provoca dificuldades no atendimento ao usuário em razão de interrupções nos serviços”. Destarte, as autoras ressaltam que “as políticas de recursos humanos devem contemplar ações de formação e desenvolvimento dos profissionais e facilitar a gestão do trabalho”.

Assim, a vinculação por contrato, com prazo determinado, embora a SMSV garanta os direitos trabalhistas, seria considerada uma vinculação precária, visto que essa modalidade não estimula o envolvimento do trabalhador, uma vez que ele sabe que está ali provisoriamente e, a qualquer momento, pode ser demitido. Por outro lado, é um fator dificultador também para a gestão do trabalho, inclusive para implantar uma política de treinamento e capacitação de pessoal, como será evidenciado mais adiante.

Composição da força de trabalho

Atualmente, a força de trabalho da Secretaria Municipal de Saúde de Viçosa conta com 459 servidores, distribuída em 41 diferentes cargos, coordenada pela estrutura criada pela Lei Municipal nº 1160/96, que altera a organização administrativa da SMSV.

O organograma, de acordo com essa legislação para a qual já se está prevendo mudanças pela gestão 2010, visando à adequação para a realidade da Secretaria, pode ser visto na Figura 16.

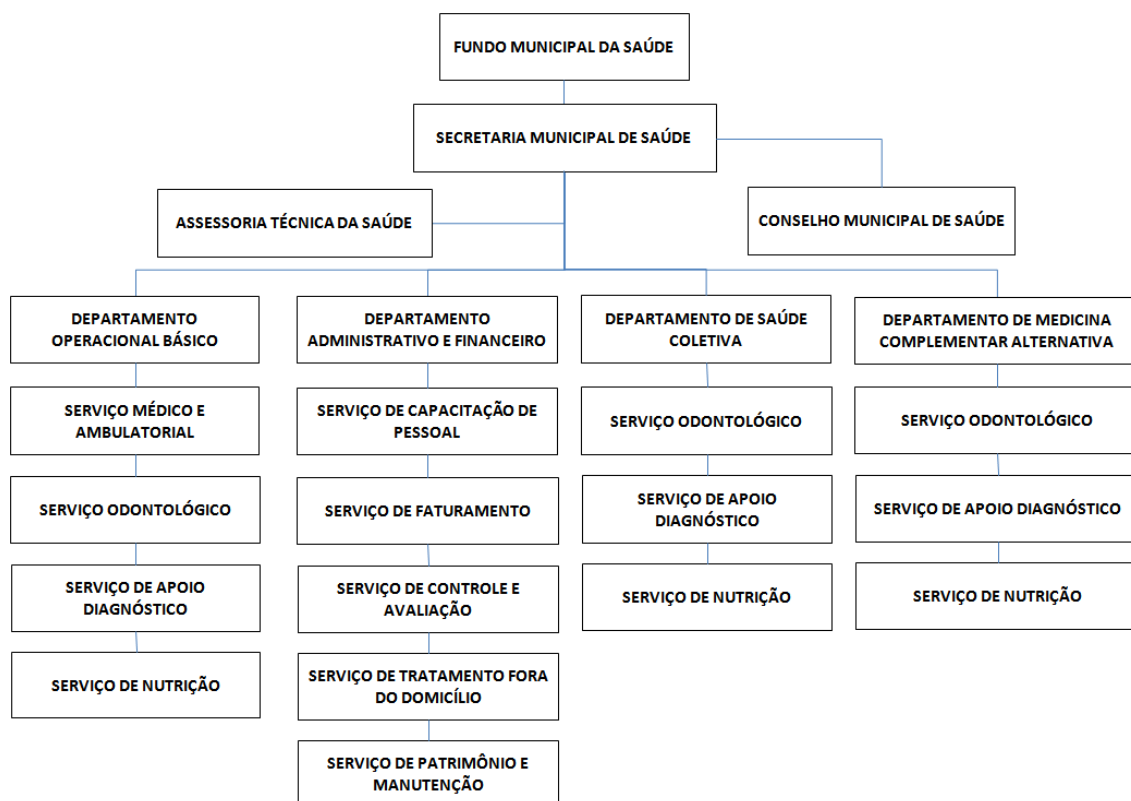


Figura 16 - Organograma da Secretaria Municipal de Saúde de Viçosa.

Fonte: Serviço de Pessoal da SMS Viçosa – MG.

A vinculação da força de trabalho tem a seguinte composição: 42% são pessoas vinculadas por contratos, 50% são trabalhadores efetivados por concurso público e 8% por funcionários que vieram do antigo INAMPS (5% estaduais e 3% federais). Assim, esse quantitativo é mais bem detalhado na Tabela 2, em que se visualiza o vínculo empregatício por cargo.

Tabela 6 - Servidores da Secretaria Municipal de Saúde, 2009.

| CARGO /FUNÇÃO | MUNICÍPIO | | | | ESTADOS | | UNIÃO | |
|--|-----------|------|-----------|------|---------|-----|-------|-----|
| | EFETIVOS | | CONTRATOS | | UN. | % | UN. | % |
| | UN. | % | UN. | % | | | | |
| Administrador | - | | - | | - | | 01 | 0,2 |
| Assistente Administrativo | 01 | 0,2 | - | | - | | - | |
| Auxiliar Administrativo | 05 | 1,1 | 01 | 0,2 | - | | - | |
| Agente Administrativo | 12 | 2,6 | - | | - | | 07 | 1,5 |
| Auxiliar de Obras e Serviços | 59 | 12,9 | 01 | 0,2 | | | | |
| Auxiliares de Enfermagem | 15 | 3,3 | - | | - | | 01 | 0,2 |
| Auxiliar de Laboratório | 01 | 0,2 | - | | - | | - | |
| Auxiliar de Gestão | - | | 03 | 0,7 | - | | - | |
| Assistente de Gestão | - | | 01 | 0,2 | - | | - | |
| Agente Comunitário de Saúde | 24 | 5,2 | 85 | 18,5 | - | | - | |
| Auxiliar Consultório Dentário | 31 | 6,8 | 08 | 1,7 | - | | - | |
| Assistente Social | 01 | 0,2 | 01 | 0,2 | - | | - | |
| Auxiliar Prótese Dentária | - | | 01 | 0,2 | - | | - | |
| Auxiliar de Apoio à Gestão e Atenção à Saúde | - | | - | | 07 | 1,5 | - | |
| Agente de Endemias | - | | 27 | 5,9 | - | | - | |
| Agente de Portaria | - | | - | | - | | 01 | 0,2 |
| Datilógrafo | - | | - | | - | | 02 | 0,4 |
| Economista Doméstico | 08 | 1,7 | - | | - | | - | |
| Enfermeiros | - | | 17 | 3,7 | - | | - | |
| Farmacêutico / Bioquímico | 01 | 0,2 | 03 | 0,7 | - | | 01 | 0,2 |
| Fisioterapeuta | 02 | 0,4 | - | | - | | - | |
| Fiscal Sanitário | 12 | 2,6 | - | | - | | - | |
| Médica Auditora | 01 | 0,2 | - | | - | | - | |
| Nutricionista | 09 | 2,0 | 03 | 0,7 | - | | - | |
| Odontólogo | 17 | 3,7 | 12 | 2,6 | 01 | 0,2 | - | |
| Operador de Computador | 01 | 0,2 | - | | - | | - | |
| Psicólogo | 05 | 1,1 | 01 | 0,2 | - | | - | |
| Técnico em Enfermagem | 10 | 2,2 | 15 | 3,3 | | 0,0 | | |
| Técnico em Radiologia | 01 | 0,2 | - | | - | | - | |
| Técnico em Higiene Dental | 01 | 0,2 | - | | - | | - | |
| Técnico de Atenção à Saúde | - | | - | | 06 | 1,3 | - | |
| Técnico em Patologia | 02 | 0,4 | - | | - | | - | |
| Cargos Comissionados | | 0,0 | 03 | 0,7 | - | | - | |
| Clínico geral | 06 | 1,3 | 11 | 2,4 | 02 | 0,4 | 01 | 0,2 |
| Cardiologista | 02 | 0,4 | - | | - | | - | |
| Psiquiatra | 01 | 0,2 | - | | - | | - | |
| Ortopedista | 01 | 0,2 | - | | - | | - | |
| Dermatologista | - | | - | | 01 | 0,2 | - | |
| Pediatra | - | | - | | 01 | 0,2 | - | |
| Ginecologista | - | | - | | 02 | 0,4 | 01 | 0,2 |
| Neurologista | - | | - | | 01 | 0,2 | - | |

| | | | | | | | | |
|--------------------|------------|------|------------|------|-----------|-----|-----------|-----|
| TOTAL | 229 | 49,9 | 194 | 42,3 | 21 | 4,6 | 15 | 3,3 |
| TOTAL GERAL | 459 | | | | | | | |

Fonte: Serviço de Capacitação de Pessoal/SMS.

Seguindo o modelo para avaliação da gestão de recursos humanos em saúde criado por Scalco *et al.* (2010), a qualificação do vínculo de trabalho da SMSV seria considerada inadequada, pois o quantitativo dos servidores efetivados em relação ao montante da força de trabalho está menor que 94%, ou seja, 59%. É válido ressaltar que desse percentual foram excluídos os agentes comunitários de saúde (ACS) para fins de adequação e comparação com o modelo dessas autoras, cuja exclusão elas justificam dizendo terem os agentes sido inseridos recentemente nos quadros e pelas indefinições quanto à melhor forma de vinculação destes trabalhadores.

Vinculação e Direitos

Especificamente quanto aos direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores de saúde, segundo declaração dos entrevistados, inclusive representante do Sindicato dos Servidores da Saúde, eles são respeitados. Contudo, quanto à adequação de vínculos, principalmente no PSF, os entrevistados manifestaram preocupação em relação aos requisitos para seleção – por exemplo – de agente da saúde. Estes têm algumas especificidades que nem todos os indivíduos egressos de um concurso podem oferecer, mas que pelo fato de terem sido selecionados, o SMS seria obrigada a ficar com eles.

Nessa linha de raciocínio, E2 argumenta que

o agente comunitário tem as especificidades. O agente comunitário é que preconiza o programa. Ele tem que ser da área, da comunidade para poder trabalhar com dados certos. E se fizer o concurso público então é aquela coisa... fica aberto. Aí eu vou sair de um bairro x para trabalhar num bairro y. Então é meio confuso. Eu não conheço nada da comunidade. Então são coisas a que ainda não se chegou num consenso.

Na minha concepção, a forma de contratação atual ainda é a melhor opção para o PSF, principalmente para o agente comunitário. O PSF tem a questão de perfil. Passa e ele não tem o perfil, não vai desenvolver a atividade. Pois não é todo mundo que gosta de trabalhar com a comunidade e sabe trabalhar com a comunidade e nem quer trabalhar com a comunidade. Muitas vezes quer o emprego, mas não quer desempenhar as atividades. Com isso, nunca os indicadores vão melhorar, porque os indicadores necessitam disso. Se você não trabalha com sua comunidade como tem que ser, não tem jeito – para o PSF. É diferente de uma UBS (Unidade Básica de Saúde) que o profissional vai lá, atende e vai embora. É diferente.

Então essa questão de perfil com o PSF é fundamental. Tem que arrumar uma ferramenta para discutir isso. Aí, se fizer um concurso público e se não tiver o perfil, você vai mandar embora? Como é que você manda embora? É difícil.

Por outro lado E2 reconhece que continuar na precarização também não é conveniente, pois não se pode contar com o comprometimento do indivíduo por um maior espaço de tempo. Isso fica muito claro quando ele faz a seguinte abordagem:

Os contratos são muito precários. Não ter essa estabilidade do funcionário é bem complicado. Se você treina, daí a dois anos você tem que começar tudo de novo. Então são várias nuances que você tem que avaliar qual é a melhor; que na minha concepção, a atual seria a melhor. Porque se não deu certo tem como você trocar a pessoa.

E5, um dos representantes do Conselho Municipal de Saúde, também tem opinião congênere, quando relata:

...para o PSF, acho que a contratação deveria ser sem tempo determinado e regida por contrato e pela CLT. Se trabalhou bem, tá ficando. Se trabalhou mal, tá indo embora. A pessoa trabalha melhor. Se amanhã já não quer trabalhar, arruma um peixim, trabalha outro. Setenta e dois por cento deles precisam. Se amanhã ele passar por um plano de cargo e não puder ser demitido, ele vai trabalhar 40%. Sabe que ele não pode ser demitido mais... Por isso é que eu sempre fui contra a estabilidade de emprego. Por causa da estabilidade de emprego, ele não trabalha direito. Não estou dizendo que é 100%. É uma porcentagem de 30% mais ou menos.

E1, também, tendo como referência o Programa de Saúde da Família (PSF), considera que os atuais vínculos de contratação são adequados. No entanto, considera inapropriada a forma de seleção de pessoal, sendo apenas por análise de currículo e por indicação. Defende a ideia de que deveria haver entrevista com o candidato para verificar se realmente o seu perfil está apto a trabalhar no PSF. Ressalta também que além da entrevista deveria haver algo mais também visando a checar o perfil. Contudo, não soube definir esse algo a mais.

Diante dessas abordagens, percebe-se que existe certa indefinição quanto à melhor forma de vinculação dos agentes de saúde. Coincidentemente, Scalco *et al.* (2010) também ressaltam que há de fato uma indefinição quanto à melhor forma de vinculação dos agentes comunitário de saúde.

No entanto, a NOB/RH-SUS (2005, p.46) ressalta que

o concurso público é a única forma de ingresso nos Serviços e na carreira da saúde no serviço público (Administração Direta e Indireta, incluindo as Agências Executivas, as Organizações Sociais, onde houver, e os Consórcios Intermunicipais de Saúde).

Diante disso, subentende-se que qualquer outra forma de vinculação estaria em não conformidade e, portanto, em situação precária, pois o trabalhador não teria uma inserção fixa no sistema e não teria garantias trabalhistas, ficando, portanto, sujeito à precarização (SCALCO *et al.*, 2010).

É válido ressaltar que, embora a SMSV respeite os direitos trabalhistas e sociais dos trabalhadores, diferentemente dos resultados encontrados em estudo feito por Junqueira *et al.* (2010, p.925), em que os direitos trabalhistas e sociais eram ignorados pelas Secretarias estudadas, o “descompromisso com a instituição e com a qualidade da assistência prestada” por parte dos trabalhadores também está presente na realidade de Viçosa, como pode ser identificado na segunda fala de E1, transcrita na abordagem do próximo item 5.3.

Assim, infere-se que não basta apenas honrar os direitos trabalhistas e sociais, mas também dar estabilidade e boas condições para desenvolver um bom trabalho, conforme preconizado na NOB/RH-SUS.

Item 5.3

Tabela 7 - Avaliação do item 5.3

| Item | Indicadores | Medidas | Parâmetro | |
|--|--|---|-----------|-----|
| | | | Sim | Não |
| Estabelecer, sempre que possível, espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores; | Espaços de negociação permanente ¹⁷ | Existência de Mesas Permanentes de Negociação, vinculadas ao Conselho de Saúde, com composição paritária (gestores com trabalhadores) | | X |

Fonte: Dados da pesquisa e adaptação de Scalco *et al.* (2010)

Para a análise do item 5.3, criou-se o indicador “Espaços de negociação permanente”, que visa a verificar a existência de Mesas Permanentes de Negociação, vinculadas ao Conselho de Saúde, com composição paritária.

¹⁷ Pelas Diretrizes Nacionais, é necessário que haja Mesa Permanente de Negociação, vinculada ao Conselho de Saúde.

No TCGM, o item 5.3 também está assinalado, na coluna situação atual, como “Realiza”. Com base nas entrevistas, 100% dos 6 (seis) respondentes disseram sim, que é de fato realizado.

Para investigar como esse item é atendido, foi feita a seguinte pergunta: “Há espaço para negociação entre trabalhadores e gestores? Se sim, como e onde ocorre? Qual a frequência?”.

Todos responderam sim. Quanto ao como e à frequência, vejam algumas transcrições que resumem os pensamentos acerca da questão:

A pessoa vai e conversa com o chefe. Se não der certo vai e conversa com o secretário. Infelizmente funciona assim. Nós temos um sindicato também que infelizmente não tá funcionando, que deveria ajudar a gente também nessa questão com o trabalhador. Mas é um sindicato que só... como se diz o nome? Já foi o tempo em que foi bom, que tinha até greve. Tinha as coisas. Mas tinha as coisas boas que corriam atrás. Agora não tem mais nada (E1).

E1 considerou o Sindicato inerte por não reivindicar e nem buscar melhorias para os trabalhadores, tal como a implementação do PCCS.

Em relação à frequência com a qual é liberado o espaço para a negociação, E2 ressalta que:

A frequência é de acordo com a demanda daqui, do indivíduo ou do grupo de indivíduo. De repente, uma unidade tá bem complicada na questão não só de atendimento, mas outras. Então ele é resolvido ali, local. Não é uma coisa mais ampla que de repente o problema de uma seria o problema de outro. Uma discussão que poderia ser mais ampla, isso não vem acontecendo. A gente não tinha frequência de reunião, que é muito importante acontecer. Você tem que ter uma vez por ano, duas vezes por ano, não interessa. Ou três ou quatro, seja qualquer frequência. Aí quem vai fazer é o gestor. De assentar com o grupo porque tem que saber quais são os problemas e a partir daí minimizar ou eliminar. Mas isso não vinha acontecendo não. Aliás, nas gestões anteriores a gente não viu nada e nessa eu te falo: só no ano que vem. Por enquanto, é só onde que eu tô? Pra onde que eu vou?

E2 ainda ressalta que “...a gestora é totalmente aberta neste aspecto. O que a gente não via nas gestões anteriores, nessa ela é totalmente aberta e ela é sempre a favor dos trabalhadores. O que ela puder fazer pra melhorar, com certeza sim.”

Diante dessas abordagens, apesar de as respostas ao questionamento serem positivas (sim), percebe-se não haver o espaço descrito na norma.

Sobre a negociação entre gestores e prestadores de serviço com os trabalhadores do SUS, a NOB RH/SUS determina que sejam instaladas

...Mesas Permanentes de Negociação, vinculadas aos respectivos Conselhos de Saúde, com composição paritária (gestores ou prestadores de serviços de saúde com os trabalhadores), em todas as esferas de Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), estimulando-se o mesmo nas instituições prestadoras de

serviços de Saúde ao SUS e nas entidades sindicais, representantes dos trabalhadores do SUS (NOB RH/SUS, 2005, p. 49).

A NOB também determina que seja encaminhada à “Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e à Comissão Intergestores Tripartite (CIT) documento formal de constituição das Mesas Permanentes de Negociações, assinado por todos os seus membros” (NOB RH/SUS, 2005, p. 49).

O espaço, na visão dos entrevistados, parece ser aquele que somente é utilizado quando os funcionários têm reivindicações, como aumento de salário ou outro benefício. Não é visto como uma oportunidade para que também os gestores informem, pactuem, divulguem ou comemorem resultados.

Considerando a forma de liberar espaço e o acesso dos trabalhadores, pelos gestores, ser por indivíduo, o fato de apenas 59% dos trabalhadores serem efetivos e o fato de haver tratamento diferenciado para os trabalhadores, conforme foi expresso por E2 e confirmado pelo PCCS destinado a apenas uma gama de trabalhadores, tudo isso permite inferir que são ações que contribuem para desmobilização da força de trabalho.

Tais situações podem estar dificultando essa força de correr atrás de melhorias e, sem a orientação e o devido incentivo dos gestores, até mesmo de ser impedida de atuar eficientemente, fazendo-a se sentir incapaz, sem saber o que fazer, como é o caso de E1, quando solicitada a opinar sobre o que poderia promover um maior envolvimento e comprometimento dos servidores do SUS:

Eu sinto que o pessoal não tá motivado. Eles não são comprometidos com o trabalho não. Vêm, faz a função e pronto. Ou às vezes nem fazem a função e vão embora. Então, assim... não sei. Eu também estou querendo descobrir o que mais fazer pra melhorar aqui. Eu não sei o que tá precisando (E1).

Em outras passagens de sua entrevista, E1 disse que já correu muito atrás, tentando buscar melhorias para a área da gestão do trabalho (tal como realização de treinamentos e palestras). Contudo, em função da falta de incentivo e também da falta de condições de trabalho, vê-se incapaz e desmotivado para realizar um bom trabalho, por mais que queira.

Item 5.4

Tabela 8 - Avaliação do item 5.4

| Item | Indicadores | Medidas | Parâmetro | |
|--|--|---|-----------|-----|
| | | | Sim | Não |
| Desenvolver estudos e propor estratégias e financiamento tripartite com vistas à adoção de políticas referentes aos recursos humanos descentralizados; | Desenvolvimento de estratégia para atender ao item 5.4 | Existência de estratégia para atender ao item 5.4 | | X |

Fonte: Dados da pesquisa e adaptação de Scalco *et al.* (2010).

Para a análise do presente item, criou-se o indicador “Desenvolvimento de estratégia para atender ao item 5.4”, que visa a verificar a existência de estratégia para atender à finalidade do item.

Verificou-se que o *status* item 5.4 é “Não realiza”. E nas entrevistas, percebeu-se não haver interesse em realizar o presente item e nem se encontrou documento com estratégia informando como irá atender. Embora esteja pactuado para ser realizado até 12/2012, segundo entrevistados como E2, nada será feito. O entrevistado ainda ressalta que a estratégia é “vamos deixar como tá pra ver onde que vai”. Ou seja, como os funcionários “herdados” do antigo Inamps estão se aposentando, com o tempo, os gestores não precisarão fazer nada e prevalecerão apenas as políticas destinadas aos trabalhadores municipais, cujos custos são mais baixos. Ainda segundo informação do mesmo entrevistado, essa situação é comum a todos os municípios. Era muito discutido nas Conferências e hoje não se fala mais.

Eis a abordagem da E2:

São três vínculos que nós temos aqui: funcionário federal, estadual e municipal. São três superfícies distintas de políticas distintas pra cada um. Que é um problema geral de qualquer município. Os funcionários que são municipalizados. Eles são de diferente gestão, de diferente vínculo empregatício. O salário é cada um com o seu. Hora trabalhada é cada um com a sua e é nesse contexto que te falei é extremamente confuso. São salários distintos e muitas vezes o federal com o municipal ele é muito distinto.

No início da municipalização, tinha muita discussão pra ver se a gente conseguia elaborar um teto pelo menos do município com o Estado. O Município paga menos, o Estado é uma sequência e o Federal é o maior. Aí pra ter uma isonomia pelo menos com os dois menores pra tentar depois chegar no superior. Mas qual é a política também: vamos deixar como tá pra ver onde que vai. Por quê? Porque esse funcionário estadual e federal é fim de carreira. Os Estados e o Governo Federal não fizeram mais concurso mais pra isso.

Então são as pessoas que já estão em final de carreira quase aposentando. Na hora em que elas aposentarem então ficam só os funcionários da prefeitura.

Então, só tá entrando hoje com o trabalho da prefeitura. Por quê? O federal não tem mais, que é esse pessoal de apoio, não tem mais. São as heranças com que a gente ficou. E nos Estados, os concursos que estão aparecendo são só para gestão. Então é só para gerência regional de saúde e escritórios de saúde. Mas também esse vai esgotar. Tá quase todo mundo se aposentando. Em toda conferência de saúde isso foi discutido, mas hoje nem se fala mais nisso. Porque esses dois (funcionários estaduais e federais) são final de carreira. Está todo mundo em processo de aposentadoria mesmo.

Levando em consideração o panorama macro da situação da Saúde pública no Brasil, com recursos escassos e a falta de habilidade da gestão do trabalho na área pública, é provável que realmente E2 tenha razão em suas colocações. Contudo, é uma situação lastimável e um fator dificultador para a realização de qualquer gestão ter uma política em que são negligenciados os seres humanos. Ou seja, é como se dissesse: vou esperar que você morra para que seus problemas se resolvam.

Item 5.5

Tabela 9 - Avaliação do item 5.5

| Itens | Indicadores | Medidas | Parâmetro | |
|---|--|--|-----------|-----|
| | | | Sim | Não |
| Considerar as diretrizes nacionais para planos de carreiras, cargos e salários para o SUS - PCCS/SUS, quando da elaboração, implementação e/ou reformulação de planos de carreiras, cargos e salários no âmbito da gestão local | Adequação às diretrizes nacionais para PCCS ¹⁸ | Aplicação das diretrizes nacionais ao PCCS | | X |
| | Observação ao princípio da universalidade ¹⁹ | O PCCS abarca todos os trabalhadores do SUS | | X |
| | Observação ao princípio da gestão partilhada das carreiras ²⁰ | Por representação, os trabalhadores participam da formulação e gestão dos seus respectivos planos de carreiras | X | |
| | Observação ao princípio da educação permanente | Existência de programa de educação permanente | | X |
| | Observação ao princípio da avaliação de desempenho ²¹ | Existência de programa de avaliação de desempenho em funcionamento | | X |

¹⁸ Por estarem copiando a proposta de PCCS de uma IFES, a SMS acreditou estar seguindo as Diretrizes Nacionais. Contudo, houve indícios de desconhecimento de tal documento.

¹⁹ O PCCS contempla apenas os funcionários efetivos, contrariando as Diretrizes Nacionais.

²⁰ O CMS convidou o Sindicato representante dos trabalhadores. No entanto, o representante não compareceu às reuniões.

²¹ Existe o programa de avaliação de desempenho. No entanto, não foi implementado.

Fonte: Dados da pesquisa e adaptação de Scalco *et al.* (2010).

Para a análise do item 5.5, criaram-se cinco indicadores, que estão relacionados à adequação do PCCS às diretrizes nacionais, à observação ao princípio da universalidade, da gestão partilhada das carreiras, da educação permanente e da avaliação de desempenho.

Percebeu-se que, para a efetivação do PCCS (Plano de Carreira, Cargos e Salários), a SMSV se baseou no modelo de uma Instituição de Ensino Superior, pois, conforme ressalta E2, “a roda já está inventada, a gente só adapta à realidade”. Com isso, E2 e os demais envolvidos na elaboração do plano julgaram estar atendendo às diretrizes nacionais.

Para regular e padronizar a criação de Planos de Carreira, Cargos e Salários no Sistema Único de Saúde, a Mesa Nacional de Negociação do SUS aprovou o protocolo 006/2006, ou seja, as “Diretrizes Nacionais para a instituição de Planos de Carreira, Cargos e Salários no âmbito do Sistema Único de Saúde - PCCS – SUS”.

No Art. 3º, das Diretrizes Nacionais para PCCS, ressalta-se que a instituição ou reforma de planos de carreiras no âmbito do Sistema Único de Saúde deverá observar diversos princípios. Dentre eles o (BRASIL1, 2006, p. 2 – 3):

1 – “da universalidade dos planos de carreiras, entendendo-se por este que os planos deverão abarcar todos os trabalhadores dos diferentes órgãos e instituições integrantes do Sistema Único de Saúde”

Como já foi visto anteriormente, esse princípio não foi observado pela SMSV quando da elaboração e revisão do seu Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), tendo em vista que abarcou apenas os funcionários efetivos.

2 – “do concurso público de provas ou de provas e títulos, significando este a única forma de ingresso no serviço para o exercício de cargo ou emprego e acesso à carreira”.

Segundo E1, atualmente, são três as formas de ingresso na SMSV: concurso público, processo seletivo simplificado e contratação temporária (indicação e análise de currículo). Contudo, conforme declaração de E2, a gestão do sistema tem a intenção de

nomear os concursados e fazer novo concurso para substituir todo o pessoal contratado, já no ano de 2011.

3 – “da gestão partilhada das carreiras, entendida como garantia da participação dos trabalhadores, através de mecanismos legitimamente constituídos, na formulação e gestão do seu respectivo plano de carreiras”.

A gestão propriamente dita ainda não se realiza, pois o instrumento que poderia permitir isso ainda não foi posto em prática, que é o Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS). Este instrumento, apesar de já ter sido confeccionado e pela a análise feita, terá que ser revisto no intuito de se adequar às diretrizes nacionais.

4 – “da educação permanente, importando este o atendimento da necessidade permanente de oferta de educação aos trabalhadores do SUS”.

Esse princípio vem sendo negligenciado, visto que os recursos para capacitação de pessoal são regradados ou quase inexistentes. Além disso, não há estrutura adequada para esse fim, tal como profissionais que possam realmente auxiliar na educação dos trabalhadores.

5 – “da avaliação de desempenho, entendido como um processo pedagógico focado no desenvolvimento profissional e institucional”.

Pela análise da Lei municipal 1.593/2004, de 30/06/2004, que institui o Plano de Carreira Cargos e Salários dos Servidores da Secretaria Municipal de Saúde do município, especificamente da sua seção V e resolução do Conselho Municipal de Saúde, nº 01/2010, que aprova os critérios de avaliação de desempenho dos servidores municipais da SMS, percebe-se que o programa de Avaliação de Desempenho tem caráter apenas financista, ou seja, visa apenas à progressão por mérito profissional. O que poderá não corresponder às expectativas de desenvolver o indivíduo na condição de ser humano, conforme é desejado por alguns dos entrevistados, tal como E4.

Durante as entrevistas, percebeu-se existir expectativa por parte de alguns dos entrevistados de que a Avaliação de Desempenho irá solucionar problemas com comprometimento, envolvimento e motivação. No entanto, ela não irá contribuir para isso se não houver mudanças na metodologia, de maneira mais abrangente, tal como

fazer a gestão das competências avaliadas, acompanhamento de desempenho e o uso constante de *feedback*, visando a promover o desenvolvimento do indivíduo na condição de ser humano (FRANÇA, 2007; DUTRA, 2002; MASCARENHAS, 2008; ZEFERINO, 2007).

Em nenhum momento a resolução faz referência à forma e nem à maneira como será dado o retorno ou *feedback* ao servidor avaliado sobre a sua avaliação. Também não aborda nada sobre o acompanhamento de desempenho.

Na Instituição de onde o modelo de avaliação foi adaptado, o *feedback* é dado friamente por um sistema de informação, sem justificar os motivos, fatos ou circunstâncias que fizeram o avaliador ou avaliadores darem determinada nota. Isso deixa o avaliado prejudicado no sentido de não conseguir identificar as razões que levaram o avaliador a pontuar tanto positiva quanto negativamente.

Conhecendo os motivos, situações ou fatos do seu desempenho, o servidor poderá adequar o seu comportamento ou desempenho para alcançar determinado objetivo. A organização, conhecendo as razões pelas quais levou ou leva determinado avaliado a agir ou se comportar de certa maneira, pode gerenciar melhor a sua força de trabalho. Contudo, para isso, é preciso que haja diálogo constante entre a organização e o avaliado.

Assim, com o programa de avaliação proposto, esse momento de *feedback* entre organização e avaliado somente ocorrerá quando o avaliado “interpuser recurso” e isso poderá ocorrer na situação em que o diálogo não for produtivo, pois da forma como é posta na resolução 01/2010, do Conselho Municipal de Saúde de Viçosa, é como se estivesse numa contenda judicial.

Visando a buscar alternativas de melhoria para a gestão do trabalho na Secretaria, foi feita a seguinte pergunta ao entrevistado: “Em sua opinião, o que poderia promover um maior envolvimento e comprometimento dos servidores do SUS?”

Foi comum, nas respostas dadas, o saber ouvir e o se colocar no lugar do outro. Por exemplo, E2 falou o seguinte:

Isso eu vejo muito em cima da gestão mesmo. Entre o gestor e funcionários. É um estar perto. A partir do momento em que você está perto, em que você conversa, você coloca o que você quer, você ouve o que se espera da gestão. Tendo esta troca, automaticamente isso ainda vai crescer.

E4, em uma de suas sugestões, fala que as pessoas precisam gostar do que fazem e “...às vezes ela tá ali também naquele setor e ela gostaria de tá fazendo uma

outra coisa... e procurar saber se ela realmente gosta do que ela tá fazendo, o que ela gostaria. Talvez ela poderia estar num outro lugar.”

Falas como essas é que permitiram fazer as inferências acerca da eficácia do programa de avaliação. Ou seja, fazendo um verdadeiro trabalho de gestão de pessoas, escutando, orientando e auxiliando os indivíduos na realização dos seus objetivos profissionais e organizacionais possibilitará a execução de atividades como as descritas por E2. Atividades essas que não serão contempladas pelo referido programa de avaliação, como já debatido anteriormente.

Item 5.6

Tabela 10 - Avaliação do item 5.6

| Item | Indicadores | Medidas | Parâmetro | |
|--|--|---|-----------|-----|
| | | | Sim | Não |
| Implementar e pactuar diretrizes para políticas de educação e gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores de saúde, no âmbito municipal, notadamente em regiões onde a restrição de oferta afeta diretamente a implantação de ações estratégicas para a atenção básica. | Desenvolvimento de estratégia para atender ao item 5.6 | Existência de estratégia para atender ao item 5.6 | | X |

Fonte: Dados da pesquisa e adaptação de Scalco *et al.* (2010).

Para a análise do presente item, criou-se o indicador “Desenvolvimento de estratégia para atender ao item 5.6”. No TCGM, esse item está com o *status* de “Não realiza”, tendo data prevista para seu atendimento o período de 12/2012. Contudo, até o presente momento, os entrevistados desconhecem qual estratégia será utilizada para atendê-lo.

No Planejamento Municipal de Saúde de 2010, existe a diretriz transcrita a seguir, relativa à educação na saúde. Contudo, não foram identificadas ações planejadas para sua implementação.

A atribuição dos profissionais de saúde como agentes de melhoria no contexto de atenção à família passa a ser de facilitadores no processo da educação em saúde. Para atingir essa realidade, é primordial repensar as maneiras como se estruturam os processos de formação desses profissionais e a forma como se organizam (PLANEJAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE DE VIÇOSA, 2010, p. 100).

Quanto à gestão do trabalho que favoreça o provimento e a fixação de trabalhadores, percebeu-se a necessidade de orientação de especialista na área. Tal percepção se deu principalmente em função de, no momento de elaboração do PCCS, terem negligenciado itens da diretriz nacional para elaboração e implementação de PCCS, conforme já foi descrito anteriormente.

Análise da matriz

Os itens pactuados para a gestão do trabalho são seis. Desse total, dois deles têm o *status* “Não realiza”. Assim, os demais têm o *status* “Realiza”. Nesse sentido, assumiu-se que todos os indicadores criados na matriz de avaliação deverão ter o parâmetro “Sim”.

Para uma análise mais objetiva, eliminaram-se os itens 5.4 e 5.6, por terem *status* “Não realiza”. Assim, com o restante dos itens e considerando a matriz de avaliação, a coluna parâmetro “Sim” tem que totalizar 13 pontos ou 13 “Sim”, visto que no TCGM foi registrado o *status* com “Realiza”.

A análise da realidade e a aplicação da matriz aos dados tiveram como resultado 4 “Sim”(31%) e 9 “Não” (69%), o que permite inferir que a Secretaria Municipal de Saúde não realiza 69% das atividades relativas à gestão do trabalho, que deveria realizar, segundo o TCGM.

Percebeu-se que diversos são os possíveis fatores que impediram a realização das atividades, tais como:

- o desconhecimento do TCGM pelos gestores e falta de tempo para conhecê-lo, conforme foi dito por E3: “... eu ainda não peguei isso aí pra ver...”. Nessa fala, o entrevistado se referia ao TCGM e reclamou da falta de tempo para a gestão, pois estava colocando a casa em ordem, estava “apagando incêndio”. Tal atitude pode até ser compreensível, pois a instituição passou por um período crítico, em que passaram vários Secretários de Saúde, e entre eles alguns que não tinham capacitação para assumir a função. Nesse meio tempo, até o prefeito teve o seu mandato cassado.
- falta de vontade política no sentido de estruturar a área de gestão do trabalho;

- melhor fiscalização e cobrança do Conselho Municipal de Saúde, no sentido de que ocorra de fato a GT. Contudo, é válido ressaltar que já existe uma movimentação para criação de subcomissões dentro do Conselho, visando à fiscalização mais efetiva; e
- falta de efetividade nas avaliações da Comissão Intergestores Bipartite ao realizar os pactos.

5 – Conclusões e considerações Finais

Fazer a gestão do trabalho é uma tarefa difícil até mesmo para as organizações privadas. Especificamente na área pública, também existem suas barreiras. Inclusive, em estudo feito pelo Governo do Mato Grosso, foi identificado que o menor índice de realização nos pactos feitos pelos municípios daquele Estado é o de gestão do trabalho. Num universo de 114 municípios, apenas 54% deles promoveram ações de gestão do trabalho (MATO GROSSO, 2010), sendo que o ideal seria 100%.

Isso demonstra de fato a dificuldade de gestão ou a falta de interesse dos governantes em preparar bem e dar boas condições de trabalho às pessoas que irão concretizar o sonho de um Sistema Único de Saúde que se pauta pelos princípios da universalidade, da equidade e da integralidade.

Nesse sentido, apesar dos ajustes a serem realizados na gestão do trabalho da Secretaria Municipal de Viçosa, estão no caminho certo (conforme o Planejamento Municipal de Saúde) com as suas intenções. Contudo, tais intenções e vontades políticas devem ser transformadas em ações concretas. Ou seja, colocar em prática o que está planejado e fazer avaliações constantes – de preferência junto à força de trabalho – para corrigir possíveis falhas, visando a transformar as visões, os ideais ou sonhos em realidade.

Quanto ao questionamento do presente estudo, o atual processo de gestão do trabalho – 2010 – do SUS, Viçosa contribui para atender aos itens pactuados? Concluiu-se que não contribui, necessitando, portanto, de mudanças urgentes, principalmente em relação à motivação; gerir de fato as competências organizacionais e individuais; de comunicação de ideais e visões da Secretaria em relação à sua razão de existir; de acompanhamento de desempenho, visando realmente a desenvolver o potencial humano e não somente avaliar para conseguir um dado quantitativo, sem levar em conta o qualitativo; enfim, reestruturar o Serviço de Pessoal para que ele possa realmente auxiliar na Gestão do Trabalho.

Essa reestruturação pode ser iniciada com a capacitação de pessoal da SMSV ou contratar um ou mais profissionais da área de Gestão do Trabalho em função de sua competência, já com experiência, e profissionalizar o setor, dando-lhe condições de trabalho, de forma que possa atuar estrategicamente.

Quanto ao uso de prática de gestão do trabalho pelos gestores, faz-se mister que haja uma capacitação urgente, principalmente para implementação do programa de avaliação de desempenho que será posto em prática em 2011 e que essa capacitação inclua tecnologias que permitam entender e lidar com gente, tal como formas de dar e receber *feedback*, práticas de empatia etc.

É importante que os gestores, especificamente os da área de RH, aprendam a ter foco em resultado, visão sistêmica, conheçam bem os processos da organização, bem como saibam os objetivos e metas da organização e das pessoas que nela atuam. Essa linha de raciocínio vai ao encontro de alguns programas do Governo de Minas, que estimulam o pensamento estratégico, quando distribuem prêmios às equipes de PSF que atingem as metas estabelecidas no ano.

Com exceção dos conhecimentos necessários aos registros de RH, tal como férias, folha de pagamento, frequências, rotinas de admissão e demissão, não se observou nos gestores aptidão para utilizar práticas de gestão do trabalho.

Há desconhecimento de um dos principais instrumentos da política de saúde, o Termo de Compromisso de Gestão do Trabalho (TCGM), por parte de alguns gestores, o que pode justificar incoerências em *status* definidos no TCGM. Detectaram-se inclusive desconhecimento das diretrizes nacionais para elaboração de PCCS e conteúdo da NOB/RH-SUS. Percebeu-se terem vagas noções de algumas práticas de GT, mas que não são utilizadas efetivamente, talvez, por falta de recurso.

Para mudar tal cenário, recomenda-se aos gestores e a todos os membros do Conselho Municipal de Saúde a leitura reflexiva do TCGM, visando a entender o significado de cada um dos itens. Da mesma forma, especificamente na GT, recomenda-se também maior familiaridade com as diretrizes nacionais para elaboração de PCCS e com a NOB/RH-SUS.

Observou-se que fazem uso esporádico de treinamento, mas não se percebeu seu gerenciamento, tal como verificar se correspondeu às expectativas, se o pessoal absorveu o conteúdo etc. Outra prática referenciada foi a seleção de pessoal, contudo, os entrevistados não mostraram ter domínio e conhecimento aprofundados.

Além de tais achados sobre a gestão do trabalho, os entrevistados declararam não terem recebido treinamento para assumir os respectivos cargos na gestão do SUS. Todavia, estão abertos a participar de treinamento e alguns até já custearam por conta própria.

Quanto aos fatores dificultadores na gestão do trabalho, ficou evidente a falta de recurso, principalmente o financeiro e pessoal capacitado para executar a gestão de pessoas, bem como a desmotivação, falta de comprometimento, falta de pessoal, falta de política de gestão do trabalho.

Em meio a esse cenário carente de melhorias, puderam ser identificadas algumas posturas **isoladas** de alguns líderes e liderados, o que poderia ser considerado pontos facilitadores da gestão. São eles: organização no trabalho, comprometimento, capacidade de correr atrás, vontade de resolver os problemas do usuário, rapidez ao dar resposta e coesão na equipe.

Assim, visando a reverter os aspectos comportamentais da SMSV, que precisam ser melhorados, recomenda-se valorizar, estimular e destacar as pessoas e equipes cujos comportamentos são vistos como positivos, com o intuito de mostrar aos demais o que é aceito e esperado deles.

Em se referindo aos objetivos padrão instituídos pelo TCGM e relatório de indicadores, poderiam ser acrescentados e monitorados pela CIB, de forma a acompanhar as especificidades do município. Portanto, isso vai ao encontro da finalidade do SUS com a institucionalização dos pactos.

Quanto à aplicação do TCGM, na prática, em relação à diretriz Gestão do Trabalho, conforme já foi ressaltado, observou-se desconhecimento por parte de alguns gestores e membros do Conselho. Assim, no que diz respeito à GT, o presente estudo pode auxiliar na sua estruturação, pois a ferramenta utilizada para auxiliar na avaliação está baseada no arcabouço teórico destinado à Saúde no Brasil.

Com esse trabalho, percebeu-se que assuntos considerados na literatura não tão importantes e julgados de conhecimento e da habilidade de todos ainda são recorrentes, sendo, portanto, as atividades básicas para a constituição de qualquer organização, que é o caso da definição e divulgação das diretrizes estratégicas. Parece ser uma tarefa tão simples e que acaba sendo negligenciada, dificultando assim o ato de gerir.

Como consequência dessa falta, pode-se perceber a ausência de orientação de alguns dos gestores entrevistados em relação principalmente a conhecer o objetivo da SMSV. E como fato interessante, que merece estudo, percebeu-se que as pessoas mais motivadas eram aquelas que se identificaram com as diretrizes e ideais do SUS.

Nesse sentido, vê-se como um campo a ser investigado a relação entre definição das diretrizes organizacionais e sua divulgação versus orientação e

motivação da força de trabalho. Ou seja, verificar o impacto do agir estrategicamente dos gestores sobre a motivação e desempenho dos trabalhadores.

Assim, este estudo vem contribuir para o programa de mestrado da Universidade Federal de Viçosa e também para a academia no sentido em que avança na adaptação/criação de metodologia/ferramenta para avaliação de gestão do trabalho no Sistema Único de Saúde, com base especificamente no Termo de Compromisso de Gestão Municipal e referencial legal e teórico, facilitando o trabalho de gestores da área.

Não se poderá generalizar o resultado final para todo o sistema municipal de saúde do município em função de o estudo ter se restringido a apenas uma das diretrizes do pacto de gestão do SUS – a diretriz “Gestão do Trabalho”. Também o resultado não poderá ser generalizado a outros municípios em função de o estudo não ter sido multi-caso.

Finalizando, percebeu-se que a equipe da Secretaria Municipal de Saúde de Viçosa sabe o que deve ser feito para uma melhoria considerável na gestão do trabalho. Contudo, faz-se mister vontade política para fazer o que já está planejado e observar as sugestões feitas neste trabalho.

6 – Referências

- BACKES, D. S., KOERICH, M. S., & ERDMANN, A. L. (janeiro-fevereiro de 2007). Humanizando o cuidado pela valorização do ser humano: re-significação de valores e princípios pelos profissionais da saúde. São Paulo, SP, Brasil.
- BAMBERGER, Michael; RUGH, Jim; MABRY, Linda. **Real World Evaluation**. Working Under Budget, Time, Data and Political Constraints. SAGE, 2006.
- BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa / Portugal: Edições 70. 2009. 281 p.
- BECKER, João Luiz. *et al.* Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, **Um modelo de integração de informações para o apoio a decisão na gestão da assistência à saúde**. 1998. 20p. (Série documentos para estudo, PPGA/UFRGS, n.º 07/98).
- BERTOLLI FILHO, Cláudio. **História em Movimento: História da Saúde Pública no Brasil**. 4. ed. São Paulo: Ática. 2008. 71 p.
- BRASIL e Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS 20 anos**. Brasília: CONASS, 2009. 282 p. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/arquivos/file/sus20anosfinal.pdf>>. Acesso em: 06 de fevereiro de 2010.
- Brasil, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. (2005). *Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)*. Brasília: Ministério da Saúde.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Políticas de saúde: metodologia de formulação**. Brasília, 1998. 15p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/capa_politicas.pdf>. Acesso em: 06 de dezembro de 2009.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A Construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo**. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde. 2006. 297 p.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **CONASS 25 Anos**. Brasília: CONASS, 2007. 156 p. Disponível em: <http://www.conass.org.br/arquivos/file/conass25anos.pdf>. Acesso em: 17 de agosto de 2010.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília: CONASS, 2007. 291 p. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 1). Disponível em: http://www.conass.org.br/?id_area=46. Acesso em: 08 de março de 2010.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da Saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, [on-line], Brasília, 1990. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=134238>>. Acesso em: 03 ago. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Municipal de Metas para Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde - Prioridades e Objetivos**. Estados: MG. Município: VICOSA. Disponível em: <<http://portalweb04.saude.gov.br/sispacto/>> . Acesso em: 04/09/2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar**. Série A. Normas e Manuais Técnicos, 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 108 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/construcao_do_SUS.pdf>. Acesso em: 06 de dezembro de 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS: doutrinas e princípios**. Brasília: Ministério da Saúde, 1990. Disponível em: <<http://www.geosc.ufsc.br/babcsus.pdf>>. Acesso em: 26 de agosto de 2010.

BRASIL², Educação, S. d., Saúde, M. d., & Trabalho, D. d. (2006). Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS : DesprecarizaSUS : perguntas & respostas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.

CAMPOS, Claudinei José Gomes. **Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde**. Rev. bras. enferm., Brasília, v. 57, n. 5, set/out. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n5/a19v57n5.pdf>>. Acesso em: 26 de agosto de 2010.

CHIAVENATO, Idalberto. **Gestão de Pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações**. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

CONASS – CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS ESTADUAIS DE SAÚDE. **Para entender o pacto pela saúde 2006. Brasília, 09 de Maio de 2006**. V. 1. Disponível em: <http://www.saude.al.gov.br/files/pactopelasaude/manuais/para_entender.pdf>. Acesso em: 15 de dezembro de 2009.

- COSTA, Frederico Lustosa da & CASTANHAR, José Cezar. **Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos**. RAP. Rio de Janeiro 37(5):969-92, Set./Out. 2003
- COTTA, Rosângela Minardi Mitre; MENDES, Fábio Faria e MUNIZ, José Norberto. **Descentralização das Políticas Públicas de Saúde: do Imaginário ao Real**. Viçosa: UFV, 1998. 148p.
- COTTA, Tereza Cristina. **Metodologias de avaliação de programas e projetos sociais: análise de resultados e de impacto**. Revista do Serviço Público, ano 1998, v. 2, abr-jun 1998.
- CORBISIER, Roland. **Filosofia política e liberdade**. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978.
- CUNHA, Ana Karina Marimon da, TREZ, Guilherme, BORBA, Gustavo Severo de. **O Uso de Ferramentas de Gestão para o Aprimoramento dos Serviços Prestados por Instituições de Interesse Público**. EnANPAD 2004. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/ler_pdf.php?cod_edicao_trabalho=1321&cod_evento_edicao=8>. Acesso em: 08 de dezembro de 2009.
- DELGADO, Victor Maia Senna. III Seminário de Avaliação de Políticas Públicas e Qualidade do Gasto. **Modelos de causalidade lógica e Marco Lógico**. Viçosa – MG. 2011
- DEMO, Gisela. **Políticas de gestão de pessoas nas organizações: papel dos valores pessoais e da justiça organizacional**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- DEUTSCH, Karl Wolfgang. **Política e Governo**. Brasília, Editora Universidade de Brasília, 1983, 2. ed.
- DUTRA, J. S. **Gestão de Pessoas: Modelo, Processos, Tendências e Perspectivas**. São Paulo: Atlas, 2002. 210 p.
- FACCHINI, Luiz Augusto; Piccini; Roberto Xavier; Tomasi, Elaine; Thumé, Elaine; Teixeira; Vanessa Andina; Silveira, Denise Silva da; Maia, Maria de Fátima Santos; Siqueira, Fernando Vinholes; Rodrigues, Maria Aparecida; Paniz, Vera Vieira; Osório, Alessandro. **Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S159-S172, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300020&lng=pt. Acesso em: 12 fev. 2010.
- FEUERSTEIN, Marie-Thérèse. **Avaliação: como avaliar programas de desenvolvimento com a participação da comunidade**. Tradução de Beatriz Cantanhede Orsini. São Paulo: Paulinas, 1990. FLEURY, M. T. L. e FLEURY, A. Construindo o Conceito de Competência. RAC, Edição Especial 2001. Disponível em: http://www.anpad.org.br/rac/vol_05/dwn/rac-v5-edesp-mtf.pdf. Acesso em: 09 de agosto de 2010.

FLICK, Uwe. **Introdução à Pesquisa Qualitativa**. Tradução: Joice Elias Costa. – 3. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2009. 405 p.

FRANÇA, A. N. L. **Práticas de Recursos Humanos: Conceitos, Ferramentas e Procedimentos**. São Paulo: Atlas, 2007. 267 p.

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO NORTE DE MINAS GERAIS. **Sistema de avaliação de desempenho dos servidores em estágio probatório**. Disponível em: <http://www.ifnmg.edu.br/arquivos/gestaoPessoas/SISTEMA%20DE%20AVALIA%C3%87%C3%83O%20DE%20EST%C3%81GIO%20PROBAT%C3%93RIO.pdf>. Acesso em: 05/04/2011.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Políticas Sociais: acompanhamento e Análise. Vinte anos da Constituição**. Brasília, V. 17. 280p. 2009. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/politicasocial/html/pdf/bps_15.pdf. Acesso em: 26 fev. 2010.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Políticas Sociais: acompanhamento e Análise**. Brasília. v. 16. 332p. Nov. 2008. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/politicasocial/html/pdf/bps_15.pdf. Acesso em: 26 fev. 2010.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Políticas Sociais: acompanhamento e Análise**. Brasília. v. 15. 2008. 310p. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/politicasocial/html/pdf/bps_15.pdf >. Acesso em: 26 fev. 2010.

JORGE, M. S., GUIMARAES, J. M., NOGUEIRA, M. E., MOREIRA, T. M., & MORAIS, A. P. (Jul-Set de 2007). *Gestão de Recursos Humanos nos Centros de Atenção Psicossocial no Contexto da Política de Desprecarização do Trabalho no Sistema Único de Saúde*. Florianópolis, SC, Brasil.

JUNQUEIRA, T. d., COTTA, R. M., GOMES, R. C., SILVEIRA, S. d., BATISTA, R. S., PINHEIRO, T. M., *et al.* (2010). **As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS**. Acesso em 15 de dezembro de 2010, disponível em Scielo: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n5/14.pdf>

MACHADO, M. N. (1991). *Entrevista de pesquisa: a interação entrevistador / entrevistado*. Belo Horizonte.

MACHADO, Maria Helena. **Capacitação de quase três mil gestores de RH marca sucesso do ProgeSUS**. ENSP, Rio de Janeiro, p 1, 16 jul. 2008. Entrevista concedida à Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca.

- MARINI, Caio & MARTINS, Humberto Falcão. **Uma metodologia de avaliação de políticas de gestão pública.** XI Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estados y de la Administración Pública, Ciudad de Guatemala, 7 - 10 Nov. 2006. Disponível em: http://www.fdc.org.br/pt/programasabertos/gestao_publica/conhecimento/Documents/metodologia_avaliacao.pdf. Acesso em: 20 jan. 2010.
- MASCARENHAS, A. O. **Gestão Estratégica de Pessoas: Evolução, Teoria e Crítica.** São Paulo: Cengage Learning, 2008. 303 p.
- MATIAS-PEREIRA, José. **Manual de Gestão Pública Contemporânea.** 2. ed. – São Paulo: Atlas, 2009.
- MATO GROSSO, G. d., SAÚDE, S. d., SAÚDE, S. d., SAÚDE, C. d., & POLÍTICA ESTADUAL DE SAÚDE, G. d. (2010). *Análise do Termo de Compromisso de Gestão Estadual e Manicipal.* Acesso em 12 de dezembro de 2010, disponível em <http://www.saude.mt.gov.br/portal/arquivos/Analise-TCGM-13-08-10.pdf>
- MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 22. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.
- MINAYO, M. C., ASSIS, S. G., & SOUZA, E. R.. **Avaliação por triangulação de métodos: Abordagem de Programas Sociais.** 20 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2005, 243 p.
- MOISÉS, Neuza. **Resultados animadores validam processo de trabalho.** ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA – ENSP. 2008. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/materia/index.php?matid=11783>. Acesso em: 26 de setembro de 2010.
- PAIM, Jairnilson Silva & TEIXEIRA, Carmen Fontes. **Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios.** Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12s0/05.pdf>>. Acesso em 07 de março de 2010.
- PIERANTONI, Célia Regina; VARELLA, Thereza Christina; FRANÇA, Tania. **Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática.** *Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises*, v. 2. 2004. Disponível em: <http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos/gestao_p.pdf>, Acesso em 07 de setembro de 2010.
- PIERANTONI, Célia Regina; VARELLA, Thereza Christina; SANTOS, Maria Ruth dos; FRANÇA, Tania; GARCIA, Ana Claudia. **Gestão do trabalho e da educação em saúde: recursos humanos em duas décadas do SUS.** *Physis*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v18n4/v18n4a05.pdf>>. Acesso em 07 de setembro de 2010.

- RIVERA, F. J. (1997). *A "démarche" estratégica: a metodologia de gestão do Centro Hospitalar Universitário de Lille, França*. Acesso em 28 de dezembro de 2009, disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v13n1/0225.pdf>
- SAMPAIO, Juliana & ARAÚJO JR, José Luis. Análise das políticas públicas: uma proposta metodológica para o estudo no campo da prevenção em Aids. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, 6 (3): 335-346, jul. / set., 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v6n3/31905.pdf>>. Acesso em: 12 fev. 2010.
- SCALCO, S. V., Lacerda, J. T., & Calvo, M. C. (2010). **Modelo para avaliação da gestão de recursos humanos em saúde**. *Cad. Saúde Pública*, 603-614. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n3/17.pdf>. Acesso em: 12/12/2010.
- SILVA, Valdeh Maria da. **Planejamento Estratégico de Gestão de Pessoas**. Disponível em: <http://www.webartigos.com/articles/17531/1/Planejamento-Estrategico-de-Gestao-de-Pessoas/pagina1.html>. Acesso em: 18 vez 2011.
- SOUZA, Antônio Artur de; MARQUES, Alisson Maciel de Faria, BOINA, Terence Machado; GUERRA, Mariana; AVELAR, Ewerton Alex. **Gestão No SUS: Um Estudo de Indicadores Financeiros da Saúde e a Produção de Resultados Assistenciais em Municípios Mineiros**. Salvador – BA. EnAPG 2008. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/ler_pdf.php?cod_edicao_trabalho=10003&cod_evento_edicao=41>. Acesso em: 08 de dezembro de 2009.
- SOUZA, Celina. **Políticas Públicas: uma revisão da literatura**. *Sociologias*, Porto Alegre, ano 8, nº 16, jul/dez 2006, p. 20-45
- SOUZA, Renilson Rehen de. **Construindo o SUS: a lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo**. (Dissertação). Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da UERJ, 2002. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/monografia_construindo_sus.pdf. Acesso em: 03 de agosto de 2010.
- TEIXEIRA, C., VILASBOAS, A. L., ABDON, C., & FERREIRA, M. C. (2004). *Planejamento & Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde*. Acesso em 02 de fevereiro de 2010, disponível em <http://www.saude.df.gov.br/sites/300/311/00000509.pdf>
- VERGARA, Sylvia Constant. **Projetos e Relatórios de Pesquisa em Administração**. – 6. ed. – São Paulo: Atlas, 2005.
- VIÇOSA, P. M. (2004). *Lei 1.593/2004, de 30 de junho de 2004. Institui o Plano de Cargos, Carreira e Salário dos Servidores da Secretaria Municipal de Saúde do município, fixa suas diretrizes e dá outras providências, de acordo com a Lei Municipal nº 810/91 e as Leis Federais n.* Acesso em 06 de janeiro de 2011, disponível em <http://www.camaravicoso.mg.gov.br/?pagina=23&lei=253>.

VIÇOSA1, P. M. (18 de dezembro de 1996). Lei 1160/1996, de 18 de dezembro de 1996. Altera a organização administrativa da Secretaria Municipal de Saúde. Viçosa, MG, Brasil.

VIÇOSA2, P. M. (2010). *Pacto pela saúde: Termo de Compromisso de Gestão Municipal*. Viçosa.

ZEFERINO, A. M. B.; DOMINGUES, R. C. L. e AMARAL, E. **Feedback como estratégia de aprendizado no ensino médico**. *Rev. bras. educ. med.* [online]. 2007, vol.31, n.2, pp. 176-179. ISSN 0100-5502. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v31n2/08.pdf>. Acesso em: 07 de agosto de 2010.

APÊNDICE 1 – Roteiro de entrevista semiestruturada

Entrevista. nº: _____

Entrevistador: _____

Sujeitos de pesquisa: todas as pessoas envolvidas com a gestão do trabalho no SUS Viçosa no período de 2006 a 2010 (integrantes do conselho, secretário e ex-secretário de saúde, secretária do Conselho e gestor de RH).

Este roteiro de entrevista integra a pesquisa intitulada “*Avaliação do Processo de Gestão do Trabalho na Unidade Organizacional do SUS em Viçosa – MG*”, que tem como objetivo geral Avaliar o processo de gestão do trabalho e suas diretrizes no ambiente organizacional do SUS Viçosa.

TEMA CENTRAL DA ENTREVISTA:

Viçosa frente à diretriz Gestão do Trabalho no Pacto de Gestão do Sistema Único de Saúde

SUBTEMAS:

1 – Objetivo

- 1.1) Qual o objetivo/missão da área de gestão do trabalho da SMS de Viçosa? (*questão ligada ao objetivo geral do trabalho*)
- 1.2) Quais resultados/objetivos específicos que a SMS de Viçosa visa a alcançar com o atual processo de gestão do trabalho? (*essa questão está relacionada aos objetivos específicos da pesquisa*)
- 1.3) Quais ações foram ou estão sendo realizadas para alcançar os objetivos? (*objetiva identificar ações para comporem a matriz lógica*)

- 1.4) O que você acha da disponibilidade dos atuais recursos destinados à gestão do trabalho? (*objetiva identificar se há recursos ou não e se são suficientes para o desempenho das atividades*)
- 1.5) Quanto ao item 5.4 (*DESENVOLVER ESTUDOS E PROPOR ESTRATEGIAS E FINANCIAMENTO TRIPARTITE COM VISTAS A ADOCAO DE POLITICAS REFERENTES AOS RECURSOS HUMANOS DESCENTRALIZADOS*), apesar de prazo para realização ser 12/2012, existe alguma estratégia para atendê-lo? Caso positivo, o que se pretende fazer?
- 1.6) Quanto ao item 5.6 (*IMPLEMENTAR E PACTUAR DIRETRIZES PARA POLITICAS DE EDUCACAO E GESTAO DO TRABALHO QUE FAVORECAM O PROVIMENTO E A FIXACAO DE TRABALHADORES DE SAUDE, NO AMBITO MUNICIPAL, NOTADAMENTE EM REGIOES ONDE A RESTRICAO DE OFERTA AFETA DIRETAMENTE A IMPLANTACAO DE ACOES ESTRATEGICAS PARA A ATENCAO BASICA*), apesar de prazo para realização ser 12/2012, existe alguma estratégia para atendê-lo? Caso positivo, o que se pretende fazer?

2 – Recursos e Ferramentas para Gestão de Pessoas

2.1) Existe controle e avaliação dos prestadores de serviços públicos ou privados?

- Sim. Os controles são suficientes para avaliá-los? Como são feitos?
 Não. Por que?

2.2) Quantos funcionários ligados à gestão do trabalho tem a SMS de Viçosa?

2.3) Em sua opinião, a quantidade de funcionários é suficiente para desempenhar as tarefas de gestão do trabalho?

- Sim Não. Quantos seriam necessários?

2.4) Os atuais recursos disponíveis para se realizar uma excelente gestão do trabalho são suficientes?

- Sim
 Não. *Caso essa seja a alternativa escolhida, responda à questão 2.4.1*

2.4.1) O que seria necessário?

- Investimento em treinamento e capacitação.
 Avaliação, acompanhamento e desenvolvimento de pessoal.
 Plano de carreira, cargos e salário que possibilite o crescimento do indivíduo.
 Investimento em equipamentos.

Softwares para controle.

Outros. Quais?

2.5) Quais as formas de contratação de pessoal para atuar no SUS Viçosa? E como se compõe o quadro atualmente, em relação às modalidades de contratação? (item 5.2)

2.6) Qual a sua opinião a respeito das formas de contratação de pessoal no SUS Viçosa? Os vínculos são adequados? Respeitam os direitos sociais e previdenciários? (item 5.2)

2.7) Existe plano de carreira, de cargos e salários (PCCS)? (*liga-se ao Item 5.5 do TCGM*)

Sim.

2.7.1) O PCCS está realmente de acordo com as diretrizes nacionais?

Sim. Cite evidências.

Não. O que falta para ficar em conformidade ou de acordo?

Não. Por que?

2.7.1) Como está estruturado? Quais cargos, hierarquia e remuneração?

2.8) Existe algum sistema de informação destinado à gestão de pessoal?

Sim. Qual? Descreva pontos positivos e negativos dele(s), tal como se facilita ou dificulta na gestão?

Não. Por que?

(*O MS no seu programa de reestruturação da Gestão do Trabalho disponibiliza sistemas*)

2.9) A SMS tem ligação com algum Polo de Educação Permanente em Saúde (PEPS)?

Sim. Qual? O que você acha dessa ligação?

Não. Por que?

2.10) Há espaço para negociação entre trabalhadores e gestores?²² (*relaciona-se ao Item 5.3 do TCGM*)

Sim. Como e onde ocorre? Qual a frequência?

Não. Por quê? O que impede?

2.11) Em relação a atuação dos trabalhadores do SUS, descreva algum ato, atitude ou fatos que permita perceber algum envolvimento, comprometimento e preocupação

²² No termo, deveria perguntar se há espaço para interação e *feedback* entre gestores e trabalhadores. Tal ato seria indispensável para atender o item 5.4

dos mesmos para se desenvolverem profissionalmente. *(A intenção é saber se o PCCS promove envolvimento, comprometimento e desenvolvimento profissional)*

- 2.11.1) Em sua opinião o que poderia promover um maior envolvimento e comprometimento dos servidores do SUS? *(Intenção: buscar do entrevistado alternativas para melhoria)*
- 2.12) Que aspectos do PCCS pode promover o envolvimento, comprometimento e o desenvolvimento profissional dos trabalhadores? *(Intenção: verificar se o PCCS atende ao item anterior, o 7.1)*
- 2.13) Existe algum programa de avaliação e acompanhamento de desempenho dos funcionários da Secretaria de Saúde Municipal e do SUS? *(Intenção: verificar se há preocupação em desenvolver os funcionários)*
- () Sim. Como é feito? Qual a frequência? Como os funcionários o veem?
 - () Não. Por quê? O que impede?

3 – Estrutura e organização

- 3.1) Como está, hoje, estruturado o SUS Viçosa? Existe algum documento (organograma) que mostra a estrutura?
- 3.2) Qual o perfil do pessoal ligado diretamente ao SUS Viçosa?
- Escolaridade
 - Como é a estrutura de cargos e faixas salariais?
 - Quantos são municipais, federais ou estaduais?
- 3.3) O que você mudaria na gestão do trabalho no SUS Viçosa para maximizar resultados?
- 3.4) Quais políticas já foram promovidas e desenvolvidas acerca da gestão do trabalho, no SUS Viçosa?
- 3.4.1) Se houver alguma política, como está sendo implementada?
 - 3.4.2) Quais os objetivos e resultados (descreva pontos positivos e/ou negativos)?
(relaciona-se ao Item 5.1. Objetivo: ver se a SMS atende ao item)
- 3.5) Sobre as relações de trabalho, as políticas levam em conta os princípios da:
- 3.5.1 () Humanização? () Não. Por que?
() Sim. Cite evidências. Ou o que te faz pensar assim.

- 3.5.2 () Participação? () Não. Por quê?
() Sim. Cite evidências. Ou o que te faz pensar assim.
- 3.5.3 () Democratização? () Não. Por quê?
() Sim. Cite evidências. Ou o que te faz pensar assim.
- (questão ligada ao item 5.1 do TCGM)*

3.6) Qual a sua opinião sobre o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS? *(objetivo: verificar se o gestor de RH e Secretário de saúde têm noção da existência do programa, se faz uso e como avalia o programa)*

3.6.1) Cite aspectos positivos.

3.6.2) Cite aspectos negativos.

3.7) Qual a sua opinião sobre as condições de trabalho do Conselho Municipal de Saúde (CMS)? *(relaciona-se ao Item 7.2 do TCGM)*

- () Dispõe de excelente local para realizar reuniões
- () Tem acesso a cursos de capacitação dos conselheiros
- () Caso haja necessidade de realizar alguma viagem de interesse do conselho, os recursos são liberados.
- () Todas as informações acerca da saúde são acessíveis e fáceis de serem adquiridas, possibilitando a realização do trabalho de fiscalização do Conselho.
- () Outras observações.

3.7.1) Quanto a material de trabalho, técnicas e condições administrativas, o que poderia melhorar no CMS? Tudo que é preciso para trabalhar está disponível?
(relaciona-se ao Item 7.2ª do TCGM)

4 – Capacitação e formação de pessoal para o SUS

4.1) Você passou por algum processo ou programa de capacitação para assumir o seu cargo na gestão do SUS?

- () Sim. Qual? Fale sobre o conteúdo visto e que julgue importante.
- () Não. Pretende se capacitar? Quando e de que forma?

4.2) Como está sendo feita a promoção e articulação junto às escolas técnicas de saúde a orientação para a formação de profissionais técnicos para o SUS?

4.2.1) Os campos de aprendizagem estão sendo diversificados de que forma?
*(relaciona-se ao **Item 6.6** do termo. Tal item se torna importante por se tratar da formação de mão de obra para a área de saúde)*

APÊNDICE 2 – Termo de consentimento livre e esclarecido (entrevistados)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Dados de identificação

| | |
|---|--|
| Título do Projeto: AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS: VIÇOSA FRENTE À DIRETRIZ GESTÃO DO TRABALHO NO PACTO DE GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM 2010 | |
| Equipe Responsável: LAURO SÉRGIO FERREIRA DIAS (Mestrando) ADRIEL RODRIGUES DE OLIVEIRA (Orientador) ROSÂNGELA MINARDI MITRE COTTA (Co-orientadora) WALMER FARONI (Co-orientador) | |
| Local de execução: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE VIÇOSA | |
| Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA | Telefones para contato: (31) 8817-1979 (31) 3899-3358 |

Voluntário

| | |
|---------------|-----------------|
| Nome: | |
| Idade (anos): | Registro Geral: |

O Sr. (ª) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa “Avaliação do Processo de Gestão do Trabalho na Unidade Organizacional do SUS em Viçosa – MG”, de responsabilidade da equipe discriminada acima.

O estudo se justifica pelo fato de a gestão do trabalho ser uma das principais dificuldades a serem enfrentadas pelas secretarias municipais de saúde. Assim, espera-se que o presente estudo possa contribuir para a estruturação e reflexão acerca de processos de gestão do trabalho. Quanto à escolha da cidade a ser pesquisada, deu-se em função desta ser um município polo em saúde, situado na zona da mata norte mineira, e além de se destacar nacionalmente como polo em educação superior. O estudo também se justifica pelo fato de a gestão do sistema ter sido indicada como o mais importante desafio enfrentado pelo SUS (IPEA, 2009), bem como pelo fato de concentrar um grande número de programas sociais e repasses de recursos financeiros tanto da União quanto do Estados.

Dessa forma, tem-se como objetivo geral avaliar o atual processo de gestão do trabalho adotado no SUS Viçosa. Especificamente, busca-se: analisar o Termo de Responsabilidade assinado pela Prefeitura de Viçosa; verificar como vem ocorrendo a

aplicação do Termo de Responsabilidade na prática, em relação à gestão do trabalho; analisar os efeitos esperados e os alcançados pelo processo de gestão do trabalho; analisar se os recursos são adequados e suficientes para a execução do processo; levantar os fatores intervenientes na gestão do trabalho no SUS Viçosa; e analisar o nível de capacitação dos gestores em relação ao uso de práticas de gestão do trabalho.

Para tanto, serão realizadas entrevista junto a pessoas que estiveram ligadas à implementação do Pacto pela Saúde em Viçosa, tais como secretários (as) e ex-secretários de saúde, presidentes de conselho, secretária (o) do conselho e o (a) gestor e/ou ex-gestor (a) de RH. Tais entrevistas serão gravadas e depois transcritas, com o intuito de realizar análise de conteúdo.

Para não expor os sujeitos da entrevista, será mantido o anonimato. Cada entrevistado receberá um código que substituirá seu nome e que somente o pesquisador saberá identificar. Dessa forma, espera-se assegurar a privacidade do entrevistado.

A comunidade será beneficiada uma vez que o estudo se refere a uma avaliação formativa, ou seja, visa identificar aspectos que possam melhorar a implementação da política de saúde de forma mais efetiva, bem como identificar aspectos que possam ou poderiam ser melhorados. Para ter acesso aos benefícios da pesquisa, os gestores podem manifestar junto ao pesquisador (mestrando) ou a qualquer membro da equipe a apresentação dos resultados, bem como discussão acerca dos mesmos. Além disso, podem também requisitar cópia dos artigos que serão produzidos e publicados.

Assinaturas

Equipe:

Voluntário/Responsável

Data ____/____/_____

Presidente do Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa;

Prof. Gilberto Paixão Rosado

Departamento de Nutrição e Saúde

Fone: (031) 3899-1269

APÊNDICE 3 – Termo de consentimento livre e esclarecido (Documentação)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(Secretário Municipal de Saúde)

Projeto: *Avaliação do Processo de Gestão do Trabalho na Unidade Organizacional do SUS em Viçosa – MG*

Pesquisador responsável: LAURO SÉRGIO FERREIRA DIAS

Viçosa, 26 de novembro de 2010

Senhora

Rita Maria Gomide

Secretária Municipal de Saúde

Senhora Secretária

Eu, LAURO SÉRGIO FERREIRA DIAS, aluno do programa de Mestrado strictu sensu em Administração, da Universidade Federal de Viçosa, sob a orientação da professora Rosângela Minardi Mitre Cotta e dos professores Adriel Rodrigues de Oliveira e Walmer Faroni, estou realizando a pesquisa “Avaliação de políticas públicas: Viçosa frente à diretriz Gestão do Trabalho no Pacto de Gestão do Sistema Único de Saúde em 2010”. Com esse estudo, pretendo realizar uma avaliação do SUS Viçosa em relação à diretriz Gestão do Trabalho.

Para tanto, solicito acesso a toda documentação que disserem respeito à gestão do trabalho, que estiverem em poder da Secretaria Municipal de Saúde, tais como Termo de Responsabilidade de Gestão Municipal, Planejamento de Saúde, Relatório de gestão, etc. Os documentos serão analisados e em seguida serão retiradas informações que ajudarão na avaliação.

É válido ressaltar que a qualquer momento a SMS poderá solicitar esclarecimentos sobre a metodologia usada nessa pesquisa, cujos resultados esperamos contribuir com as discussões sobre a melhoria da gestão do trabalho no SUS.

Consentimento:

Eu li e entendi esse termo, tive a oportunidade de esclarecer minhas dúvidas com o pesquisador e concordo em disponibilizar a documentação sob minha responsabilidade para fins dessa pesquisa.

Assinatura:

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Assinatura do pesquisador:

LAURO SÉRGIO FERREIRA DIAS
Tel.: (31) 3899-3358 / 8817-1979

APÊNDICE 4 – Matriz de avaliação: itens, indicadores, medidas e parâmetro de análise

| Itens | | Indicadores | Medidas | Parâmetro | |
|-------|---|--|---|-----------|-----|
| | | | | Sim | Não |
| 5.1 | Todo município deve promover e desenvolver políticas de gestão do trabalho, considerando os princípios da humanização, da participação e da democratização das relações de trabalho; | Promoção (geração) de políticas | Existência de política de gestão do trabalho (GT) | X | |
| | | Desenvolvimento de política (por em prática) | Existência de política de GT implementada | | X |
| | | Consideração ao princípio da humanização | Todas as ações de política de GT consideram o princípio da humanização | | X |
| | | Consideração ao princípio da democratização | Todas as ações de política de GT consideram o princípio da democratização | | X |
| | | Consideração ao princípio da participação | Todas as ações de política de GT consideram o princípio da participação | | X |
| 5.2 | Todo município deve adotar vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores de saúde na sua esfera de gestão e de serviços, promovendo ações de adequação de vínculos, onde for necessário, conforme legislação vigente; | Legalidade de vínculos | Respeito aos direitos sociais e previdenciários | X | |

| | | | | | |
|-----|--|--|---|---|---|
| | | Adequação de vínculos | Existência de ações para adequação de vínculo | X | |
| 5.3 | Estabelecer, sempre que possível, espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores; | Espaços de negociação permanente | Existência de Mesas Permanentes de Negociação, vinculadas ao Conselho de Saúde, com composição paritária (gestores com trabalhadores) | | X |
| 5.4 | Desenvolver estudos e propor estratégias e financiamento tripartite com vistas à adoção de políticas referentes aos recursos humanos descentralizados; | Desenvolvimento de estratégia para atender ao item 5.4 | Existência de estratégia para atender ao item 5.4 | | X |
| 5.5 | Considerar as diretrizes nacionais para planos de carreiras, cargos e salários para o SUS - PCCS/SUS, quando da elaboração, implementação e/ou reformulação de planos de carreiras, cargos e salários no âmbito da gestão local; | Adequação às diretrizes nacionais para PCCS | Aplicação das diretrizes nacionais ao PCCS | | X |
| | | Observação ao princípio da universalidade | O PCCS abarca todos os trabalhadores do SUS | | X |
| | | Observação ao princípio da gestão partilhada das carreiras | Por representação, os trabalhadores participam da formulação e gestão dos seus respectivos planos de carreiras | X | |
| | | Observação ao princípio da educação permanente | Existência de programa de educação permanente | | X |
| | | Observação ao princípio da avaliação de desempenho | Existência de programa de avaliação de desempenho em funcionamento | | X |

| | | | | | |
|--------------|--|--|---|----------|-----------|
| 5.6 | Implementar e pactuar diretrizes para políticas de educação e gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores de saúde, no âmbito municipal, notadamente em regiões onde a restrição de oferta afeta diretamente a implantação de ações estratégicas para a atenção básica. | Desenvolvimento de estratégia para atender ao item 5.6 | Existência de estratégia para atender ao item 5.6 | | X |
| Total | | | | 5 | 10 |

Fonte: Dados da pesquisa e adaptação de Scalco *et al.* (2010).

ANEXO 1 – Termo de compromisso de gestão municipal

Termo de Compromisso de Gestão que firma a Secretaria Municipal de Saúde de VICOSA, representada pelo seu Secretário Municipal de Saúde, com o objetivo de pactuar e formalizar a assunção das responsabilidades e atribuições inerentes à esfera municipal na condução do processo permanente de aprimoramento e consolidação do Sistema Único de Saúde.

O Governo Municipal de **VICOSA**, por intermédio de sua Secretaria Municipal de Saúde, inscrita no CNPJ sob n.º **18.132.449/0001-79**, neste ato representada por seu Secretário Municipal de Saúde, **EBERT DE ANDRADE PINTO, DIVORCIADO/SEPARADO**, portador da carteira de identidade n.º **mg12832724**, expedida por **SSP/MG**, e inscrito no CPF sob o n.º **787.263.877-00**, considerando o que dispõe a Constituição Federal, em especial o seu artigo 196, as Leis n.º 8.080/90 e n.º 8.142/90, celebra o presente Termo de Compromisso de Gestão Municipal, formalizando os pactos constituídos e as responsabilidades da gestão municipal do Sistema Único de Saúde / SUS, frente ao disposto na Portaria MS nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que estabelece as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

O presente Termo de Compromisso de Gestão, formaliza o Pacto pela Saúde nas suas dimensões Pela Vida e de Gestão, contendo os objetivos e metas, as atribuições e responsabilidades sanitárias do gestor municipal e os indicadores de monitoramento e avaliação destes Pactos.

§ 1º. Nos casos em que não for possível assumir integralmente todas as responsabilidades constantes deste Termo, deve-se pactuar o cronograma, identificando o prazo no qual o município passará a exercê-la na sua plenitude.

§ 2º. As ações necessárias para a consecução deste cronograma, assim como para o alcance das metas e objetivos pactuados, devem ser contempladas no Plano Municipal de Saúde.

CLÁUSULA SEGUNDA – DAS ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES SANITÁRIAS DOS MUNICÍPIOS.

As atribuições e responsabilidades sanitárias contidas neste Termo serão pactuadas mediante o preenchimento do quadro correspondente a cada um dos eixos, a saber: 1. Responsabilidades Gerais da Gestão do SUS; 2. Regionalização; 3. Planejamento e Programação; 4. Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria; 5. Gestão do Trabalho; 6. Educação na Saúde; 7. Participação e Controle Social.

§ 1º. O quadro identifica a situação do município, frente ao conjunto das responsabilidades, para as condições de “Realiza”, “Não realiza ainda”, “Prazo para realizar” e “Não se aplica”.

§ 2º. Os itens que iniciam com a expressão “Todo município deve” indica a obrigatoriedade do fazer / da competência a todo e qualquer município, não sendo possível a utilização da opção “Não se aplica”.

§ 3º. Nos itens que não iniciam com a expressão “Todo município deve”, a responsabilidade será atribuída de acordo com o pactuado e/ou com a complexidade da rede de serviços localizada no território municipal.

§ 4º. A opção “Não se aplica” deve ser marcada para as situações em que a complexidade do sistema local de saúde não permita a realização de uma dada responsabilidade ou em situação previamente pactuada.

§ 5º. Nas Responsabilidades Gerais da Gestão do SUS, os itens 1.1 e 1.3 não são passíveis de pactuação, visto expressarem princípios doutrinários do SUS que devem orientar as ações de todo município.

| 1 RESPONSABILIDADES GERAIS DA GESTÃO DO SUS | | SITUAÇÃO ATUAL | PRAZO PARA REALIZAR |
|--|--|-----------------------|----------------------------|
| 1.1- | TUDO MUNICÍPIO É RESPONSÁVEL PELA INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE DA SUA POPULAÇÃO, EXERCENDO ESSA RESPONSABILIDADE DE FORMA SOLIDÁRIA COM O ESTADO E A UNIÃO; | * | * |
| 1.2- | TUDO MUNICIPIO DEVE GARANTIR A INTEGRALIDADE DAS ACOES DE SAUDE PRESTADAS DE FORMA INTERDISCIPLINAR, POR MEIO DA ABORDAGEM INTEGRAL E CONTINUA DO INDIVIDUO NO SEU CONTEXTO FAMILIAR, SOCIAL E DO TRABALHO; ENGLOBANDO ATIVIDADES DE: | | |
| 1.2.a- | PROMOCAO DA SAUDE, PREVENCAO DE RISCOS, DANOS E AGRAVOS; | Realiza | - |
| 1.2.b- | ACOES DE ASSISTENCIA, ASSEGURANDO O ACESSO AO ATENDIMENTO AS URGENCIAS; | Realiza | - |
| 1.3- | TUDO MUNICIPIO DEVE PROMOVER A EQUIDADE NA ATENCAO A SAUDE, CONSIDERANDO AS DIFERENCAS INDIVIDUAIS E DE GRUPOS POPULACIONAIS, POR MEIO DA ADEQUACAO DA OFERTA AS NECESSIDADES COMO PRINCIPIO DE JUSTICA SOCIAL, E AMPLIACAO DO ACESSO DE POPULACOES EM SITUACAO DE DESIGUALDADE, RESPEITADAS AS DIVERSIDADES LOCAIS; | * | * |

| | | | |
|----------------|--|-------------|------------------------------|
| 1.4- | TUDO MUNICIPIO DEVE PARTICIPAR DO FINANCIAMENTO TRIPARTITE DO SISTEMA UNICO DE SAUDE; | Realiza | - |
| 1.5- | TUDO MUNICIPIO DEVE ASSUMIR A GESTAO E EXECUTAR AS ACOES DE ATENCAO BASICA, INCLUINDO AS ACOES DE PROMOCAO E PROTECAO, NO SEU TERRITORIO; | Realiza | - |
| 1.6- | TUDO MUNICIPIO DEVE ASSUMIR INTEGRALMENTE A GERENCIA DE TODA A REDE PUBLICA DE SERVICOS DE ATENCAO BASICA, ENGLOBALDO: | | |
| 1.6.a- | AS UNIDADES PROPRIAS E | Realiza | - |
| 1.6.b- | AS TRANSFERIDAS PELO ESTADOS OU PELA UNIAO; | Realiza | - |
| 1.7- | TUDO MUNICIPIO DEVE, COM APOIO DOS ESTADOS, IDENTIFICAR AS NECESSIDADES DA POPULACAO DO SEU TERRITORIO, FAZER UM RECONHECIMENTO DAS INIQUIDADES, OPORTUNIDADES E RECURSOS; | Realiza | - |
| 1.8- | TUDO MUNICIPIO DEVE DESENVOLVER, A PARTIR DA IDENTIFICACAO DAS NECESSIDADES, UM PROCESSO DE: | | |
| 1.8.a- | PLANEJAMENTO, | Não Realiza | Data para realização 08/2010 |
| 1.8.b- | REGULACAO, | Realiza | - |
| 1.8.c- | PROGRAMACAO PACTUADA E INTEGRADA DA ATENCAO A SAUDE, | Realiza | - |
| 1.8.d- | MONITORAMENTO E AVALIACAO; | Não Realiza | Data para realização 12/2010 |
| 1.9- | TUDO MUNICIPIO DEVE FORMULAR E IMPLEMENTAR POLITICAS PARA AREAS PRIORITARIAS, CONFORME DEFINIDO NAS DIFERENTES INSTANCIAS DE PACTUACAO; | Realiza | - |
| 1.10- | TUDO MUNICIPIO DEVE ORGANIZAR O ACESSO A SERVICOS DE SAUDE RESOLUTIVOS E DE QUALIDADE NA ATENCAO BASICA, VIABILIZANDO O PLANEJAMENTO, A PROGRAMACAO PACTUADA E INTEGRADA DA ATENCAO A SAUDE E A ATENCAO A SAUDE NO SEU TERRITORIO, EXPLICITANDO: | | |
| 1.10.a- | A RESPONSABILIDADE, O COMPROMISSO E O VINCULO DO SERVICO E EQUIPE DE SAUDE COM A POPULACAO DO SEU TERRITORIO, | Realiza | - |
| 1.10.b- | DESENHANDO A REDE DE ATENCAO A SAUDE | Realiza | - |

| | | | |
|----------------|---|-------------|---------------------------------|
| 1.10.c- | PROMOVENDO A HUMANIZACAO DO ATENDIMENTO | Não Realiza | Data para realização 12/2010 |
| 1.11- | TODO MUNICIPIO DEVE ORGANIZAR E PACTUAR O ACESSO A ACOES E SERVICOS DE ATENCAO ESPECIALIZADA A PARTIR DAS NECESSIDADES DA ATENCAO BASICA, CONFIGURANDO A REDE DE ATENCAO, POR MEIO DOS PROCESSOS DE INTEGRACAO E ARTICULACAO DOS SERVICOS DE ATENCAO BASICA COM OS DEMAIS NIVEIS DO SISTEMA, COM BASE NO PROCESSO DA PROGRAMACAO PACTUADA E INTEGRADA DA ATENCAO A SAUDE; | Realiza | - |
| 1.12- | TODO MUNICIPIO DEVE PACTUAR E FAZER O ACOMPANHAMENTO DA REFERENCIA DA ATENCAO QUE OCORRE FORA DO SEU TERRITORIO, EM COOPERACAO COM O ESTADOS, DISTRITO FEDERAL E COM OS DEMAIS MUNICIPIOS ENVOLVIDOS NO AMBITO REGIONAL E ESTADUAL, CONFORME A PROGRAMACAO PACTUADA E INTEGRADA DA ATENCAO A SAUDE; | Realiza | - |
| 1.13- | TODO MUNICIPIO QUE DISPOE DE SERVICOS DE REFERENCIA INTERMUNICIPAL, DEVE GARANTIR ESTAS REFERENCIAS DE ACORDO COM A PROGRAMACAO PACTUADA E INTEGRADA DA ATENCAO A SAUDE; | Realiza | - |
| 1.14- | TODO MUNICIPIO DEVE GARANTIR A ESTRUTURA FISICA NECESSARIA PARA A REALIZACAO DAS ACOES DE ATENCAO BASICA, DE ACORDO COM AS NORMAS TECNICAS VIGENTES; | Não Realiza | Data para realização 12/2020 |
| 1.15- | TODO MUNICIPIO DEVE PROMOVER A ESTRUTURACAO DA ASSISTENCIA FARMACEUTICA E GARANTIR, EM CONJUNTO COM AS DEMAIS ESFERAS DE GOVERNO, O ACESSO DA POPULACAO AOS MEDICAMENTOS CUJA DISPENSACAO ESTEJA SOB SUA RESPONSABILIDADE, PROMOVENDO SEU USO RACIONAL, OBSERVADAS AS NORMAS VIGENTES E PACTUACOES ESTABELECIDAS; | Não Realiza | Data para realização 12/2012 |
| 1.16- | TODO MUNICIPIO DEVE ASSUMIR A GESTAO E EXECUCAO DAS ACOES DE VIGILANCIA EM SAUDE REALIZADAS NO AMBITO LOCAL, DE ACORDO COM AS NORMAS VIGENTES E PACTUACOES ESTABELECIDAS, COMPREENDENDO AS ACOES DE: | | |
| 1.16.a- | VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA; | Realiza | - |
| 1.16.b- | VIGILANCIA SANITARIA; | Realiza | - |

| | | | |
|-------------------------------------|--|-----------------------|----------------------------|
| 1.16.c- | VIGILANCIA AMBIENTAL; | Realiza | - |
| 1.17- | TUDO MUNICIPIO DEVE ELABORAR, PACTUAR E IMPLANTAR A POLITICA DE PROMOCAO DA SAUDE, CONSIDERANDO AS DIRETRIZES ESTABELECIDAS NO AMBITO NACIONAL. | Realiza | - |
| 2 REGIONALIZACAO | | SITUACAO ATUAL | PRAZO PARA REALIZAR |
| 2.1- | TUDO MUNICIPIO DEVE CONTRIBUIR PARA A CONSTITUICAO E FORTALECIMENTO DO PROCESSO DE REGIONALIZACAO SOLIDARIA E COOPERATIVA, ASSUMINDO OS COMPROMISSOS PACTUADOS; | Realiza | - |
| 2.2- | TUDO MUNICIPIO DEVE PARTICIPAR DA CONSTITUICAO DA REGIONALIZACAO, DISPONIBILIZANDO DE FORMA COOPERATIVA OS RECURSOS HUMANOS, TECNOLOGICOS E FINANCEIROS, CONFORME PACTUACAO ESTABELECIDADA; | Realiza | - |
| 2.3- | TUDO MUNICIPIO DEVE PARTICIPAR DO COLEGIADO DE GESTAO REGIONAL, CUMPRINDO SUAS OBRIGACOES TECNICAS E FINANCEIRAS. NAS CIB REGIONAIS CONSTITUIDAS POR REPRESENTACAO, QUANDO NAO FOR POSSIVEL A IMEDIATA INCORPORACAO DE TODOS OS GESTORES DE SAUDE DOS MUNICIPIOS DA REGIAO DE SAUDE, DEVE-SE PACTUAR UM CRONOGRAMA DE ADEQUACAO, NO MENOR PRAZO POSSIVEL, PARA A INCLUSAO DE TODOS OS MUNICIPIOS NO RESPECTIVO COLEGIADO DE GESTAO REGIONAL. | Realiza | - |
| 2.4- | TUDO MUNICIPIO DEVE PARTICIPAR DOS PROJETOS PRIORITARIOS DAS REGIOES DE SAUDE, CONFORME DEFINIDO NO PLANO MUNICIPAL DE SAUDE, NO PLANO DIRETOR DE REGIONALIZACAO, NO PLANEJAMENTO REGIONAL E NO PLANO DIRETOR DE INVESTIMENTO; | Realiza | - |
| 2.5- | EXECUTAR AS ACOES DE REFERENCIA REGIONAL SOB SUA RESPONSABILIDADE EM CONFORMIDADE COM A PROGRAMACAO PACTUADA E INTEGRADA DA ATENCAO A SAUDE ACORDADA NO COLEGIADO DE GESTAO REGIONAL. | Realiza | - |
| 3 PLANEJAMENTO E PROGRAMACAO | | SITUACAO ATUAL | PRAZO PARA REALIZAR |
| 3.1- | FORMULAR, GERENCIAR, IMPLEMENTAR E AVALIAR O PROCESSO PERMANENTE DE PLANEJAMENTO PARTICIPATIVO E INTEGRADO, DE BASE LOCAL E ASCENDENTE, ORIENTADO POR PROBLEMAS E NECESSIDADES EM SAUDE, COM A CONSTITUICAO | | |

| | | | |
|---------------|--|---------|--|
| | DE ACOES PARA A PROMOCAO, A PROTECAO, A RECUPERACAO E A REABILITACAO EM SAUDE, CONSTRUINDO NESSE PROCESSO: | | |
| 3.1.a- | O PLANO MUNICIPAL DE SAUDE | Realiza | Período inicial 2010 Período final 2013 |
| 3.1.b- | SUBMETENDO-O A APROVACAO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAUDE | Realiza | Data da Aprovação 06/05/2010 |
| 3.2- | TODO MUNICIPIO DEVE FORMULAR, NO PLANO MUNICIPAL DE SAUDE, A POLITICA MUNICIPAL DE ATENCAO EM SAUDE, INCLUINDO ACOES INTERSETORIAIS VOLTADAS PARA A PROMOCAO DA SAUDE; | Realiza | - |
| 3.3.a- | TODO MUNICIPIO DEVE ELABORAR RELATORIO DE GESTAO ANUAL, | Realiza | - |
| 3.3.b- | A SER APRESENTADO E SUBMETIDO A APROVACAO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAUDE | Realiza | - |
| 3.4- | TODO MUNICIPIO DEVE OPERAR OS SISTEMAS DE INFORMACAO REFERENTES A ATENCAO BASICA, CONFORME NORMAS DO MINISTERIO DA SAUDE, E ALIMENTAR REGULARMENTE OS BANCOS DE DADOS NACIONAIS EXISTENTES, BEM COMO DE OUTROS SISTEMAS QUE VENHAM A SER INTRODUZIDOS, ASSUMINDO A RESPONSABILIDADE PELA GESTAO, NO NIVEL LOCAL, DO: | | |
| 3.4.a- | SISTEMA DE INFORMACAO DA ATENCAO BASICA - SIAB | Realiza | - |
| 3.4.b- | SISTEMA DE INFORMACAO SOBRE AGRAVOS DE NOTIFICACAO - SINAN, | Realiza | - |
| 3.4.c- | SISTEMA DE INFORMACAO DO PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZACOES - SIPNI | Realiza | - |
| 3.4.d- | SISTEMA DE INFORMACAO SOBRE NASCIDOS VIVOS - SINASC, | Realiza | - |
| 3.4.e- | SISTEMA DE INFORMACAO AMBULATORIAL ç SIA | Realiza | - |
| 3.4.f- | CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS E PROFISSIONAIS DE SAUDE - CNES; | Realiza | - |
| 3.4.g- | [...] E QUANDO COUBER, O: SISTEMA DE INFORMACAO HOSPITALAR - SIH | Realiza | - |
| 3.4.h- | [...] E QUANDO COUBER, O: SISTEMA DE INFORMACAO SOBRE MORTALIDADE - SIM | Realiza | - |

| | | | |
|---|--|-----------------------|---------------------------------|
| 3.5- | TUDO MUNICIPIO DEVE ASSUMIR A RESPONSABILIDADE PELA COORDENACAO E EXECUCAO DAS ATIVIDADES DE INFORMACAO, EDUCACAO E COMUNICACAO, NO AMBITO LOCAL; | Realiza | - |
| 3.6- | TUDO MUNICIPIO DEVE ELABORAR A PROGRAMACAO DA ATENCAO A SAUDE, INCLUIDA A ASSISTENCIA E VIGILANCIA EM SAUDE, EM CONFORMIDADE COM O PLANO MUNICIPAL DE SAUDE, NO AMBITO DA PROGRAMACAO PACTUADA E INTEGRADA DA ATENCAO A SAUDE; | Não Realiza | Data para realização 12/2010 |
| 3.7- | GERIR OS SISTEMAS DE INFORMACAO EPIDEMIOLOGICA E SANITARIA, BEM COMO ASSEGURAR A DIVULGACAO DE INFORMACOES E ANALISES. | Realiza | - |
| 4 REGULACAO, CONTROLE, AVALIACAO E AUDITORIA | | SITUACAO ATUAL | PRAZO PARA REALIZAR |
| 4.1- | TUDO MUNICIPIO DEVE MONITORAR E FISCALIZAR A APLICACAO DOS RECURSOS FINANCEIROS PROVENIENTES DE TRANSFERENCIA REGULAR E AUTOMATICA (FUNDO A FUNDO) E POR CONVENIOS; | Realiza | - |
| 4.2- | TUDO MUNICIPIO DEVE REALIZAR A IDENTIFICACAO DOS USUARIOS DO SUS, COM VISTAS A VINCULACAO DE CLIENTELA E A SISTEMATIZACAO DA OFERTA DOS SERVICOS; | Realiza | - |
| 4.3- | TUDO MUNICIPIO DEVE MONITORAR E AVALIAR AS ACOES DE VIGILANCIA EM SAUDE, REALIZADAS EM SEU TERRITORIO, POR INTERMEDIO DE INDICADORES DE DESEMPENHO, ENVOLVENDO ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS E OPERACIONAIS; | Realiza | - |
| 4.4- | TUDO MUNICIPIO DEVE MANTER ATUALIZADO O SISTEMA NACIONAL DE CADASTRO DE ESTABELECIMENTOS E PROFISSIONAIS DE SAUDE NO SEU TERRITORIO, SEGUNDO NORMAS DO MINISTERIO DA SAUDE; | Realiza | - |
| 4.5- | TUDO MUNICIPIO DEVE ADOTAR PROTOCOLOS DE REGULACAO DE ACESSO, EM CONSONANCIA COM OS PROTOCOLOS E DIRETRIZES NACIONAIS, ESTADUAIS E REGIONAIS; | Não Realiza | Data para realização 12/2011 |
| 4.6- | TUDO MUNICIPIO DEVE ADOTAR PROTOCOLOS CLINICOS E DIRETRIZES TERAPEUTICAS, EM CONSONANCIA COM OS PROTOCOLOS E DIRETRIZES NACIONAIS E ESTADUAIS; | Realiza | - |

| | | | |
|---------|--|---------|---|
| 4.7- | TUDO MUNICIPIO DEVE CONTROLAR A REFERENCIA A SER REALIZADA EM OUTROS MUNICIPIOS, DE ACORDO COM A PROGRAMACAO PACTUADA E INTEGRADA DA ATENCAO A SAUDE, PROCEDENDO A SOLICITACAO E/OU AUTORIZACAO PREVIA, QUANDO COUBER; | Realiza | - |
| 4.8.a- | DEFINIR A PROGRAMACAO FISICO-FINANCEIRA POR ESTABELECIMENTO DE SAUDE, | Realiza | - |
| 4.8.b- | OBSERVAR AS NORMAS VIGENTES DE SOLICITACAO E AUTORIZACAO DOS PROCEDIMENTOS HOSPITALARES E AMBULATORIAIS, | Realiza | - |
| 4.8.c- | PROCESSAR A PRODUCAO DOS ESTABELECIMENTOS DE SAUDE PROPRIOS E CONTRATADOS; | Realiza | - |
| 4.8.d- | REALIZAR O PAGAMENTO DOS PRESTADOSRES DE SERVICOS; | Realiza | - |
| 4.9- | OPERAR O COMPLEXO REGULADOR DOS SERVICOS PRESENTES NO SEU TERRITORIO, DE ACORDO COM A PACTUACAO ESTABELECIDADA, | Realiza | - |
| 4.9.a- | REALIZANDO A CO-GESTAO COM O ESTADOS E OUTROS MUNICIPIOS, DAS REFERENCIAS INTERMUNICIPAIS. | Realiza | - |
| 4.10- | EXECUTAR O CONTROLE DO ACESSO DO SEU MUNICIPE NO AMBITO DO SEU TERRITORIO, QUE PODE SER FEITO POR MEIO DE CENTRAIS DE REGULACAO: | | |
| 4.10.a- | AOS LEITOS DISPONIVEIS, | Realiza | - |
| 4.10.b- | AS CONSULTAS, | Realiza | - |
| 4.10.c- | AS TERAPIAS E AOS EXAMES ESPECIALIZADOS; | Realiza | - |
| 4.11- | PLANEJAR E EXECUTAR A REGULACAO MEDICA DA ATENCAO PRE-HOSPITALAR AS URGENCIAS, CONFORME NORMAS VIGENTES E PACTUACOES ESTABELECIDAS; | Realiza | - |
| 4.12- | ELABORAR CONTRATOS COM OS PRESTADOSRES DE ACORDO COM A POLITICA NACIONAL DE CONTRATACAO DE SERVICOS DE SAUDE E EM CONFORMIDADE COM O PLANEJAMENTO E A PROGRAMACAO PACTUADA E INTEGRADA DA ATENCAO A SAUDE; | Realiza | - |
| 4.13- | MONITORAR E FISCALIZAR OS CONTRATOS E CONVENIOS COM PRESTADOSRES CONTRATADOS E CONVENIADOS, BEM COMO DAS UNIDADES PUBLICAS; | Realiza | - |

| | | | |
|-----------------------------|---|-----------------------|----------------------------|
| 4.14- | MONITORAR E FISCALIZAR A EXECUCAO DOS PROCEDIMENTOS REALIZADOS EM CADA ESTABELECIMENTO POR MEIO DAS ACOES DE CONTROLE E AVALIACAO HOSPITALAR E AMBULATORIAL; | Realiza | - |
| 4.15- | MONITORAR E FISCALIZAR E O CUMPRIMENTO DOS CRITERIOS NACIONAIS, ESTADUAIS E MUNICIPAIS DE CREDENCIAMENTO DE SERVICOS; | Realiza | - |
| 4.16- | IMPLEMENTAR A AVALIACAO DAS ACOES DE SAUDE NOS ESTABELECIMENTOS DE SAUDE, POR MEIO DE ANALISE DE DADOS E INDICADORES E VERIFICACAO DE PADROES DE CONFORMIDADE; | Realiza | - |
| 4.17- | IMPLEMENTAR A AUDITORIA SOBRE TODA A PRODUCAO DE SERVICOS DE SAUDE, PUBLICOS E PRIVADOS, SOB SUA GESTAO, TOMANDO COMO REFERENCIA AS ACOES PREVISTAS NO PLANO MUNICIPAL DE SAUDE E EM ARTICULACAO COM AS ACOES DE CONTROLE, AVALIACAO E REGULACAO ASSISTENCIAL; | Realiza | - |
| 4.18- | REALIZAR AUDITORIA ASSISTENCIAL DA PRODUCAO DE SERVICOS DE SAUDE, PUBLICOS E PRIVADOS, SOB SUA GESTAO; | Realiza | - |
| 4.19- | ELABORAR NORMAS TECNICAS, COMPLEMENTARES AS DAS ESFERAS ESTADUAL E FEDERAL, PARA O SEU TERRITORIO. | Realiza | - |
| 5 GESTAO DO TRABALHO | | SITUACAO ATUAL | PRAZO PARA REALIZAR |
| 5.1- | TUDO MUNICIPIO DEVE PROMOVER E DESENVOLVER POLITICAS DE GESTAO DO TRABALHO, CONSIDERANDO OS PRINCIPIOS DA HUMANIZACAO, DA PARTICIPACAO E DA DEMOCRATIZACAO DAS RELACOES DE TRABALHO; | Realiza | - |
| 5.2- | TUDO MUNICIPIO DEVE ADOTAR VINCULOS DE TRABALHO QUE GARANTAM OS DIREITOS SOCIAIS E PREVIDENCIARIOS DOS TRABALHADORES DE SAUDE NA SUA ESFERA DE GESTAO E DE SERVICOS, PROMOVENDO ACOES DE ADEQUACAO DE VINCULOS, ONDE FOR NECESSARIO, CONFORME LEGISLACAO VIGENTE; | Realiza | - |
| 5.3- | ESTABELECER, SEMPRE QUE POSSIVEL, ESPACOS DE NEGOCIACAO PERMANENTE ENTRE TRABALHADORES E GESTORES; | Realiza | - |

| | | | |
|----------------------------|--|-----------------------|---------------------------------|
| 5.4- | DESENVOLVER ESTUDOS E PROPOR ESTRATEGIAS E FINANCIAMENTO TRIPARTITE COM VISTAS A ADOCAO DE POLITICAS REFERENTES AOS RECURSOS HUMANOS DESCENTRALIZADOS; | Não Realiza | Data para realização 12/2012 |
| 5.5- | CONSIDERAR AS DIRETRIZES NACIONAIS PARA PLANOS DE CARREIRAS, CARGOS E SALARIOS PARA O SUS - PCCS/SUS, QUANDO DA ELABORACAO, IMPLEMENTACAO E/OU REFORMULACAO DE PLANOS DE CARREIRAS, CARGOS E SALARIOS NO AMBITO DA GESTAO LOCAL; | Realiza | - |
| 5.6- | IMPLEMENTAR E PACTUAR DIRETRIZES PARA POLITICAS DE EDUCACAO E GESTAO DO TRABALHO QUE FAVORECAM O PROVIMENTO E A FIXACAO DE TRABALHADORES DE SAUDE, NO AMBITO MUNICIPAL, NOTADAMENTE EM REGIOES ONDE A RESTRICAO DE OFERTA AFETA DIRETAMENTE A IMPLANTACAO DE ACOES ESTRATEGICAS PARA A ATENCAO BASICA. | Não Realiza | Data para realização 12/2012 |
| 6 EDUCACAO NA SAUDE | | SITUACAO ATUAL | PRAZO PARA REALIZAR |
| 6.1- | TUDO MUNICIPIO DEVE FORMULAR E PROMOVER A GESTAO DA EDUCACAO PERMANENTE EM SAUDE E PROCESSOS RELATIVOS A MESMA, ORIENTADOS PELA INTEGRALIDADE DA ATENCAO A SAUDE, CRIANDO QUANDO FOR O CASO, ESTRUTURAS DE COORDENACAO E DE EXECUCAO DA POLITICA DE FORMACAO E DESENVOLVIMENTO, PARTICIPANDO NO SEU FINANCIAMENTO; | Realiza | - |
| 6.2- | TUDO MUNICIPIO DEVE PROMOVER DIRETAMENTE OU EM COOPERACAO COM O ESTADOS, COM OS MUNICIPIOS DA SUA REGIAO E COM A UNIAO, PROCESSOS CONJUNTOS DE EDUCACAO PERMANENTE EM SAUDE; | Realiza | - |
| 6.3- | TUDO MUNICIPIO DEVE APOIAR E PROMOVER A APROXIMACAO DOS MOVIMENTOS DE EDUCACAO POPULAR EM SAUDE NA FORMACAO DOS PROFISSIONAIS DE SAUDE, EM CONSONANCIA COM AS NECESSIDADES SOCIAIS EM SAUDE; | Realiza | - |
| 6.4- | TUDO MUNICIPIO DEVE INCENTIVAR JUNTO A REDE DE ENSINO, NO AMBITO MUNICIPAL, A REALIZACAO DE ACOES EDUCATIVAS E DE CONHECIMENTO DO SUS; | Realiza | - |
| 6.5- | ARTICULAR E COOPERAR COM A CONSTRUCAO E IMPLEMENTACAO DE INICIATIVAS POLITICAS E PRATICAS PARA A MUDANCA NA GRADUACAO DAS | Não se Aplica | - |

| | | | |
|---|---|-----------------------|------------------------------|
| | PROFISSIONAIS DE SAÚDE, DE ACORDO COM AS DIRETRIZES DO SUS; | | |
| 6.6- | PROMOVER E ARTICULAR JUNTO AS ESCOLAS TÉCNICAS DE SAÚDE UMA NOVA ORIENTAÇÃO PARA A FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS TÉCNICOS PARA O SUS, DIVERSIFICANDO OS CAMPOS DE APRENDIZAGEM. | Realiza | - |
| 7 PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL | | SITUAÇÃO ATUAL | PRAZO PARA REALIZAR |
| 7.1- | TODOS OS MUNICÍPIOS DEVE APOIAR O PROCESSO DE MOBILIZAÇÃO SOCIAL E INSTITUCIONAL EM DEFESA DO SUS; | Realiza | - |
| 7.2- | TODOS OS MUNICÍPIOS DEVE PROVER AS CONDIÇÕES MATERIAIS, TÉCNICAS E ADMINISTRATIVAS NECESSÁRIAS AO FUNCIONAMENTO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE, QUE DEVERÁ SER ORGANIZADO EM CONFORMIDADE COM A LEGISLAÇÃO VIGENTE; | Realiza | - |
| 7.3- | TODOS OS MUNICÍPIOS DEVE ORGANIZAR E PROVER AS CONDIÇÕES NECESSÁRIAS À REALIZAÇÃO DE CONFERÊNCIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE; | Realiza | - |
| 7.4- | TODOS OS MUNICÍPIOS DEVE ESTIMULAR O PROCESSO DE DISCUSSÃO E CONTROLE SOCIAL NO ESPAÇO REGIONAL; | Realiza | - |
| 7.5- | TODOS OS MUNICÍPIOS DEVE PROMOVER AÇÕES DE INFORMAÇÃO E CONHECIMENTO ACERCA DO SUS, JUNTO À POPULAÇÃO EM GERAL; | Não Realiza | Data para realização 12/2010 |
| 7.6- | APOIAR OS PROCESSOS DE EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE, COM VISTAS AO FORTALECIMENTO DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO SUS; | Realiza | - |
| 7.7- | IMPLEMENTAR OUVIDORIA MUNICIPAL COM VISTAS AO FORTALECIMENTO DA GESTÃO ESTRATÉGICA DO SUS, CONFORME DIRETRIZES NACIONAIS. | Não Realiza | Data para realização 12/2010 |

CLÁUSULA TERCEIRA

Suprimida em função da Portaria 91/GM de 10/01/2007 e Portaria 372/GM, de 16 de fevereiro de 2007, sendo que os objetivos e metas prioritárias dos Pactos pela Vida e de Gestão, juntamente com os indicadores de monitoramento e avaliação dos Pactos pela Vida e de Gestão (cláusula quarta), passam a compor um anexo do Termo de

Compromisso de Gestão, anexo este referente ao Relatório de Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde.

CLÁUSULA QUARTA

Suprimida em função da Portaria 91/GM de 10/01/2007 e Portaria 372/GM, de 16 de fevereiro de 2007, passando a compor, juntamente com os objetivos e metas prioritárias dos pactos pela Vida e de Gestão (cláusula terceira), um anexo do próprio Termo, referente ao Relatório de indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde.

CLÁUSULA QUINTA – DA REVISÃO

Os objetivos, metas e indicadores, constantes como anexo deste Termo, serão revistos anualmente, sendo março o mês de referência para esse processo. O cronograma pactuado deve ser objeto permanente de acompanhamento.

CLÁUSULA SEXTA – DA PUBLICAÇÃO

Este Termo de Compromisso de Gestão será publicado no Diário Oficial do Município ou em instrumento correlato, conforme legislação vigente.

E, por estar assim de acordo com as disposições deste, o Secretário Municipal de Saúde de **VICOSA** firma o presente Termo de Compromisso de Gestão,

Viçosa, 17 de maio de 2010

Assinatura e identificação do Gestor Municipal

ANEXO 2 – Resolução nº 01/2010

RESOLUÇÃO Nº01/2010

O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE da Secretaria Municipal de Saúde, considerando a necessidade de aperfeiçoar e adequar os procedimentos de avaliação de desempenho dos servidores municipais de carreira da Secretaria Municipal de Saúde para fins de progressão por mérito profissional na carreira, nos termos da Lei nº1593/2004, resolve aprovar os critérios de avaliação de desempenho dos servidores municipais da Secretaria Municipal de Saúde.

Publique-se e cumpra-se.

Viçosa, 2010.

Frank Paiva da Cunha

Presidente do Conselho Municipal de Saúde - CMS

ANEXO DA RESOLUÇÃO Nº01/2010 DO CMS

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DOS SERVIDORES DE CARREIRA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º - A avaliação de desempenho prevista na Seção V da Lei nº1593/2004, que dispõe sobre o plano de carreira dos servidores municipais da Secretaria de Saúde, é uma ferramenta que permite avaliar e mensurar, de modo objetivo e sistematizado, como o servidor está desempenhando o seu papel dentro da instituição e quando está ou não, correspondendo ao que se espera que seja realizado em cada função.

Art. 2º - A Avaliação de Desempenho, também, é instrumento gerencial que permite ao administrador mensurar os resultados obtidos pelo servidor ou pela equipe de trabalho, mediante critérios objetivos decorrentes das metas institucionais previamente pactuadas com a equipe de trabalho, considerando-se o padrão de qualidade de atendimento ao usuário definido pela instituição, com a finalidade de subsidiar a política de desenvolvimento institucional e do servidor.

Art. 3º - Para efeito desta resolução, aplica-se os seguintes conceitos:

- a) **Desempenho:** a execução de atividades e cumprimento de metas previamente pactuadas entre ocupante da carreira e a instituição, com vistas ao alcance de objetivos institucionais;
- b) **Usuários:** pessoas ou coletividades internas ou externas à instituição que usufruem direta ou indiretamente dos serviços por ela prestados;

Art. 4º - O programa de avaliação de desempenho, como processo pedagógico, coletivo e participativo, abrangerá, de forma integrada, a avaliação:

I – das ações da instituição;

II – das atividades das equipes de trabalho;

III – das condições de trabalho;

IV – das atividades individuais, inclusive as das chefias.

CAPITULO II

DA COMPETENCIA

Art. 5º - Compete à Comissão Permanente de Avaliação de Desempenho – CPAD, no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde - SMS, a coordenação, a implantação, a execução, o acompanhamento, a avaliação e o aperfeiçoamento do programa de avaliação de desempenho, bem como a elaboração do ato de progressão.

Parágrafo único – a avaliação de desempenho do servidor de carreira da SMS, será iniciada e acompanhada pela CPAD, anualmente.

Art. 6º - Compete à CPAD acompanhar, orientar, fiscalizar e avaliar a implementação do Programa de Avaliação de Desempenho, bem como propor a CMS as alterações necessárias ao seu aprimoramento.

CAPÍTULO III

DOS OBJETIVOS

Art. 7 – Objetivo Geral:

Promover o desenvolvimento institucional, subsidiando a definição de diretrizes para políticas de gestão de pessoas e garantindo a melhoria da qualidade dos serviços prestados à comunidade.

Art. 8 – Objetivos Específicos:

- I - fornecer indicadores que subsidiem o planejamento estratégico, visando ao desenvolvimento de pessoal da Instituição;
- II- propiciar condições favoráveis à melhoria dos processos de trabalho;
- III – identificar e avaliar o desenvolvimento coletivo e individual do servidor, consideradas as condições de trabalho;
- IV – subsidiar a elaboração dos programa de capacitação e aperfeiçoamento, bem como o dimensionamento das necessidades institucionais de pessoal e de políticas de saúde ocupacional;
- V – promover a reflexão do servidor acerca da sua responsabilidade para com os resultados previstos no planejamento dos serviços;
- VI – aferir o mérito para progressão.

CAPITULO IV
DO PÚBLICO-ALVO

Art.9 – Serão avaliados:

- I) todos os servidores de carreira da Secretaria Municipal de Saúde ocupantes ou não de cargo em comissão, inclusive os que estão em final de carreira, tendo em vista que o objetivo da Avaliação de Desempenho não está restrito à progressão funcional por mérito;
- II) os servidores cedidos e em exercício provisório.

CAPITULO V

DA PERIODICIDADE

Art. 10 – A periodicidade da Avaliação de Desempenho será anual e ocorrerá no mês de Agosto de cada ano.

CAPITULO VI

DO INTERSITÍCIO

Art. 11 – O interstício para Progressão por mérito Profissional na Carreira passa é de 24 (vinte e quatro) meses de efetivo exercício.

Parágrafo único – Na contagem do interstício, de que trata o caput deste artigo, serão descontados os dias correspondentes a:

- A) licença para acompanhar o cônjuge, sem remuneração;
- B) licença por motivo de doença de pessoa da família;
- C) licença para tratar de interesse particular;
- D) afastamento para desempenho de mandato eletivo federal, estadual e municipal;
- E) afastamento para desempenho de mandato classista;
- F) licença para atividade política, conforme art. 86, parágrafo 2º da lei n 8.112/1990;
- G) afastamento do cargo efetivo para representação de associação de classe,

- sindicato ou confederação;
H) qualquer outro afastamento não remunerado.

CAPITULO VII

DA METODOLOGIA DA AVALIAÇÃO

Art. 12 _ O processo de Avaliação de Desempenho deverá levar em consideração o cumprimento das metas e ações estabelecidas no Plano de Gestão da unidade.

Art. 13 _ A avaliação será realizada pela unidade em que o servidor esteja desempenhando suas atividades laborais e consistirá de:

- I – auto-avaliação;
- II – avaliação pela chefia imediata e chefia geral da unidade;
- III - avaliação da chefia pelos seus subordinados;
- IV – avaliação institucional das condições de trabalho (Formulário 3);
- V – avaliação da equipe;
- VI – avaliação dos usuários (Formulário 4).

§ 1º - As avaliações dos incisos I a V deverão ser realizadas em formulários eletrônicos, conforme modelos anexos, que, depois de preenchidos, impressos e assinados, serão incorporados ao processo a ser encaminhado ao Serviço de Pessoal da SMS.

§ 2º - A avaliação do inciso III consistirá da média das notas da avaliação dos subordinados que compõem a equipe do chefe imediato.

§ 3º - A avaliação do inciso IV será realizada pela chefia imediata do local e objetiva subsidiar ações gerenciais, não integrará o somatório de qualquer avaliação.

§ 4º - A avaliação do inciso V consistirá da média das notas da avaliação da chefia de todos os integrantes que compõem a equipe da chefia geral da unidade definida no artigo 16 desta Resolução.

§ 5º - A avaliação do inciso VI não integrará o somatório das avaliações. Servirá como instrumento gerencial para propor melhorias no atendimento ao usuário.

Art. 14 – Os servidores não ocupantes de cargos em comissão serão avaliados:

- I – por auto-avaliação (Formulário 1);
- II – pela chefia imediata e chefia geral da unidade, conjuntamente (Formulário 1);
- III – pela equipe de trabalho, conforme o artigo 13, parágrafo 4º.

Art. 15 – Os servidores ocupantes de cargos em comissão serão avaliados:

- I – por auto-avaliação (Formulário 2);
- II – pela chefia imediata e chefia geral da unidade, conjuntamente (Formulário 2);
- III – pelos subordinados, conforme o artigo 13, parágrafo 2º (Formulário 2);
- IV – pela equipe de trabalho, conforme o artigo 13, parágrafo 4º.

Parágrafo único – O chefe que não possuir subordinado será avaliado como servidor não ocupante de cargo em comissão.

Art. 16 – Considera-se chefia geral das unidades o Secretário Municipal de Saúde.

CAPÍTULO VIII
DA PONTUAÇÃO

Art. 17 - A cada fator de avaliação serão atribuídos valores de 1 (um) a 4 (quatro) e uma opção SCA (sem condições de avaliar), que deverá ser justificada e anexada ao processo.

Art. 18 – Os servidores ocupantes ou não de cargos em comissão terão sua avaliação de desempenho calculada na forma da média aritmética simples das avaliações a que foram submetidos, conforme artigos 14 e 15.

CAPÍTULO IX
DO DIREITO À PROGRESSÃO

Art. 19 – Fará jus à Progressão por Mérito Profissional o servidor que atingir o mínimo de 70% (setenta por cento) no resultado final.

Art. 20 – Não terá direito à Progressão por Mérito Profissional o servidor que no período do interstício:

- I – faltar, sem justificativa, 6 (seis) dias ou mais, de forma intercalada ou não;
- II – sofrer qualquer penalidade em processo administrativo disciplinar;
- III – tiver cumprido pena privativa de liberdade.

CAPÍTULO X
DO RECURSO

Art. 21 – Deverá ser dado ao servidor avaliado pleno conhecimento do instrumento de avaliação e garantir a ele o direito de ampla defesa e contraditório.

Art. 22 – Caberá ao avaliado direito de interposição de recurso ao resultado da avaliação que não permita a progressão, no prazo regimental de 10 (dez) dias, após ciência do resultado da avaliação, no Serviço de Pessoal da SMS. O Serviço de Pessoal com a devida análise da CPAD prevista no artigo 23, dará ciência quanto ao recurso ao servidor.

CAPITULO XI

DAS DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS E FINAIS

Art. 23 – A CPAD terá como uma de suas atribuições o julgamento de recursos. A composição da CAPD será conforme art. 26 da seção V da lei 15931/04.

Art. 24 – A Avaliação quando concluir pelo mérito gerará efeito financeiro a partir da data em que o servidor completar o interstício.

Art. 25 – A liberação do servidor para a realização de cursos de Especialização, Mestrado e Doutorado está condicionada ao resultado favorável da avaliação de desempenho.

Art. 26 – Os servidores que se encontrarem afastados de suas atividades no período da avaliação, por motivos de férias, licença médica e licença-prêmio por assiduidade, serão avaliados imediatamente após o retorno ao trabalho, não acarretando alteração do interstício.

Parágrafo único – A licença médica não acarretará alteração do interstício, desde que o servidor tenha cumprido, no mínimo, 6 (seis) meses de efetivo exercício.

Art. 27 – Os servidores cedidos para a SMS deverão ser avaliados nas unidades em que desenvolvem suas atividades, cuja avaliação deverá ser remetida ao Serviço de Pessoal para ser encaminhada às secretarias e instituições de origem.

Parágrafo único – Os servidores da SMS que estiverem exercendo suas funções em outras secretarias deverão ser avaliados por elas, devendo o resultado ser encaminhado ao Serviço de Pessoal da SMS.

Art. 28 – O servidor removido de setor ou de unidade e que tenha, na data da avaliação, cumprido seis meses de efetivo exercício no novo setor será avaliado pela chefia atual, podendo ser ouvida a chefia anterior. Caso ainda não tenha cumprido 6 (seis) meses de efetivo exercício, o referido servidor será avaliado pela chefia anterior, cabendo à chefia atual a responsabilidade dos devidos encaminhamentos.

Art. 29 – O chefe da unidade que não tenha cumprido, na data da avaliação, 6 (seis) meses de efetivo exercício na função, deverá submeter a avaliação dos servidores à chefia anterior e responsabilizar-se pelos devidos encaminhamentos.

Art. 30 – Os servidores que tiverem completado interstício de efetivo exercício desde 30 de junho de 2008 até 31 de dezembro de 2009, serão avaliados em uma única etapa.

Parágrafo único – A partir de 02 de janeiro de 2010, para a obtenção da progressão por mérito, será considerada a média do resultado das 2(duas) últimas avaliações.

Art. 31 – A partir de 1º de janeiro de 2010, o resultado da avaliação de desempenho será calculado conforme o parágrafo único do artigo 30.

Parágrafo único – Caso o servidor não tenha sido submetido a 2 (duas) avaliações, será considerado o resultado da última avaliação.

Art. 32 – Os casos omissos nesta Resolução serão avaliados pela CPADSMS.

Art. 33 – Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

ANEXO 3 – Formulário para avaliação de desempenho

Formulário para avaliação de desempenho do servidor não ocupante de cargo em comissão (F1)

| | |
|----------------------------------|---|
| Identificação do Servidor | |
| Nome: | |
| Matrícula: | Auto-avaliação (AA) () |
| Cargo: | |
| Lotação: | Avaliação pela chefia imediata e chefia geral da unidade (AC) () |
| Admissão: | |
| Interstício: | |

| |
|---|
| Instruções |
| <ul style="list-style-type: none">• Leia, com atenção, no formulário anexo, a descrição dos fatores de avaliação;• Seja o mais objetivo e imparcial possível em suas escolhas;• Não rasure o formulário, evitando, assim, dupla interpretação, o que poderá anular esta avaliação.• Não deixe nenhum fator sem avaliação.• Confira bem o preenchimento. |

| Não preencher. Reservado ao Serviço de Pessoal | |
|---|---------------------------|
| PONTUAÇÕES | |
| Avaliações | Total de Pontos/Avaliação |
| Auto-avaliação (AA) | |
| Avaliação pela chefia imediata e chefia geral da unidade (AC) | |
| Avaliação da equipe (AE) = (ART. 14,§ 4º da resolução) | |
| Total Geral de pontos $\Sigma AA+AC+AE/3=$ | |

Relacionamos, abaixo, um conjunto de características desejáveis. Análise cada uma delas e indique ao lado somente **UM** dos conceitos possíveis, marcando o número correspondente.

| CONCEITOS |
|--|
| 1. ATINGE MINIMAMENTE O DESEMPENHO ESPERADO |
| 2. ATINGE PARTE DO DESEMPENHO ESPERADO |
| 3. ATINGE O DESEMPENHO ESPERADO |
| 4. ACIMA DO DESEMPENHO ESPERADO |
| SCA – SEM CONDIÇÕES DE AVALIAR (Justificativa obrigatória) |

| | 1 | 2 | 3 | 4 | SCA |
|---|---|---|---|---|-----|
| DIMENSÃO INSTITUCIONAL – Características que agregam valor e contribuem para o desenvolvimento da Instituição. | | | | | |
| COMPROMISSO INSTITUCIONAL Tem envolvimento e compromisso com o trabalho. Empenha-se em manter organizado e em bom estado seu equipamento e seu local de trabalho. | | | | | |
| ORIENTAÇÃO PARA OS RESULTADOS Concentra-se nos resultados, assumindo compromissos com as metas. Contribui com idéias e sugestões para obtenção satisfatória dos mesmos. | | | | | |
| CAPACIDADE DE ANÁLISE/SOLUÇÃO DE PROBLEMAS Capacidade para analisar e emitir recomendações adequadas sobre os assuntos relativos a sua área de atuação. | | | | | |
| DIMENSÃO FUNCIONAL – Características que geram impacto nos processos e formas de trabalho. | | | | | |
| QUALIDADE E PRODUTIVIDADE Realiza suas atividades de forma completa, precisa e criteriosa, atendendo aos padrões de qualidade esperados. | | | | | |
| ORIENTAÇÃO PARA O USUÁRIO Estabelece contatos pessoais, independentes de nível hierárquico, de forma assertiva, buscando atender às expectativas e necessidades dos usuários internos e externos. | | | | | |
| DISPOSIÇÃO PARA O TRABALHO Demonstra o interesse, entusiasmo e determinação na execução das atividades. É pro ativo. | | | | | |
| PONTUALIDADE Cumprir a jornada de trabalho preestabelecida. | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
| ASSIDUIDADE É assíduo e participa ativamente das atividades | | | | | |
| TRABALHO EM EQUIPE Habilidade de interagir com os demais membros da equipe e saber ouvir posições contrárias. Busca alternativas e contribui para a atuação positiva da equipe. Está sempre pronto a cooperar | | | | | |

DIMENSÃO INDIVIDUAL – Características que aparecem nas atividades, comportamentos, e são um diferencial do servidor.

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| ATUALIZAÇÃO É preocupado com seu desenvolvimento profissional. Torna para si a responsabilidade de manter-se atualizado. Procura promover os meios de preencher as lacunas de competência técnico-funcionais, solicitando, quando necessário, apoio institucional. | | | | | |
| HABILIDADE TÉCNICA Nível de conhecimento sobre os procedimentos, normas e padrões internos necessários para exercer suas atividades. | | | | | |
| FLEXIBILIDADE/ADAPTABILIDADE Reage bem a mudanças. Tem facilidade para utilizar novos métodos, procedimentos e ferramentas, adaptando-se rapidamente às necessidades e mudanças na rotina de seu trabalho. | | | | | |
| RELACIONAMENTO INTERPESSOAL Habilidade no relacionamento com seus colegas, superiores e usuários. | | | | | |
| ÉTICA O comportamento do servidor é compatível com Código de Ética profissional em itens como: sigilo, discricção, moralidade, | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| integridade, educação e cortesia com o usuário, discernimento entre questões públicas e pessoais etc. | | | | | |
| PERCEPÇÃO DO LUGAR NA ORGANIZAÇÃO Percepção de que seu trabalho, direta ou indiretamente, faz parte de um esforço conjunto para melhoria. | | | | | |
| ADMINISTRAÇÃO DE CONDIÇÕES DE TRABALHO Habilidade em administrar prazos e solicitações, apresentando resultado satisfatório, mesmo diante de demandas excessivas, capacidade de trabalhar sob pressão. | | | | | |

Justificativa da opção SCA – Sem Condições de Avaliar:

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |

Viçosa, __/__/____

Assinatura e Carimbo da Chefia Imediata

Assinatura e carimbo do Secretário

| |
|------------------------|
| |
| Assinatura do Avaliado |

Formulário para avaliação de desempenho do servidor ocupante de cargo em comissão (F2)

| | |
|----------------------------------|---|
| Identificação do Servidor | |
| Nome: | |
| Matrícula: | Auto-avaliação (AA) () |
| Cargo: | |
| Lotação: | Avaliação pela chefia imediata e chefia geral da unidade (AC) () |
| Admissão: | |
| Interstício: | Avaliação da Chefia Pelos Subordinados (AS) () |

Instruções

- Leia, com atenção, no formulário anexo, a descrição dos fatores de avaliação;
- Seja o mais objetivo e imparcial possível em suas escolhas;
- Não rasure o formulário, evitando, assim, dupla interpretação, o que poderá anular esta avaliação.
- Não deixe nenhum fator sem avaliação.
- Confira bem o preenchimento.

Não preencher. Reservado ao Serviço de Pessoal

PONTUAÇÕES

| Avaliações | Total de Pontos/Avaliação |
|--|---------------------------|
| Auto-avaliação (AA) | |
| Avaliação pela chefia imediata e chefia geral da unidade (AC) | |
| Avaliação da chefia pelos subordinados (AS)= (Art. 14§ 2 da resolução) | |
| Avaliação da equipe (AE) = (ART. 14,§ 4º da resolução) | |
| Total Geral de pontos $\Sigma AA+AC+AS+AE/4=$ | |

Relacionamos, abaixo, um conjunto de características desejáveis. Análise cada uma delas e indique ao lado somente **UM** dos conceitos possíveis, marcando o número correspondente.

| CONCEITOS |
|--|
| 1. ATINGE MINIMAMENTE O DESEMPENHO ESPERADO |
| 2. ATINGE PARTE DO DESEMPENHO ESPERADO |
| 3. ATINGE O DESEMPENHO ESPERADO |
| 4. ACIMA DO DESEMPENHO ESPERADO |
| SCA – SEM CONDIÇÕES DE AVALIAR (Justificativa obrigatória) |

////////////////////////////////////
////////////////////////////////////z

| | 1 | 2 | 3 | 4 | SCA |
|---|---|---|---|---|-----|
| DIMENSÃO INSTITUCIONAL – Características que agregam valor e contribuem para o desenvolvimento da instituição. | | | | | |
| COMPROMISSO INSTITUCIONAL Tem envolvimento e compromisso com o trabalho. Empenha-se em manter organizado e em bom estado seu equipamento e seu local de trabalho. | | | | | |
| GESTÃO DE RECURSOS Faz avaliação constante dos recursos e meios com o objetivo de otimizar a sua utilização, para obter melhores resultados na sua área/unidade. | | | | | |
| ORIENTAÇÃO PARA OS RESULTADOS Concentra-se nos resultados, assumindo compromissos com as metas. Contribui com idéias e sugestões para obtenção satisfatória dos mesmos. | | | | | |
| CAPACIDADE DE ANÁLISE/SOLUÇÃO DE PROBLEMAS Capacidade para analisar e emitir recomendações adequadas sobre os assuntos relativos a sua área de atuação. | | | | | |
| ATUAÇÃO INTEGRADA Coordenar e orientar as atividades da sua área, considerando a relação com outras equipes, buscando atingir os objetivos | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| institucionais. | | | | | |
| DIMENSÃO INDIVIDUAL – Características que aparecem nas atividades, comportamentos, e são um diferencial do servidor. | | | | | |
| DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL E PESSOAL Busca novos conhecimentos e práticas gerenciais, aplicando-os na sua área de trabalho. | | | | | |
| HABILIDADE TÉCNICA Nível de conhecimento sobre os procedimentos, normas e padrões internos necessários para exercer suas atividades. | | | | | |
| ÉTICA O comportamento do servidor é compatível com Código de Ética profissional em itens como: sigilo, discrição, moralidade, integridade, educação e cortesia com o usuário, discernimento entre questões públicas e pessoais etc. | | | | | |
| PERCEPÇÃO DO LUGAR NA ORGANIZAÇÃO Percepção de que seu trabalho, direta ou indiretamente, faz parte de um esforço conjunto para melhoria. | | | | | |
| ADMINISTRAÇÃO DE CONDIÇÕES DE TRABALHO Habilidade em administrar prazos e solicitações, apresentando resultado satisfatório, mesmo diante de demandas excessivas, capacidade de trabalhar sob pressão. | | | | | |
| ASSIDUIDADE É assíduo e participa ativamente das atividades. | | | | | |
| DIMENSÃO GERENCIAL – Características que aparecem nas atitudes do chefe em relação aos seus subordinados | | | | | |
| COMUNICAÇÃO Procurar manter os subordinados informados e atualizados. | | | | | |
| DESENVOLVIMENTO DE PESSOAS Promove e orienta a formação dos profissionais da sua equipe, | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| empreendendo esforços para elevar a sua capacitação. | | | | | |
| HABILIDADE TÉCNICA Nível de conhecimento sobre os procedimentos, normas e padrões internos necessários para exercer suas atividades. | | | | | |
| FLEXIBILIDADE/ADAPTABILIDADE Adapta com rapidez e facilidade os planos e ações frente às novas necessidades. | | | | | |
| AValiaÇÃO DOS SUBORDINADOS Avalia corretamente os subordinados, de acordo com os padrões apropriados aos servidores públicos municipal. | | | | | |
| RELACIONAMENTO INTERPESSOAL Habilidade no relacionamento com a equipe, superiores e usuários. Mantém boa relação com os subordinados, mantendo-os motivados e comprometidos. | | | | | |
| GESTÃO DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO Está atento às condições de trabalho da sua área, buscando viabilizar as melhorias necessárias ao desempenho da sua equipe. | | | | | |
| ORIENTAÇÃO PARA O USUÁRIO Estabelece contatos pessoais, independente de nível hierárquico, de forma assertiva, buscando atender às expectativas e necessidades dos usuários internos e/ou externos. | | | | | |
| LICENÇA Motiva e influencia a equipe para que contribuam da melhor forma com os objetivos dela. | | | | | |
| PLANEJAMENTO E ORGANIZAÇÃO Estabelece planos, metas e prazos, distribuindo adequadamente as atividades e acompanhando a sua execução. | | | | | |
| TRABALHO EM EQUIPE Habilidade de interagir com os membros da equipe e saber ouvir | | | | | |

posições contrárias. Busca alternativas e contribui para a atuação positiva da equipe. Está sempre pronto a cooperar.

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

Justificativa da opção SCA – Sem Condições de Avaliar:

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

Viçosa, ___/___/_____

Assinatura e Carimbo da Chefia Imediata

Assinatura e carimbo do Secretário

Assinatura do Avaliado

FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO INSTITUCIONAL DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO (f.3)

Esta avaliação será realizada pela chefia com apoio da equipe de trabalho e objetiva subsidiar ações gerenciais, não integrará o somatório de qualquer avaliação. Marque a opção mais adequada para a sua unidade.

| CONCEITOS |
|---|
| 1. ATENDE MINIMAMENTE O DESEMPENHO ESPERADO |
| 2. ATENDE PARTE DO DESEMPENHO ESPERADO |
| 3. ATENDE O DESEMPENHO ESPERADO |

| | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|---|---|---|---|
| DISPONIBILIDADE DE RECURSOS MATERIAIS E EQUIPAMENTOS | | | | |
| DISPONIBILIDADE E ADEQUAÇÃO DE MATERIAIS DE CONSUMO Os materiais de consumo são adequados para realização das atividades relacionadas ao trabalho da equipe. | | | | |
| DISPONIBILIDADE E ADEQUAÇÃO DE MATERIAIS PERMANENTES Os materiais permanentes são adequados para realização das atividades relacionadas ao trabalho da equipe. | | | | |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| CONDIÇÕES AMBIENTAIS FÍSICAS | | | | |
| AMBIENTE FÍSICO O espaço físico da unidade de trabalho é adequado para a realização das atividades relacionadas ao trabalho da equipe. | | | | |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| <p>LOCAL DE TRABALHO</p> <p>As condições de iluminação, ventilação, temperatura, ruído, higiene, segurança, e equipamentos de segurança são adequados.</p> | | | | |
| <p>PROCESSO DE TRABALHO</p> | | | | |
| <p>PLANO DE AÇÃO DA UNIDADE</p> <p>Existe um planejamento das ações da unidade que orienta os membros da equipe para atingimento dos resultados.</p> | | | | |
| <p>EQUIPE DE TRABALHO</p> <p>As atividades estão adequadamente distribuídas entre os membros da equipe de trabalho.</p> | | | | |

Viçosa, __/__/____

Assinatura e Carimbo da Chefia Imediata

Assinatura e carimbo do Secretário

LEGENDA PARA O RESULTADO FINAL DA AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

| | |
|-------------------------|--|
| Igual ou superior a 8,0 | EXCELENTE Na maioria das vezes, supera o esperado. O desempenho é reconhecido por todos com destaque. |
| Entre 7,0 – 7,999 | BOM Em geral, alcança os objetivos de forma adequada contribuindo para os resultados. |
| Entre 4,0 – 6,999 | REGULAR Em geral, contribui de forma parcial para os resultados. |
| Até 3,999 | POUCO COOPERATIVO Na maioria das vezes, contribui minimamente para os resultados. |

FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO DOS USUÁRIOS (F.4)

Sua opinião sobre nosso atendimento é muito importante, para que possamos melhorar nosso serviço, mas ela será válida se todos os dados forem fornecidos adequadamente, inclusive, a sua identificação.

Assinale com "X" no espaço correspondente à sua avaliação. O valor (1) corresponde a menor avaliação e (5) a maior avaliação.

Seus Dados

| | |
|---------------------------------|--|
| Nome: | |
| Telefone ou e-mail para contato | |

Dados do Atendimento

| | |
|-------------------------------|-------------------------|
| Unidade do atendimento/setor: | |
| Data do atendimento: | Horário do atendimento: |

Dê uma nota para a qualidade do atendimento nos seguintes aspectos:

| Item | | | | | | | |
|------|---|---|---|---|---|---|-----|
| 1. | Meios disponíveis para entrar em contato com o setor. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NS* |
| 2. | Acesso às dependências do setor. | | | | | | |
| 3. | Tratamento com atenção e cortesia. | | | | | | |
| 4. | Agilidade no atendimento. | | | | | | |
| 5. | Informações e esclarecimentos necessários. | | | | | | |

| | | | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|--|--|
| 6. | Cumprimento de prazos estipulados. | | | | | | |
| 7. | Resolução de problemas, conforme competência do setor. | | | | | | |
| 8. | As condições limpeza e conforto do setor. | | | | | | |

*NS: Não se aplica/ não sei.

Observação, reclamação ou sugestão:

Observação: Esta avaliação será utilizada na avaliação de desempenho anual dos servidores Imediatas.

ANEXO 4 – Ofício nº 0143/2010/Comitê de Ética



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS
Campus Universitário - Viçosa, MG - 36570-000 - Telefone: (31) 3899-1269


Of. Ref. Nº 0143/2010/Comitê de Ética

Viçosa, 25 de novembro de 2010.

Prezado Professor:

Cientificamos V.S^a. de que o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, em sua 8^a Reunião de 2010, realizada em 24-11-2010, analisou e aprovou, sob o aspecto ético, o projeto de pesquisa intitulado *Avaliação de políticas públicas: Viçosa frente à diretriz gestão do trabalho no pacto de gestão do Sistema Único de Saúde em 2010*.

Atenciosamente,


Professor *Gilberto Paixão Rosado*
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
Presidente

Professor
Adriel Rodrigues de Oliveira
Departamento de Administração

/rhs.