

LUCIANA LELIS LEAL

**GESTÃO DE PESSOAS NA SAÚDE PÚBLICA COM FOCO NAS UNIDADES DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: ANÁLISE DE EFICIÊNCIA DOS
MUNICÍPIOS DE MINAS GERAIS**

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
2017

**Ficha catalográfica preparada pela Biblioteca Central da Universidade
Federal de Viçosa - Câmpus Viçosa**

T

L473g
2017

Leal, Luciana Lelis, 1989-

Gestão de pessoas na saúde pública com foco nas unidades da estratégia saúde da família : análise de eficiência dos municípios de Minas Gerais / Luciana Lelis Leal. – Viçosa, MG, 2017.

xi, 78f. : il. (algumas color.) ; 29 cm.

Inclui apêndices.

Orientador: Karla Maria Damiano Teixeira.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Viçosa.

Referências bibliográficas: f.51-60.

1. Recursos humanos. 2. Eficiência organizacional.
3. Serviços de saúde - Administração. I. Universidade Federal de Viçosa. Departamento de Administração e Contabilidade. Programa de Pós-graduação em Administração. II. Título.

CDD 22. ed. 658.3

LUCIANA LELIS LEAL

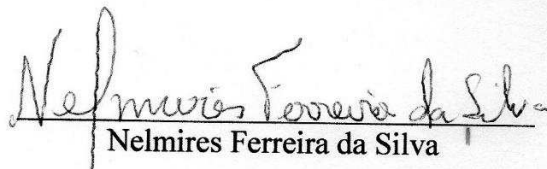
**GESTÃO DE PESSOAS NA SAÚDE PÚBLICA COM FOCO NAS UNIDADES DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: ANÁLISE DE EFICIÊNCIA DOS
MUNICÍPIOS DE MINAS GERAIS**

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*.

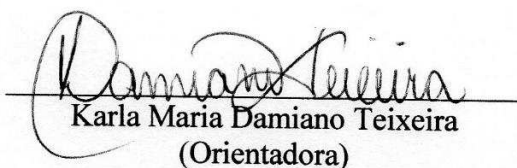
APROVADA: 21 de fevereiro de 2017.



Suely de Fátima Ramos Silveira



Nelmiros Ferreira da Silva



Karla Maria Damiano Teixeira
(Orientadora)

AGRADECIMENTOS

A Deus, em primeiro lugar, por todas as graças a mim concedidas e por me dar força e perseverança para chegar até aqui. Por muitas vezes, não acreditei que conseguiria.

À Universidade Federal de Viçosa (UFV), pelos melhores anos da minha vida e pelo conhecimento adquirido.

Aos meus pais e minha irmã por acreditarem em mim e me apoiarem. A cada dia, à sua maneira, sempre estiveram comigo e não mediram esforços para me ver trilhando os meus sonhos.

Ao meu namorado Marco Túlio, por me dar suporte nos momentos difíceis e por me acompanhar sempre, mesmo que à distância.

À minha orientadora pela confiança em mim depositada ao longo desses dois anos.

Aos amigos conquistados no mestrado por fazerem tudo isso valer a pena. Em especial ao grupo das “sem pinga” que tornaram os dias mais leves e menos estressantes. Meninas, muito obrigada, de coração!

A todos os professores e funcionários do Departamento de Administração e Contabilidade (DAD) pelos anos de convívio. Em especial, faço um agradecimento à Luiza, que sempre me atendeu a todos com carinho, dedicação e se tornou uma amiga.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) pelo apoio financeiro.

SUMÁRIO

| | |
|---|------|
| LISTA DE SIGLAS | v |
| LISTA DE TABELAS | vii |
| LISTA DE FIGURAS | viii |
| LISTA DE QUADROS | ix |
| LISTA DE GRÁFICOS..... | ix |
| RESUMO | x |
| ABSTRACT | xi |
| 1. INTRODUÇÃO..... | 1 |
| 1.1. Objetivo Geral | 5 |
| 1.2. Objetivos específicos | 5 |
| 2. REVISÃO DE LITERATURA..... | 5 |
| 2.1. Gestão de Pessoas na Saúde Pública | 5 |
| 2.2. Conferências Nacionais de Saúde (CNS) | 7 |
| 2.3. Principais Conquistas para a Gestão de Recursos Humanos em Saúde | 11 |
| 2.3.1. Os Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RHSUS) | 11 |
| 2.3.2. Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP-SUS) | 12 |
| 2.3.3. Criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde | 13 |
| 2.3.3.1. Política Nacional de Educação Permanente | 15 |
| 2.3.3.2. Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde | 16 |
| 2.3.3.3. Programa Nacional de reorientação profissional (Pró-saúde) | 16 |
| 2.3.3.4. Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) e o TELESSAÚDE | 17 |
| 2.3.3.5. Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Pet-Saúde) | 18 |
| 2.3.3.6. Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas | 18 |
| 2.3.3.7. O Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho no SUS .. | 19 |
| 2.3.4. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica | 19 |
| 2.4. Avaliação de Políticas públicas | 20 |
| 2.5. Eficiência, Eficácia e Efetividade na Gestão de Pessoas no Setor Público | 21 |
| 3. METODOLOGIA | 24 |
| 3.1. Local de estudo | 24 |
| 3.2. Objeto de estudo: Os profissionais das Equipes da Saúde da família | 25 |
| 3.3. Fonte de dados e variáveis | 26 |
| 3.4. Análise dos dados | 29 |

| | |
|---|-----------|
| 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO..... | 32 |
| 4.1. Perfil dos profissionais da ESF..... | 32 |
| 4.2. Eficiência das ações de Gestão de Pessoas em relação aos profissionais da ESF | 36 |
| 4.2.1. Cálculo do escore de eficiência | 36 |
| 4.3. Eficiência das ações de gestão de pessoas em relação à população..... | 43 |
| 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 49 |
| 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 51 |
| 7. APÊNDICE A..... | 61 |
| 8. APÊNDICE B | 62 |
| 9. APÊNDICE C | 63 |
| 10. APÊNDICE D | 63 |

LISTA DE SIGLAS

AED - Análise Exploratória de Dados
BCC - Banker, Charnes e Cooper
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNRHS - Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde
CNS - Conferências Nacionais de Saúde
CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias municipais de Saúde
CONASS - Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
CRS - Constant Returns to Scale
DATASUS- Portal de dados oficial do Ministério da Saúde
DEA - Análise Envoltória de Dados
DEGERTS - Departamento da Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde
DEGES - Departamento de Gestão da Educação
DEPREPS - Dep. de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde
DMU - *Decision Making Units*
EMS - Efficiency Measurement System
ESF- Estratégia de Saúde da Família
FIOCRUZ - Fundação Osvaldo Cruz
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDSUS - Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde
IMRS - Índice Mineiro de Responsabilidade Social
MNNP-SUS - Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS
NASF- Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NOB/RHSUS- Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS
PET-SAÚDE -Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PLANASA- Plano Nacional de Saneamento
PMAQ- Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PROFAPS- Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde
ProgeSUS - Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho no SUS
PROMED- Prog. Nacional de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina
Pró-Residência- Prog. de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas
PRÓ-SAÚDE - Programa Nacional de reorientação profissional
SGTES - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

SUS - Sistema Único de Saúde

UAPS - Unidades de Atenção Primária à Saúde

UNA-SUS - Universidade Aberta do SUS

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1- Estatística descritiva das variáveis empregadas no modelo de eficiência das ações de gestão de pessoas em relação aos profissionais..... | 37 |
| Tabela 2 - Análise descritiva dos escores de eficiência em relação aos profissionais | 37 |
| Tabela 3- Estatística descritiva dos escores de eficiência em relação aos profissionais por mesorregião..... | 40 |
| Tabela 4- Análise dos 10 melhores e 10 piores scores de eficiência municipal..... | 42 |
| Tabela 5- Estatística descritiva das variáveis empregadas no modelo de eficiência das ações de gestão de pessoas em relação aos profissionais..... | 44 |
| Tabela 6- Estatística descritiva dos escores de eficiência em relação à população..... | 44 |
| Tabela 7- Estatística descritiva dos escores por mesorregião | 47 |
| Tabela 8- Comparação dos escores de eficiência..... | 48 |

LISTA DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| Figura 1- Linha do tempo conferências | 10 |
| Figura 2 - Ranking do IDSUS dos estados brasileiros..... | 25 |
| Figura 3- Eficiência produtiva..... | 30 |
| Figura 4- Relações entre as fronteiras CRS e VRS..... | 31 |
| Figura 5- Representação dos Escores de eficiência em relação aos profissionais..... | 38 |
| Figura 6- Representação dos Escores de eficiência em relação à população..... | 46 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|---|----|
| Quadro 1- Descrição das variáveis utilizadas para análise de eficiência em relação aos profissionais..... | 27 |
| Quadro 2- Descrição das variáveis utilizadas para análise de eficiência em relação à população..... | 28 |
| Quadro 3- Municípios que apresentaram escore máximo..... | 45 |

LISTA DE GRÁFICOS

| | |
|--|----|
| Gráfico 1- Vínculos empregatícios | 35 |
| Gráfico 2- Porcentagem de municípios não credenciados por mesorregião..... | 39 |

RESUMO

LEAL, Luciana Lelis, M.Sc., Universidade Federal de Viçosa, fevereiro de 2017. **Gestão De Pessoas na Saúde Pública com Foco nas Unidades da Estratégia Saúde da Família: Análise de Eficiência dos Municípios de Minas Gerais.** Orientadora: Karla Maria Damiano Teixeira. Coorientador: Marco Aurélio Marques Ferreira.

A Estratégia Saúde da Família trouxe para a saúde pública uma nova forma de interação com a população com o foco no atendimento mais humanizado e próximo da realidade. Tem por objetivo a atenção integral como forma de garantir uma saúde com qualidade. Com unidades de atendimento dentro das comunidades e com uma interação mais próxima das pessoas, os profissionais acabaram assumindo papel de destaque para modificar essa forma de atendimento. Dessa forma, as secretarias municipais e seus órgãos responsáveis têm o dever de planejar e desenvolver ações de valorização profissional. É criada, então, a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, que surge como um marco para a Gestão de Pessoas na saúde pública, implementando e reforçando diretrizes, normas e programas. Assim, esse trabalho objetivou conhecer a realidade dos municípios mineiros no que se refere à implementação das ações de Gestão de Pessoas, analisando por meio de uma abordagem quantitativa a eficiência dos mesmos. Para tal, foram utilizados dados secundários de quatro bases governamentais, a saber: DATASUS, IMRS, IBGE e CNES. Dentre os principais resultados, destaca-se a alta rotatividade dos profissionais e a informalidade da maioria dos contratos de trabalho, evidenciando que a valorização profissional no estado apresenta fragilidades. Quanto à eficiência das ações de Gestão de Pessoas, os municípios apresentaram escores de eficiência elevados, demonstrando que os Programas destinados à valorização e capacitação têm alcançado todo o território estadual. No entanto, municípios com alto grau de dependência de recursos estaduais e federais e com proporção de população rural elevada, apresentaram ser menos eficientes. O cenário da eficiência da qualidade dos serviços prestados também obteve resultados inferiores em cidades menos desenvolvidas, mas, também, evidenciaram a má gestão das ações de Gestão de Pessoas, como cursos realizados sem prévia análise de demanda, tornando as ações ineficientes para os profissionais e, conseqüentemente, para a população. De maneira geral, os Programas têm sido disseminados, mostrando uma eficiência do estado no desenvolvimento dessas ações. No entanto, ainda é necessário romper com problemas estruturais dos municípios, que não conseguiram se organizar estrategicamente após a descentralização das ações de saúde. Também é necessário traçar formas de fiscalização que consigam direcionar os gestores municipais a implementar as ações de forma estratégica, atendendo as necessidades das equipes de profissionais.

ABSTRACT

LEAL, Luciana Lelis, M.Sc., Universidade Federal de Viçosa, February, 2017. **People Management with Focus on the Units the Family Health Strategy: Analysis of Efficiency of the Cities of Minas Gerais.** Advisor: Karla Maria Damiano Teixeira. Co-advisor: Marco Aurélio Marques Ferreira.

The Family Health Strategy has brought to public health a new way of interacting with the population with focus on care that is more humanized and closer to reality. It aims an integral care as a way to guarantee quality health. With service units placed within the communities and with a closer interaction with people, the professionals ended up assuming a prominent role to modify this way of serving. In this way, the municipal secretariats and their responsible offices have the duty to plan and develop actions to evaluate the professionals. The Secretariat of Labor Management and Health Education is created, which is a landmark for People Management in public health, implementing and reinforcing guidelines, norms and programs. Thus, this assignment aimed to understand the reality of the cities of Minas Gerais regarding the implementation of People Management's actions, analyzing with a quantitative approach the efficiency of these cities. For this purpose, secondary data from four governmental bases were used, namely: DATASUS, IMRS, IBGE and CNES. Among the main results, we highlight the frequent turnover of professionals and the informality of most of the work contracts, evidencing that the professional evaluation in the state still has weaknesses. Regarding the efficiency of People Management's actions, the cities presented high efficiency scores, showing that the Programs that aim the valorization and training have reached the entire state territory. However, cities with a high degree of dependence on state and federal resources and the ones with a high proportion of rural population were less efficient. The context of service's quality efficiency also obtained lower results in less developed cities, but also showed poor management of People Management's actions, such as courses conducted without previous demand analysis, turning the actions inefficient for professionals and, consequently, for the population. In general, the programs have been disseminated, showing an efficiency of the state in the development of these actions. However, it is still necessary to break with the structural problems of the cities, that could not organize themselves strategically after the decentralization of health actions. It is also necessary to devise forms of supervision that could guide municipal managers to implement actions in a strategic way, taking into account the needs of professional teams.

1. INTRODUÇÃO

Considerando que a mão de obra é uma peça fundamental na prestação de serviços na área de saúde, o presente estudo envolve uma análise de como as políticas de gestão de pessoas são empregadas aos funcionários das equipes do Estratégia Saúde da Família (ESF) o qual foi regulamentado em 1994 se tornando uma das principais portas de acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2016).

Segundo Oliveira e Spiri (2006), a ESF apresenta uma nova proposta para o atendimento em saúde, trazendo uma nova dinâmica para a estruturação desse serviço, além de mudar os níveis de assistência em relação à comunidade. Dessa forma, a ESF possui como foco principal o indivíduo como sujeito integrado à família e à comunidade, com ênfase em uma atenção integral e contínua (CHIESA; VERÍSSIMO, 2001).

A ESF é uma iniciativa do governo federal, sendo sua gestão descentralizada¹, e os municípios, os responsáveis por sua implementação e gestão (CHIESA; VERÍSSIMO, 2001). Os municípios devem buscar atender as necessidades e particularidades da população seguindo as orientações estabelecidas pelo Ministério da Saúde, que norteia procedimentos como a implantação das unidades, os critérios para escolha do local, e, a composição da equipe de trabalho (BRASIL, 2016). Assim, esse modelo auxilia que os trabalhos sejam realizados em condições adequadas em diferentes localidades. No entanto, cada equipe deve buscar atender as necessidades da população podendo modificar a composição mínima de profissionais conforme a demanda.

Essa nova concepção em atendimento em saúde apresenta as Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), que são a estrutura física básica de atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Destina-se à comunidade e tem como objetivo fornecer atendimento primário, reduzir o volume de demandas nos hospitais e pronto-socorros, diminuir o consumo abusivo de medicamentos e minimizar o uso indiscriminado e desnecessário de equipamentos de alta tecnologia as unidades de atendimento da ESF (BESEN *et al.*, 2007).

Para tanto, tais unidades dependem de espaço físico adequado, equipamentos, medicamentos e necessitam, fundamentalmente, de uma equipe de trabalho capacitada. Essa equipe deve ter em sua formação básica um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e agentes de saúde (PORTAL DA SAÚDE, 2015). A partir dos elementos fundamentais para a criação de uma UAPS, Besen *et al.* (2007) destacam que a composição dessa equipe de trabalho

¹ O princípio da descentralização encontra-se na Constituição Federal da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB), no artigo 198. Institui-se, nesse artigo, que as ações e serviços públicos de saúde devem formar parte de uma organização regionalizada e hierarquizada, e que devem constituir um sistema único (BRASIL, 1988).

é fundamental para o desenvolvimento das ações propostas pela ESF, uma vez que os trabalhos oferecidos pelas unidades estão diretamente ligados ao envolvimento dos profissionais com a comunidade.

O modelo de trabalho multiprofissional apresentado pela ESF, no qual diferentes profissionais devem interagir a fim de apresentar um novo tipo de atendimento à população, quando bem gerido, é capaz de melhorar a produtividade e a eficiência desses profissionais. Isso por que uma boa interação entre os mesmos facilita a prestação de serviços (GILLES; SOUZA, 1999).

Em uma definição mais ampla, a gestão do SUS considera que os profissionais envolvidos são potenciais agentes transformadores do ambiente no qual estão inseridos. Logo, não se pode considerar estes apenas como prestadores de serviços, devido à significância de cada profissional para o resultado como um todo (PORTAL DA SAÚDE, 2016).

Assim, para garantir a capacitação e motivação dos funcionários, é necessário que a Gestão de Pessoas no setor de saúde aborde, principalmente, como deverão ser realizados os processos seletivos, treinamentos, desenvolvimento de competências e controle das atividades dos membros da equipe da UAPS. Demo (2010) considera esses elementos como peças fundamentais para o alcance de objetivos organizacionais e individuais, o que conseqüentemente, acabaria por fazer com que o servidor atuasse de maneira mais eficiente.

As ações de Gestão de Pessoas em saúde têm como principais objetivos a valorização e qualificação dos profissionais para que estes tenham condições dignas de trabalho e que possam oferecer serviços de qualidade para a população. Assim, a qualidade do atendimento oferecido é um objetivo, mas que pode ser considerada um resultado capaz de sinalizar as falhas no processo de trabalho (DITTERICH *et al.*, 2012).

Todavia, Kell e Shimizu (2010) apontam falhas no processo de trabalho desses profissionais, como a inadequação na organização e a não definição de papéis dentro da equipe. Tais falhas ocasionam, dificuldades capazes de gerar empecilhos na articulação e integração da equipe, o que desencadeia a descontinuidade do atendimento, fragmentação da assistência e, conseqüentemente, o não alcance dos resultados.

Para tanto, segundo o Portal da Saúde (2014), historicamente muitas ações foram implementadas no setor de saúde. Porém a partir da criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), em 2003, as atividades se tornaram mais direcionadas, uma vez que este órgão visa o regimento das diretrizes a serem seguidas pelas secretarias de saúde de cada município. Cabe à SGTES instituir políticas e ações que possibilitem um maior

aperfeiçoamento e atualização dos servidores de modo a torná-los aptos para o atendimento à comunidade.

Para compreender como ocorre a Gestão de Pessoas na esfera pública, é necessário, primeiramente, analisar a evolução da Gestão de Recursos Humanos na administração pública, a qual Dutra (2011) define em três momentos importantes. O primeiro momento ocorre na década de 1930, em que as ações de recursos humanos se limitaram à divisão de tarefas. No final da década de 1980, considerado o segundo momento, a gestão de recursos humanos conseguiu um maior destaque durante a fundação do modelo de administração pública gerencial implantado no país, o qual proporcionou mudanças na gestão do funcionalismo público (SIQUEIRA; MENDES, 2009). A partir dos anos 2000, tem-se o terceiro momento da evolução da Gestão de Recursos Humanos, havendo maior direcionamento para a Gestão de Pessoas por meio da gestão por competências. Segundo Amaral (2014), a gestão por competências dá um maior foco nas habilidades e competências do quadro de funcionários e as atividades que devem ser realizadas, devendo haver um alinhamento entre as mesmas.

A Gestão de Pessoas é caracterizada por uma relação de busca pelo equilíbrio, sendo composta por organizações e colaboradores. As organizações entendem o colaborador como peça fundamental no processo de cumprimento de metas e produtividade. Assim, as políticas de Gestão de Pessoas precisam ser modificadas de forma a se ajustar às necessidades da organização e valorizar os colaboradores (DEMO, 2010).

É necessário planejar ações de Gestão de Pessoas de modo que elas estimulem, motivem, qualifiquem e proporcionem condições para o desenvolvimento do profissional (DUTRA, 2011). Assim, aos funcionários responsáveis pela Gestão de Pessoas cabe atuar estrategicamente avaliando os recursos disponíveis e necessários para atingir os objetivos desejados para cada área da organização.

O tema Gestão de Pessoas vem ocupando cada vez mais espaço na elaboração da agenda das políticas públicas de saúde, uma vez que existem vários desafios a serem superados quanto à distribuição e qualificação dos profissionais. Dessa forma, as ações voltadas para o desenvolvimento e valorização dos profissionais demonstram um avanço significativo na qualidade dos serviços prestados à população. Para isso é necessário que a parceria Ministério da Saúde e Ministério da Educação seja indissociável, enfatizando Programas que ofereçam qualidade e equidade de conhecimento para os profissionais (HADDAD *et al.*, 2010).

A Gestão de Pessoas abrange mais que a área de recursos humanos, envolvendo, também, recursos, ambiente externo, comportamentos e análise estratégica, buscando maior

eficiência na prestação dos serviços públicos. Considera-se a eficiência como a racionalização do uso dos recursos em relação às atividades realizadas (GEMELLI; FILIPPIM, 2010).

Considerando que os resultados da prestação de serviços em organizações públicas estão diretamente ligados à qualidade com que são atendidas as necessidades da população, a racionalização dos recursos deve almejar atingir o maior número de metas sociais, caracterizando, assim, uma gestão eficiente (VIACAVA *et al.*, 2012).

Costa e Castanhar (2003) destacam a necessidade de uma melhor aplicação dos investimentos públicos e, conseqüentemente, um melhor investimento desses recursos. Essa preocupação se deve principalmente à escassez de recursos. Dessa forma, parte-se do pressuposto de que aumentando a eficiência e o controle dos recursos, os resultados garantiriam ações mais consistentes e uma gestão pública mais efetiva. Por meio das formas de controle, é possível avaliar se um determinado Programa cumpriu com seus objetivos e se o mesmo alcançou resultados satisfatórios. Sendo assim, um dos principais modelos de controle no serviço público é a análise de desempenho.

Após um estudo realizado com funcionários das UAPS, no ano de 2012, o qual teve como objetivo analisar a eficiência do ESF, uma das principais falhas estratégicas era a falta de capacitação e ações voltadas para a valorização dos profissionais. A partir desse estudo, surgem a motivação para estudar as ações de gestão de pessoas implantadas após a criação da SGTES que, assim como toda atividade pública, deve realizar suas atribuições de forma a atingir a satisfação das necessidades coletivas e atendimento aos direitos individuais (MEIRELLES, 1998).

Desse modo, vê-se a importância de identificar as principais ações e programas de gestão de pessoas desempenhadas pela SGTES nos municípios, ou seja, de que forma eles atuam na realidade das unidades, o que tem sido feito para melhorar o ambiente de trabalho e a capacitação dos mesmos, além de avaliar como estas atividades tem impactado na qualidade do atendimento à população.

1.1. Objetivo Geral

Como objetivo principal, pretendeu-se analisar a eficiência dos municípios de Minas Gerais em relação às políticas de gestão de pessoas na área de saúde, tendo como base os resultados em relação aos profissionais das equipes de trabalho da ESF e a população atendida.

1.2. Objetivos específicos

- Identificar o perfil dos profissionais que compõem as equipes ligadas à saúde das UAPS;
- Analisar a eficiência dos municípios por meio do conjunto de ações da gestão de pessoas sobre as equipes de saúde;
- Analisar a eficiência dos municípios quanto as ações de gestão pessoas em relação à prestação de serviços à população.

2. REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura está apresentada em dois tópicos, a saber: Avaliação de Políticas Públicas, Eficiência e Eficácia na Gestão de Pessoas no Setor Público e, Gestão de Pessoas na Saúde Pública.

2.1. Gestão de Pessoas na Saúde Pública

No final do século XX e início do XXI, com a evolução das leis trabalhistas, a busca por melhores condições de trabalho e o desenvolvimento dos modelos de gestão fizeram com que o profissional deixasse de ser visto como mais um recurso da empresa e passasse a ser considerado uma peça fundamental para o sucesso organizacional, configurando, assim, a gestão de pessoas (CUNHA *et al.*, 2006).

No entanto, a Constituição Federal de 1988 proporcionou significativas mudanças para a gestão pública, a fim de tornar as contratações mais transparentes e profissionais, sendo, então, instituído o concurso público, que garantiria estabilidade ao funcionário. Porém, com maior rigor contra nepotismo e maior profissionalização verificou-se a falta de motivação devida a não flexibilidade nas atividades do dia a dia (GEMELLI; FILIPPIM, 2010).

De forma muito semelhante ao que aconteceu no sistema privado, a gestão de pessoas no sistema público teve início visando garantir meios adequados de implantar e desenvolver serviços públicos, de modo que os profissionais atuassem de forma mais eficiente e eficaz para atender às necessidades básicas da sociedade (SIQUEIRA; MENDES, 2009).

Dessa forma, cabe aos responsáveis pela gestão de pessoas elaborar estratégias capazes de minimizar os problemas que afetam a produtividade do servidor público. É esperado que o

quadro de profissionais das organizações públicas seja composto por indivíduos capacitados e preparados para atuar no serviço público (PIRES, 2005). Considera-se então o processo de capacitação como um meio de preparar um determinado indivíduo para exercer uma atividade específica, transferindo para o restante da organização o seu aprendizado (DUTRA, 2011). Já o treinamento é uma forma de se desenvolver capacidades das pessoas, funcionando como uma educação profissional que desenvolve a pessoa para um determinado cargo de qualquer setor, possuindo assim, um caráter mais amplo que a capacitação (BARRETO, 1995).

Dessa forma, cabe aos profissionais de Gestão de Pessoas alocar esses funcionários devidamente conforme suas habilidades, além de identificar a necessidade de cursos de capacitação e treinamentos com o objetivo de melhorar a qualidade do trabalho e, conseqüentemente, oferecer melhores serviços à população (PIRES, 2005).

As ações de Gestão de Pessoas em organizações públicas partem da identificação do seu papel para a sociedade, observando as necessidades do ambiente e como serão prestados os seus serviços, como lidar com desafios orçamentários e políticos (DUTRA, 2009).

A terminologia mais empregada na Gestão de Pessoas na última década é a Gestão de Pessoas por Competência, a qual relaciona “o recrutamento, a seleção, o treinamento e desenvolvimento, a avaliação de desempenho e a remuneração”, de modo a desenvolver as competências pessoais e garantir o alcance dos objetivos organizacionais (MASCARENHAS, 2008 apud PINTO; SILVA, 2015, P.9)

Porém, ao analisar historicamente o sistema de saúde brasileiro é possível perceber que no período anterior a 1930 a saúde era tratada, em sua maior parte, como responsabilidade de instituições filantrópicas e de caridade, cabendo ao Estado algumas ações como vacinação, saneamento e cuidados com algumas doenças como tuberculose, hanseníase e doenças mentais. Assim, ainda não havia espaço para uma melhoria das condições de trabalho oferecidas aos profissionais (CARVALHO, 2013).

Para tanto, a Gestão de Pessoas começou a ganhar maior espaço na agenda pública no decorrer das Conferências Nacionais de Saúde (CNS), as quais representaram um significativo ambiente para análise e reflexão das necessidades do setor de saúde no país, além da elaboração de diretrizes para as políticas públicas de saúde buscando a garantia de direitos de profissionais e usuários do sistema (PORTAL FIOCRUZ, 2016).

2.2. Conferências Nacionais de Saúde (CNS)

A luta por melhores condições de trabalho e valorização profissional teve origem, em sua maior parte, por meio de sindicatos e atores sociais defensores da causa que levaram à conquista de ambientes de debates das principais necessidades. Nesse contexto, as CNS's se tornaram os mais importantes e relevantes ambientes de debate. As primeiras transformações significativas no cenário trabalhista no setor da saúde no país foram em decorrência das CNS, que possuíam, como objetivo principal, debater possíveis soluções para problemas na área de saúde. A I e II CNS ocorreram, respectivamente, em 1941 e 1950, sendo a primeira voltada para a situação do sistema de saúde como um todo. Já na II CNS houve um maior direcionamento dos debates, sendo evidenciadas questões como higiene e segurança no trabalho (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Em 1953, foi criada a Lei nº 1.920, a qual desmembrou o então Ministério da Educação e Saúde em dois ministérios: Saúde, e Educação e Cultura. A partir dessa data, o Ministério da Saúde tomou para si atividades que até então não eram suficientes para caracterizar o órgão governamental como Secretaria de Estado, ficando limitado a ações legais e à mera divisão das atividades de saúde. Entretanto, em 1956 surgiu o Departamento Nacional de Endemias Rurais, órgão do Ministério da Saúde responsável por planejar e executar serviços de combates a doenças endêmicas como a malária, leishmaniose, doença de Chagas, peste, brucelose e febre amarela (PORTAL DA SAÚDE, 2015).

Porém, pautas que envolvessem debates em relação à gestão de recursos humanos ocorreram pela primeira vez na III CNS realizada em 1963, na qual foram propostas normas para a realização de recrutamento, seleção, treinamento e a descentralização do ensino técnico. Como resultado da Conferência, o ensino técnico que acontecia até aquela data era de responsabilidade do Ministério da Saúde e, após a descentralização, se tornou responsabilidade das Faculdades de Medicina e Escolas de Saúde Pública (SILVA *et al.*, 2009).

Na IV CNS (1967), o tema principal debatido foi “recurso humano”, mostrando a necessidade de se ter uma maior variedade de profissionais e que os mesmos possuíssem a formação necessária, seja em nível médio ou auxiliar. Já em 1975, na V CNS, a qualificação e multidisciplinaridade das equipes de trabalho foram os principais pontos debatidos, mostrando o início do abandono ao modelo de saúde curativo e o início aos serviços de prevenção e promoção da saúde coletiva, além da criação das primeiras coordenadorias regionais de saúde

Durante a Ditadura Militar, o sistema de saúde teve seu foco alterado para a fase conhecida como Reforma Sanitarista, marcada principalmente pela criação do Plano Nacional

de Saneamento (PLANASA), o qual representava um projeto do governo federal que tinha como objetivo ampliar a oferta de serviços de esgoto e água tratada (LISBOA et al., 2013). Dessa forma, a VI CNS, realizada em 1977, teve como objetivo principal a operacionalização das novas propostas da Política Nacional de Saúde e o controle de endemias.

Como impacto para a gestão de recursos humanos, a VII CNS, ocorrida em 1980, trouxe debates que abordavam a proposta de substituir profissionais especialistas por profissionais generalistas, ampliar o atendimento de prevenção feito de forma coletiva e por equipes generalistas, focando principalmente na valorização e na fixação dos profissionais do setor por meio de um Plano de Carreira.

Para tanto, a VIII CNS proporcionou meios para que fosse concretizada a I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde (CNRHS), em 1986, que realizou análises referentes ao recuo das conquistas trabalhistas na área da saúde no período militar e propôs uma agenda para o movimento da Reforma Sanitária, principalmente quanto à composição da equipe de trabalho para o setor de saúde. Tais análises foram estabelecidas como condição para a futura implantação do SUS (TEIXEIRA, 1995). Dessa forma, é possível afirmar que a partir da VIII CNS, tem-se um maior planejamento em relação aos recursos humanos na área de saúde (FEREIRA; MOURA, 2006).

Para tanto, na década de 1990 têm início as principais mudanças no sistema público de saúde. A partir da Constituição de 1988, o acesso aos serviços de saúde tornou-se um direito de todos os cidadãos e dever do Estado. Como principal marco dessa conquista, em 1991, foi criado o SUS, que tinha como objetivo principal alterar o foco das ações de saúde aderindo a práticas que desenvolvessem também a promoção e prevenção da saúde (PORTAL DA SAÚDE, 2015). Em consequência, foi defendida uma maior participação da população nas decisões da administração pública e estímulo ao processo de descentralização, fortalecendo o papel do município (FEREIRA; MOURA, 2006).

Cunha e Magajewski (2012) destacaram que a partir da Lei n.º 8.142/1990 (Brasil, 1990) as Conferências Nacionais de Saúde tornaram-se obrigatórias a cada quatro anos podendo ser convocadas pelo Poder Executivo ou pelo Conselho Nacional de Saúde. No entanto, não retira dos municípios a responsabilidade de realizar suas próprias conferências a fim de debater suas necessidades específicas.

Em 1992, ocorreu a IX CNS, que tinha como principal tema a implementação da municipalização da saúde, reconhecendo o município como principal responsável pela saúde de sua população (PORTAL DA SAÚDE, 2016).

Mesmo com a II CNRHS ocorrendo em 1993, os gestores das três esferas de governo não haviam aderido às propostas decorrentes dela. Assim, coube aos participantes debater a ineficiência da primeira Conferência e a situação desordenada em que se encontravam os serviços de saúde e as práticas profissionais.

Dessa forma, na II CNRHS ocorrida em setembro de 1993, foram evidenciados pontos como a valorização do estágio curricular, ensino em conjunto com os profissionais, de modo que estes pudessem exercer a docência, e, por fim, a revisão dos currículos dos cursos da área da saúde, revendo grades curriculares com o intuito de incentivar o ensino e a prática da interdisciplinaridade e multiprofissionalidade. Houve, ainda, o reconhecimento da urgência de integrar a questão da força de trabalho à agenda de prioridades do SUS, uma vez que a qualificação dos trabalhadores era insuficiente e comprometia a qualidade das ações (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

A X CNS, realizada em 1996, retomou debates em torno da gestão e organização dos serviços de saúde, principalmente quanto à administração dos trabalhadores de saúde, enfatizando a qualificação profissional (FEREIRA; MOURA, 2006). Além disso, foi estipulado um prazo de noventa dias para que fosse criada uma Norma Operacional Básica de Recursos Humanos, a qual deveria regular a ação e relação das três esferas de governo com os trabalhadores do setor de saúde, incluindo uma agenda de prioridades para a implantação dessa política (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Já nos anos 2000, na XI CNS, foram evidenciados temas como qualidade e humanização nos serviços de saúde, buscando valorizar a capacitação principalmente relacionada à educação, em todos os níveis, incluindo o ensino permanente dos profissionais. A responsabilidade de oferecer essa capacitação aos funcionários era atribuída aos gestores das três esferas governamentais (BRASIL, 2001).

A XII foi realizada em 2003, apresentando os desafios que os profissionais enfrentavam para integrar o cotidiano das comunidades, com a devida qualidade nos atendimentos e integralidade necessária. Nesse momento, a força de trabalho no setor de saúde é reconhecida não apenas como um recurso, mas como um viabilizador das ações, auxiliando, conseqüentemente, na implementação de políticas. Assim ficou evidenciado nos relatórios finais que maiores investimentos em recursos humanos iriam influenciar na melhoria da qualidade do sistema de saúde (FEREIRA; MOURA, 2006).

Ainda em 2003, uma nova estratégia foi criada com a finalidade de fortalecer as ações do SUS e oferecer serviços de saúde com mais qualidade. Destaca-se o papel dos profissionais

de saúde, sendo instituída uma Política de Recursos Humanos que proporcionou o surgimento da SGTES, que seria a responsável por gerir a capacitação, cargos, salários e relações de trabalho dos profissionais da saúde (ABRASCO, 2005).

Já em 2007 ocorreu a XIII CNS, após uma evolução na discussão sobre as condições nas quais trabalhavam os profissionais de saúde. Chegou-se à conclusão que era fundamental o debate sobre a necessidade da valorização dos recursos humanos em saúde e de uma avaliação sobre a forma sob a qual estava sendo desenvolvida a carreira dos profissionais, de modo a equilibrar as diferenças nas formas de contratação e administração dos recursos humanos em todo o país (MÂNGIA, 2007).

Em 2011, ocorreu a XIV CNS, trazendo novamente a valorização do trabalhador em saúde para debate, pautando a necessidade de maiores investimentos na educação permanente e formação profissional. Discutiu-se, ainda, a prerrogativa de se atender as necessidades da população, além de garantir salários dignos, assegurando, ao trabalhador da saúde, condições adequadas de trabalho (PORTAL DA SAÚDE, 2016).

A figura 1 representa as CNS ao longo de uma linha do tempo dos setenta anos de ocorrência das Conferências e, principalmente, como essas tem se tornando mais frequentes.

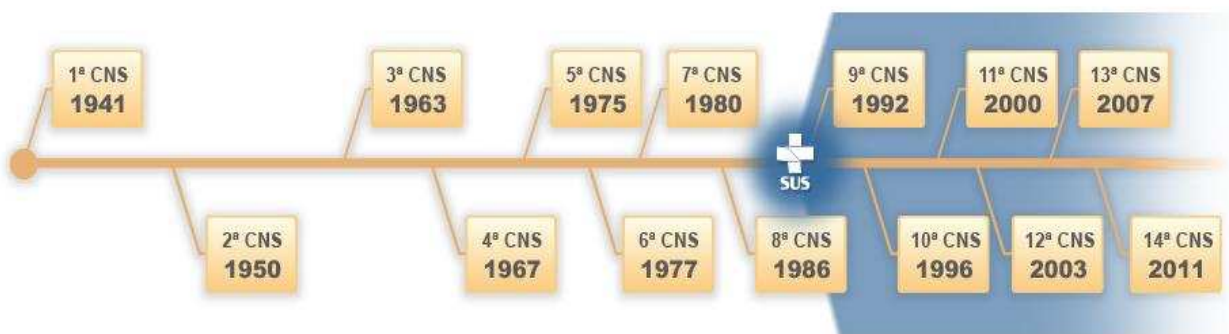


Figura 1: Linha do tempo conferências

Fonte: PORTAL FIOCRUZ (2016)

Para tanto, a CNS mais recente realizada aconteceu em fevereiro do ano de 2015 (XV CNS) e trouxe como principal debate para a gestão de pessoas a dificuldade de exercer controle das atividades e da avaliação das necessidades dos profissionais. Evidenciando assim o papel do Estado enquanto regulador do trabalho em saúde (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2015).

2.3. Principais Conquistas para a Gestão de Recursos Humanos em Saúde

Este tópico descreve as principais conquistas adquiridas nas CNS no decorrer dos últimos anos, dando ênfase aos Programas implantados.

2.3.1. Os Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RHSUS)

O NOB/RHSUS é um conjunto de normas jurídicas que envolvem a Gestão do Trabalho no SUS, Desenvolvimento do Trabalhador no SUS, Saúde do Trabalhador do SUS e Controle Social da Gestão de Recursos Humanos no SUS, sendo definidas durante a X CNS em 1996 (COSTA *et al.*, 2010).

A Lei Federal 8.142/90 juntamente com as Normas Operacionais Básicas (NOB/RHSUS) expressaram a obrigatoriedade da existência do PCCS-SUS para o setor de saúde nas três esferas públicas de gestão e ainda configurava a implementação desse Plano como condição para recebimento de repasses do Fundo Nacional de Saúde (JUNQUEIRA *et al.*, 2011).

No entanto, foi através da Portaria GM 626, de 08 de abril de 2004, que o Ministério da Saúde criou a Comissão Especial para Elaboração das Diretrizes do PCCS-SUS, sendo elaborada por representantes do Ministério da Saúde, Ministério do Planejamento, Ministério da Ciência e Tecnologia, CONASS, CONASEMS e integrantes da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (COSTA *et al.*, 2010).

A criação das Diretrizes permite que a elaboração de ações para a construção de carreiras seja dada de forma similar em toda extensão do SUS, mas sem deixar de atender as carências de cada localidade. Os princípios norteadores das Diretrizes criados em 2004 foram: a Universalidade das ações para todos os trabalhadores do SUS, Plano de Carreira com definição e equivalências de cargos, o acesso ao cargo através da aprovação em concurso público, garantia de mobilidade do trabalhador do SUS, garantia de flexibilidade dos planos às necessidades do SUS, garantia da participação dos funcionários na formulação e na gestão do plano de carreira, valorização da carreira, garantia das ações de educação permanente, aplicação de uma análise de desempenho e, por último, a participação de todos os atores envolvidos para a garantia de um compromisso solidário (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Para Costa *et al.* (2010) o PCCS-SUS rege as normas que orientem os gestores de como realizar o Plano de Carreira no sistema de saúde, desde o ingresso do profissional a como incentivar o desenvolvimento pessoal e profissional dos trabalhadores, visando garantir a

qualidade de vida desse profissional e conseqüentemente a garantia da qualidade dos serviços prestados.

Já em 2007 foi publicada, no Diário Oficial da União, nº158, a Portaria nº. 1.963/GM que estabelecia a criação de uma Comissão para assessorar os gestores na elaboração ou na reformulação de PCCS-SUS. Embora essas diretrizes tenham sido criadas para coordenar as ações de recursos humanos e da implementação de uma Comissão, pouco foi feito em relação ao controle dessas ações. Prova disso é a facilidade de se encontrar Unidades com funcionários que foram contratados sem prestar concursos públicos ou funcionários com salários abaixo do piso, ações que prejudicam o desenvolvimento profissional e, conseqüentemente, a qualidade dos serviços oferecidos. (COSTA *et al.*, 2010).

A fim de buscar solucionar as lacunas existentes em 2013 foi publicada uma reforma do PCCS que, além de fortalecer as diretrizes já existentes, evidenciou questões como gestão partilhada das carreiras, garantindo a participação dos trabalhadores na formulação do seu respectivo plano de carreira e a implantação de avaliações de desempenho, com o intuito de gerar desenvolvimento profissional e institucional (BRASIL,2013).

2.3.2. Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP-SUS)

De acordo com o Portal da Saúde (2016) a MNNP-SUS é um fórum em que os participantes são representados de forma igualitária e em contínua negociação. Fazem parte desse fórum gestores públicos, representantes de trabalhadores do serviço privado de saúde e membros de sindicatos nacionais dos trabalhadores da saúde. Criada através do Protocolo nº06/2006, a MNNP-SUS trouxe como objetivos estabelecer as Diretrizes Nacionais para a instituição de Planos de Carreira, Cargos e Salários para profissionais da área da saúde pública (JUNQUEIRA *et al.*, 2011).

Por apresentar caráter coletivo e fundamentalmente democrático, acaba por fortalecer os mecanismos de negociação e tomada de decisão, uma vez que o ambiente possui um perfil solidário, de busca pelo bem social e visa facilitar a inclusão de mais indivíduos neste projeto (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A MNNP-SUS se apresenta como um importante avanço para os recursos humanos em saúde por fornecer um cenário propício para que diferentes atores consigam debater as políticas públicas de saúde e, conseqüentemente, questões como regulação e qualificação dos profissionais da saúde. Apresentando-se, assim, como uma alternativa criativa e de poder transformador na realidade dos trabalhadores (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

2.3.3. Criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde

A criação da SGTES é um marco para o setor de saúde e fundamental para o avanço das políticas públicas de recursos humanos voltadas para esses profissionais, dado que o histórico desse setor é marcado por negligências (PIERANTONI *et al.*, 2008). O cenário apresentado nesse período parte de problemas antigos como a desigualdade da distribuição de profissionais por região, cursos relacionados à saúde sem devido controle e sem devida integração com os procedimentos do SUS e falta de qualidade dos serviços oferecidos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Dessa forma, buscando fortalecer as políticas voltadas para o reconhecimento e valorização da mão-de-obra do setor de saúde, o Ministério da Saúde criou, em 2003, a SGTES, tornando possível um maior direcionamento de ações para um planejamento mais estratégico na área de recursos humanos (MENDONÇA *et al.*, 2010). Pierantoni *et al.* (2008) acrescentam que a SGTES coordena as ações de recursos humanos por meio de diretrizes nacionais, além de fomentar investimentos para o setor. E o Ministério da Saúde, através do Glossário temático da SGTES (2012, p.10), descreve:

A SGTES tem como principais finalidades, dentre outras: promover a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde; elaborar e propor políticas de formação e de desenvolvimento profissional para essa área; planejar, coordenar e apoiar as atividades relacionadas ao trabalho e à educação na área da saúde; promover a articulação com órgãos educacionais, entidades sindicais e de fiscalização do exercício profissional e os movimentos sociais, tendo em vista a formação, o desenvolvimento profissional e o trabalho no setor Saúde; promover a integração dos setores da Saúde e da Educação para fortalecer as instituições formadoras de profissionais atuantes na área; planejar e coordenar ações, visando à integração e ao aperfeiçoamento da relação entre as gestões federal, estaduais e municipais do SUS, relativos a planos de formação, qualificação e distribuição das ofertas de educação e trabalho na área da saúde; planejar e coordenar ações destinadas a promover a participação dos trabalhadores de saúde do SUS na gestão dos serviços e a regulação das profissões de saúde; planejar e coordenar ações visando à promoção da educação em saúde, ao fortalecimento das iniciativas próprias do movimento popular no campo da educação em saúde e da gestão das políticas públicas de saúde.

De acordo com o Portal da Saúde (2016) a SGTES é organizada em três departamentos: da Gestão da Educação (DEGES), da Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS) e de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde (DEPREPS).

O Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) desenvolve políticas relativas à formação e capacitação do SUS, além de oferecer aos estados apoio técnico para a

implementação e monitoramento das atividades (PORTAL DA SAÚDE, 2015). O DEGES planeja e acompanha ações de educação permanente nas três esferas de governo: federal, estadual e municipal, desenvolvendo ações de articulação entre órgãos educacionais, entidades de classe e movimentos sociais. O departamento ainda se destaca por dar continuidade e implementar as diretrizes do PCCS e dar apoio as MNNP-SUS.

Já o DEGERTS tem como objetivo a gestão da força de trabalho dos profissionais do SUS, possuindo como foco principal a garantia de requisitos como a valorização profissional, plano de cargos e carreiras, espaços para negociação das relações de trabalho e humanização da qualidade do trabalho.

As políticas que a DEGERTS atua são relacionadas à negociação entre os governantes e a classe trabalhadora, a qual visa uma melhor gestão onde se tenha uma real regulamentação do trabalho e uma estruturação da política de gestão. Além disso, o DEGERTS se torna o principal responsável pelo retorno da MNNP-SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Como funções da DEGERTS podem ser destacadas (PORTAL DA SAÚDE, 2015): analisar e coordenar estudos referentes à demanda de profissionais considerados adequados para a prestação de serviços em saúde; planejar e coordenar ações que visem a regulamentação de profissionais; manter relações de formas articuladas com municípios e estados a fim de solucionar diversas questões, como problemas de pessoal, instituição de planos de carreira, planos de produção, competências e qualificação dos profissionais da área.

O DEPREPS é o departamento que organiza as ações de provimento de profissionais da área da saúde e dentre as suas principais funções coordenar, monitorar e avaliar a relação com as instituições que ofertam cursos de especialização em Saúde da Família, coordenar os cursos oferecidos pela Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), planejar e avaliar projetos pedagógicos, desenvolver ações para provimento de profissionais em áreas carentes e remotas do país (PORTAL DA SAÚDE, 2015).

Dessa forma, cabe à SGTES a responsabilidade de formular políticas públicas orientadoras da gestão de pessoas com foco na qualificação e regulação profissional podendo ser citadas: Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), o Programa de Profissionalização dos Trabalhadores de Nível Médio da Área de Saúde (PROFAPS), o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), o Programa Nacional de Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde), o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), o Universidade Aberta do SUS (UnA-SUS), o Programa de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-Residência), o

Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (ProgeSUS) e o Programa Mais Médicos (PORTAL DA SAÚDE, 2016).

2.3.3.1. Política Nacional de Educação Permanente

A educação em saúde é uma prática prevista e que deve ser atribuída a todos os profissionais da ESF, uma vez que esses profissionais desempenham atividades mais próximas da população evidenciando a prevenção e promoção da saúde (PINAFO *et al.*, 2011). Assim, a equipe ESF deveria receber capacitações específicas e orientadas para a realidade a qual está inserida, muitas vezes deixando de lado o profissional tecnicista e adotando uma postura que visa uma maior interação com o paciente e o seu entorno (DE MARQUI *et al.*, 2010).

Primeiramente, deve-se diferenciar as duas propostas de educação em saúde: a Educação Continuada e a Educação Permanente. A educação continuada funciona como uma extensão do modelo acadêmico, sendo pautada em conhecimento técnico, focada na qualificação para realização de função específica não havendo adequação dos profissionais às demandas da população a ser atendida, pois essa proposta não proporciona um conhecimento crítico (MONTANHA; PEDUZZI, 2009).

Já a educação permanente parte de um ciclo contínuo onde ocorre aprendizagem no trabalho, porém nas atividades desempenhadas na comunidade, onde o profissional ensina, mas também aprende com as experiências vivenciadas pelo indivíduo que está sendo atendido. Dessa forma, a educação permanente visa desenvolver novas habilidades estratégicas para solucionar ou facilitar a resolução dos problemas do dia-a-dia, além de buscar o desenvolvimento tecnológico necessário para acompanhar as inovações na área da saúde (HADDAD *et al.*, 2008).

A educação permanente deve transformar o cotidiano do trabalho empreendendo um trabalho articulado agregando qualificação ao profissional, melhoria nos serviços e gerando práticas reflexivas, se adequando, assim, às demandas locais e possibilitando aos profissionais a didática necessária para a educação em saúde (CECCIM, 2005 *apud* COSTA *et al.*, 2010).

A política de educação permanente foi instituída em 2003 pela SGTES, com o intuito de melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos em todo o país (MONTANHA; PEDUZZI, 2009). Haddad *et al.* (2008) destacaram a publicação da Portaria (1.996/2007) que orientava e dispunha de novas diretrizes para a implementação da Política nacional de ensino permanente, a qual possibilitou uma maior atenção aos cursos de graduação e pós-graduação e os gestores a receber um financiamento federal para a educação na saúde.

Anteriormente à implementação da Política de Educação Permanente em Saúde, as ações de educação em saúde tinham seus primeiros passos através de instâncias denominadas Polos de Educação Permanente, que existiam em cada município com o objetivo de fortalecer as áreas que demandavam maior necessidade de capacitação. Para tanto, com a aplicação da Portaria 1.996, as ações passam a ser desenvolvidas em Colegiados de Gestão Regional² (MONTANHA; PEDUZZI, 2009).

2.3.3.2. Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS)

Desenvolvido em 2002, o PROFAPS tinha como objetivo qualificar e ampliar a escolaridade de cerca de 750 mil trabalhadores em cursos de educação profissional do setor de saúde em um período de oito anos. Os principais cursos oferecidos eram: Radiologia, Bodiagnóstico (Patologia Clínica, Citotécnico e Hemoterapia), Manutenção de Equipamentos, Higiene Dental, Agente Comunitário de Saúde, Vigilância Ambiental, Epidemiológica e Sanitária, Enfermagem, Cuidadores para pessoas idosas (VIEIRA; CHINELLI, 2013).

Para que esses cursos fossem ofertados, o PROFAPS estabeleceu uma rede de 319 escolas técnicas de saúde, tendo como foco principalmente regiões afastadas e com escassez de cursos ofertados tendo em vista que, nessas áreas, a demanda por capacitação é maior. No entanto, para que esse Programa funcione como uma ferramenta de capacitação técnica é necessária uma integração entre diversos entes, como o acordo com instituições de ensino superior, conselhos profissionais e participação efetiva de gestores estaduais e municipais (PORTAL DA SAÚDE, 2016).

2.3.3.3. Programa Nacional de reorientação profissional (Pró-saúde)

A fim de tornar o ensino em saúde mais adequado à realidade da saúde pública, a SGTES e o Ministério da Educação lançaram, em novembro de 2005, pela Portaria Interministerial MS/MEC nº 2101, o Pró-Saúde. Este Programa visa gerar uma articulação entre as instituições de ensino e as unidades de atendimento para que possam ajustar a formação profissional às necessidades do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

² É um espaço para definição de prioridades e pactuação de soluções visando a integralidade e efetividades dos serviços considerando um determinado território (BRASIL, 2006).

O Pró-Saúde foi inspirado no Programa Nacional de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED), implantado em 2002. Proposto pelo Ministério da Saúde, ele visava adequar a formação em medicina às necessidades do SUS. No entanto, com a criação da SGTE em 2003, esse Programa é readaptado e ampliado de modo a atender maiores demandas, surgindo assim o Pró-Saúde, que em sua fase inicial abordava os cursos de medicina, enfermagem e odontologia, e em 2007 foi expandido para os demais cursos ligados à saúde (DIAS *et al.*, 2013).

Assim, o objetivo não é modificar por completo a grade disciplinar das instituições de ensino e sim gerar uma aproximação do espaço acadêmico com a realidade do serviço público de saúde (DIAS *et al.*, 2013). O Programa não elimina os níveis mais complexos que vão da promoção à recuperação da saúde, porém é incluída uma geração de conhecimentos referentes ao atendimento à população sob uma perspectiva integral do processo de saúde, gerando profissionais críticos e reflexivos (MORAIS *et al.*, 2010).

De acordo com Gonçalves *et al.* (2014), além de mudanças curriculares, o Pró-Saúde também busca estimular uma maior produção científica e ofertas de programas de educação permanente.

2.3.3.4. Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) e o TELESSAÚDE

Criado através do Decreto 7.385 de 8 de dezembro de 2010, o UNA-SUS é um sistema de ensino a distância que se propõe a oferecer capacitação e especialização aos trabalhadores do SUS, visando a redução da desigualdade de ensino entre as diferentes regiões do país e ampliando o alcance das atividades educativas (UNA-SUS, 2016).

O UNA-SUS só é possível através da sua articulação com o Programa TELESSAÚDE que integra as equipes de saúde da família de todo o país utilizando modernos processos de comunicação e informação para a produção de materiais de telecomunicação referentes às práticas de serviço de saúde. Para tal, a junção desses dois Programas gera uma poderosa ferramenta para democratização e promoção da saúde (HADDAD *et al.*, 2008).

O UNA-SUS proporciona a otimização do tempo do profissional, já que o mesmo pode adequar sua agenda de estudo, onde as atividades podem ser realizadas a qualquer hora, à sua rotina de trabalho. Outro benefício seria sua acessibilidade que este Sistema proporciona aos funcionários de cidades isoladas e de baixo poder econômico para se profissionalizarem, dado que este é um sistema *on line* e que não é necessário a aquisição de materiais ou apostilas (GONÇALVES *et al.*, 2014).

2.3.3.5. Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Pet-Saúde)

Com a evolução do Pró-Saúde tornou-se notório que eram necessárias ações voltadas para acelerar o processo de mudança do ensino em saúde, pois existiam gargalos que ainda não eram possíveis de serem resolvidos (DIAS *et al.*, 2013). Dessa forma, foi criado, em 2008, com o intuito de incentivar grupos de aprendizagem tutorial e interdisciplinaridade para a realidade da ESF, o Pet-Saúde (GONÇALVES *et al.*, 2014).

Ainda segundo Gonçalves *et al.* (2014) o Pet-Saúde seria um aperfeiçoamento com ênfase na prestação de serviços de saúde, havendo uma iniciação à vivência da rotina de trabalho através de estágios dirigidos, além de programas de especialização. O Programa visa estimular e fortalecer grupos de aprendizagem disponibilizando “o pagamento de bolsas para tutores acadêmicos, preceptores, residentes e estudantes de graduação da área da saúde” (HADDAD *et al.*, 2008, p.112).

Haddad *et al.* (2012) ressaltam que o Pet-Saúde é capaz de romper os muros das instituições de ensino e integrar os estudantes à realidade e às necessidades do SUS, além de incentivar a produção de pesquisa em saúde, principalmente pesquisas referentes à educação na saúde e à gestão dos serviços públicos. Para os autores, esse conjunto de ações tem contribuído de maneira muito significativa para a qualidade dos serviços ofertados.

2.3.3.6. Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-Residência)

Em uma parceria entre a SGTES e o Ministério da Educação, foi criado, em 2010, o Pró-Residência, um Programa destinado a financiar a abertura de vagas de residência médica em especialidades e locais demandados pelo SUS (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2016).

O Programa leva em consideração especialidades com significativa importância para o SUS, mas que anteriormente eram pouco procuradas, como o caso da Medicina da Família e Comunidade. A especialização nessas áreas surge como importante medida de correção, dado que muitas vezes as instituições de ensino não conseguem fornecer um ensino integrado com a realidade do SUS, assim, a residência se torna um complemento formando o profissional apto a realizar seu trabalho (CARVALHO, 2013).

2.3.3.7. O Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho no SUS (ProgeSUS)

Criado em 2006, o ProgeSUS veio estabelecer diretrizes organizacionais e oferecer ferramentas e mecanismos de atualização e profissionalização da Gestão do trabalho no SUS. Diante de Secretarias ineficientes quanto à gestão de pessoas, o ProgeSUS proporciona uma parceria técnica e financeira com secretarias estaduais e municipais, a fim de qualificar e fortalecer suas gestões (FIOCRUZ, 2011).

O Programa considera a gestão de pessoas como uma área estratégica onde se encontram fundamentos acadêmicos e práticos buscando uma melhor gestão pública. Dentre os principais problemas norteadores do Programa pode-se destacar casos de profissionais não capacitados ou mal qualificados, existência de contratos informais e temporários, inexistência de plano de carreira e baixa remuneração em diversas Unidades (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

2.3.4. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)

O PMAQ foi instituído em 2011 (Portaria n. 1.654) e tem como objetivos principais ampliar o acesso a serviços de saúde e melhorar a qualidade desse atendimento. Para tanto, ele envolve as secretarias de saúde das esferas municipais e estaduais para que ações implementadas sejam eficazes (PORTAL DA SAÚDE, 2016). Os gestores aderem ao Programa de maneira voluntária e passam a receber incentivos financeiros para que possam gerar conhecimento e buscar um padrão de qualidade dos serviços prestados. No entanto, para realizar a adesão é exigida uma série de pré- tarefas e aceitação de diversos compromissos (TEIXEIRA *et al.*, 2014).

O Programa é constituído por 4 fases e um eixo estratégico: Adesão e Contratualização; Desenvolvimento; Certificação ou Avaliação Externa e Recontratualização. Para a primeira fase foi necessário que o gestor municipal, em uma tomada de decisão conjunta com as equipes de saúde, decidisse aderir ou não ao Programa, havendo assim a possibilidade de não participar. Caso o gestor municipal optasse pela adesão, essa escolha deveria ser oficializada pela contratualização dos compromissos (FAUSTO *et al.*, 2014).

A segunda fase é o eixo estratégico de desenvolvimento, o qual se subdivide em cinco dimensões: Autoavaliação; Monitoramento; Educação Permanente Apoio Institucional e Cooperação Horizontal. Os gestores municipais devem fomentar debates nas Unidades de forma que estas identifiquem quais processos estão sendo realizados, o que é necessário para

que ocorra a melhoria e como pode ser implantada as mudanças necessárias (PINTO *et al.*, 2014).

A terceira fase do programa constitui avaliação externa ou certificação, a qual inclui práticas capazes de mensurar as condições de acesso e qualidade dos serviços prestados pelas Unidades participantes. Para auxiliar esse processo o MS contou com o apoio de 40 Institutos de Ensino Superior (IES) espalhados em todo o país, que contribuíram em todos os processos desde a construção do instrumento de avaliação até a aplicação dos questionários nos mais de cinco mil municípios brasileiros (FAUSTO *et al.*, 2014).

De acordo com o Portal da Saúde (2016) essa avaliação, além de avaliar a equipe, também abrange a infraestrutura, os equipamentos, a disponibilização de medicamentos e a satisfação do cidadão. Os resultados dessa avaliação são utilizados no momento do repasse de recursos, dado que as Unidades apresentam mais melhorias recebem mais incentivos financeiros.

E por último, a quarta fase de reconstrução onde após a pactuação das equipes e dos gestores municípios com a implementação de novos padrões e indicadores de qualidade, se tem o reinício de todo o processo, onde novas Unidades podem aderir e juntamente com as que já estavam cadastradas passam por um novo ciclo, garantindo a continuidade do Programa e a constante melhoria das atividades (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

2.4. Avaliação de Políticas públicas

Para Volker Schneider (2005) as políticas públicas vão além de ações implementadas pelos governos para a busca do bem-estar da população. Para o autor, as políticas públicas se manifestam como uma rede, dado que estas não acontecem isoladamente pois necessitam que ocorram parcerias para que ocorra a problematização, deliberação, implementação e processamento da política. Lowi (1972) já considerava o campo da política pública como múltiplo e holístico, onde são necessários diferentes atores e modelos e que a relação dentro desse campo se torna um fazer política.

Dessa forma Lowi (1972) ainda defendia que a política poderia assumir quatro formas, sendo políticas distributivas, regulatórias, redistributivas e constitutivas. O primeiro formato é o das políticas distributivas que configuram o financiamento de um grupo social ou localidade por meio do orçamento público. A segunda forma é o das políticas regulatórias que são mais pautadas em processos burocráticos na organização política no país.

A terceira é a das políticas redistributivas que tem como objetivo principal redistribuir a renda arrecadada por meio do financiamento de serviços para toda a sociedade, sendo

considerada assim a forma de política pública que abrange o maior número de pessoas. E por último, as políticas constitutivas, que determinam regras políticas e definem competências (LOWI, 1972).

Assim cabe ao sistema político determinar quais formas de políticas públicas são necessárias e vão gerar maior solução de problemas conciliando a disponibilidade de recursos e interesse político (MEAD, 1995). Entretanto, para saber se realmente as políticas públicas alcançaram seus objetivos e se modificou a realidade da população atendida se torna necessária a realização de uma avaliação.

Foi partir da década de 80 por meio da implantação do modelo de administração pública gerencialista que a busca por maior eficiência e transparência das ações públicas desenvolvidas se tornou mais evidente e conseqüentemente as avaliações de políticas públicas mais frequentes (FARIA, 2005).

O processo de avaliação de políticas garante assim a possibilidade de mensuração da eficiência e eficácia, além da obtenção de dados que podem ser utilizados para acompanhamento e, quando necessário, sinalizar adequações das ações (FARIA, 2005). Assim, a avaliação auxilia diretamente na sustentabilidade das políticas quando suas informações são utilizadas estrategicamente para a tomada de decisão dos gestores públicos, visto que, apenas a realização da avaliação não assegura que as informações serão consideradas (Cotta, 2001).

2.5. Eficiência, Eficácia e Efetividade na Gestão de Pessoas no Setor Público

As ações ocorridas nos últimos anos tornam a gestão de pessoas menos funcionalista e valoriza mais as competências da equipe de trabalho de forma a direcionar essas habilidades para obter os melhores resultados possíveis para as políticas públicas, logo, tornando as atividades mais eficientes (SOUZA, 2004). Além disso, a gestão por competência como uma ferramenta da Gestão de Pessoas auxilia os gestores a identificar as capacidades individuais e a necessidade de treinamento, capacitação, mudanças estruturais necessárias para o alcance dos objetivos (OLIVEIRA *et al.*, 2014).

Dessa forma, a Gestão de Pessoas abrange muito mais que a área de recursos humanos, envolvendo, também, recursos, ambiente externo, comportamentos e análise estratégica, buscando maior eficiência e eficácia na prestação dos serviços públicos. Considera-se a eficiência como a racionalização do uso dos recursos em relação às atividades realizadas e a eficácia, como o cumprimento das metas estabelecidas (GEMELLI; FILIPPIM, 2010).

Para tanto, pautados pela Gestão por Competências os gestores devem identificar as habilidades e necessidades da equipe de trabalho, mas também devem estar atentos quanto a

dedicação e a motivação dos profissionais ao realizarem suas funções, uma vez que a entrega dos mesmos está diretamente relacionada ao alcance dos objetivos. Assim, a gestão por competências garante uma relação menos conflituosa entre trabalhadores e o alcance de uma maior produtividade, através de um maior estímulo à conscientização e responsabilidades. Dessa forma, racionaliza o processo de trabalho e atinge as expectativas dos colaboradores (SILVA; MELLO, 2013).

No entanto, a implementação da Gestão de Pessoas por Competência na gestão pública se dá de maneira conturbada, pois a seleção através do concurso público não garante que o candidato irá possuir as habilidades necessárias para exercer aquele determinado cargo. Entretanto, considerando que o concurso público é definido por lei, fica sob responsabilidade da Gestão de Pessoas buscar agregar ao edital do concurso uma maior caracterização do cargo com o intuito de evitar dificuldades futuras (BURGUE, 2014).

Elencado como um dos princípios norteadores da Administração Pública na Constituição de 1988, art. 37, o princípio da eficiência teve seu marco legal com a aprovação da Emenda Constitucional no. 19, de 04 de junho de 1998, o qual resultou em inúmeras mudanças no setor público (CASTRO, 2006).

A busca por uma maior produtividade acaba focando termos como a eficiência e eficácia, que partindo de referências de instituições privadas CORRÊA e CORRÊA (2006) conceituaram a eficiência como uma racionalização de recursos os quais se dispõe para a realização de um determinado objetivo, sendo voltada principalmente para o processo. No setor público a eficiência está caracterizada, principalmente, na relação da quantidade de serviços ou bem ofertados ao menor preço possível, dado que os recursos são limitados, significando o alcance dos melhores resultados possíveis (RODRIGUES; TORRES, 2015).

Fonseca e Ferreira (2009) ainda consideraram o papel da eficiência na administração pública como uma busca pelo bem-estar social, onde deve existir um equilíbrio da racionalização dos recursos financeiros e a garantia do acesso à prestação de serviços públicos.

Ao se considerar o ambiente de uma organização pública, não é aconselhável aplicar os conceitos de eficiência de maneira análoga à instituição privada. Tal fato é explicado principalmente pela diferença das relações de trabalho existentes nos dois tipos organizacionais, pois forma de contratação, salários, e plano de carreira se mostram mais flexíveis no setor privado do que no público (SIQUEIRA; MENDES, 2009).

Na administração pública³, o princípio da eficiência determina que órgãos públicos devam agir de maneira ágil e precisa, de modo a atender às necessidades da população (MEDAUAR, 2003). Seria, assim, produzir o máximo de ações com a menor utilização de recursos possível. No entanto, devido a orçamentos previamente definidos, o conceito de eficiência no setor público está relacionado ao maior número de ações considerando um valor fixado de recursos, o que remete a uma análise de custo-benefício dos resultados obtidos. Em outras palavras, seria oferecer um maior número de serviços e atendimento às necessidades da população com o orçamento disponível (VIACAVA *et al.*, 2012).

Apesar de ações controladas não serem condizentes com a realidade do setor público, acaba-se utilizando a eficácia como um meio de averiguar se a ação atingiu os objetivos desejados (RIBEIRO, 2006).

Já a eficácia como o modo de se alcançar os resultados pretendidos e os objetivos, com o foco no fim e não nos meios. Sendo assim, enquanto a eficiência está voltada principalmente ao processo, a eficácia enfatiza os resultados. Na administração pública, os programas sociais têm seus objetivos regidos pela eficácia, uma vez que se espera que os recursos investidos atinjam os resultados desejados. Embora todo o processo não possa ser controlado, tais ações têm como foco o alcance dos objetivos (MARINHO; FAÇANHA, 2001).

Dessa forma, a baixa possibilidade de ascensão profissional e salarial e a limitação das atividades do cargo público exigem ações diferentes para estimular uma maior eficiência nos trabalhos realizados, sem que estes gerem desmotivação na equipe de trabalho. Logo, se torna necessário, primeiramente, que ocorra uma mudança cultural e estrutural para que os funcionários consigam atingir uma maior produtividade e, assim, satisfazer a crescente demanda por parte da população (SIQUEIRA; MENDES, 2009).

Por fim, ao se estudar a efetividade deve-se considerar as ações públicas no longo prazo, dado que só é possível de ser avaliada conforme os resultados vão sendo apresentados à população. Para que a mensuração da efetividade possa ser realizada é necessário que existam indicadores e metas para uma determinada ação pública capazes de reproduzir um ponto de comparação para a realização da avaliação (ABRUCIO, 2007).

O autor ainda considera que a efetividade funcione como a junção da eficácia e da eficiência, no entanto, para que exista continuidade das ações é fundamental um bom

³ A administração pública possui como base cinco princípios constitucionais, o da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência, através dos quais se espera que ela atenda às necessidades sociais naquilo que lhe compete (BRASIL, 1988).

planejamento além de uma boa relação entre os níveis do governo garantindo a implementação das políticas públicas e alcance dos objetivos, essa boa relação também é conhecida como governança (ARRETCHE, 1996).

3. METODOLOGIA

Este estudo exploratório-descritivo e quantitativo, pretendeu conhecer características das equipes de trabalho da ESF e as ações realizadas, bem como analisar, registrar e interpretar os fatos.

O estudo se esquadra em características de pesquisa exploratória pois busca gerar conhecimento quanto à forma como os municípios mineiros trabalham a Gestão de Pessoas em saúde, além de facilitar a identificação de possíveis hipóteses e causas para uma gestão eficiente ou não. O modelo descritivo foi utilizado como forma de relacionar os resultados de eficiência desses municípios com fatos capazes de levar à uma interpretação da realidade.

Optou-se pela utilização dos dois modelos de pesquisa para que a análise se desse de forma mais robusta. Para Oliveira (1999), a junção desses dois modelos, além de muito utilizada por pesquisadores sociais, é considerada recomendável e segura, dado que estes oferecem uma definição de métodos e coleta de dados adequados.

3.1. Local de estudo

Foi utilizada a uma abordagem quantitativa para a mensuração das variáveis pesquisadas para descrever as possíveis causas de um fenômeno e as relações entre variáveis proporcionando um aprofundamento da análise (GIL, 2008). Para isso, foram considerados dados do estado de Minas Gerais.

Minas Gerais é o estado que apresenta maior número de municípios (853), além de ser o quarto estado com maior extensão territorial (IBGE, 2016). Considerando que para o funcionamento da ESF é necessário a existência das UAPS, Minas Gerais também se destaca pelo maior número de unidades, sendo 4.319 equipes atuantes em 849 municípios (RAMIRES; RODRIGUES, 2012; PORTAL DA SAÚDE, 2016).

No ano de 2012, o estado de Minas Gerais ocupava a colocação de melhores resultados do SUS na região Sudeste e a quarta colocação no ranking do Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS) nacional (Figura 2), além de apresentar a maior cobertura populacional e maior número de equipes do país, atendendo à 76% da população.



Figura 2: Ranking do IDSUS dos estados brasileiros

Fonte: Ministério da Saúde (2016)

Assim, quando comparado à cobertura nacional, Minas Gerais apresentava resultados superiores posto que a média de cobertura nacional era de 59,8 % e a do Sudeste 45,5% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016; PORTAL DA SAÚDE, 2016).

3.2. Objeto de estudo: Os profissionais das Equipes da Saúde da família

Para este estudo, foram considerados como objeto de estudo os profissionais das equipes da saúde da família, sendo consideradas as UAPS e os NAFS⁴, dos 740 municípios mineiros cadastrados no PMAQ. Desses municípios, foram descartados os que apresentaram dados faltosos, reduzindo a amostra para 663 municípios, os quais correspondem a um total de 2.919 equipes e 32.741 profissionais.

⁴ Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados em 2011, têm como objetivo apoiar as atividades das UAPS ampliando a oferta de serviços. Os NAFS são constituídos por equipes multiprofissionais e atuam de forma conjunta com as equipes de Saúde da Família (PORTAL DA SAÚDE, 2016).

Esses valores são se devem a composição padrão e um território de atuação definido pelo Ministério da Saúde. A equipe de profissionais das UAPS deve conter em sua menor parcela um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários. No entanto é possível adicionar mais profissionais a essa estrutura como por exemplo nutricionista, dentista, auxiliar de atendimento bucal, fisioterapeuta, psicólogo entre outros que o município julgar necessário.

Quanto ao território de atuação, é recomendado que as equipes atendam uma média de 3.000 habitantes, não podendo atender mais pessoas que limitação de concentração populacional imposta que é de até 4.500 habitantes. Tal fato justifica a existência de municípios com mais de uma UAPS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

3.3. Fonte de dados e variáveis

Para a realização da presente pesquisa utilizou-se quatro fontes de dados secundários: o banco de dados do Índice Mineiro de Responsabilidade Social (IMRS) da Fundação João Pinheiro forneceu dados relativos ao acesso à saúde e demográficos. Da etapa de autoavaliação do PMAQ, foram utilizados os dados do setor de saúde referentes aos profissionais. Do DATASUS, foram utilizados dados referentes ao setor de saúde, como indicadores de produção, recursos e resultados do setor de saúde de todos os municípios mineiros. Do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) foram obtidos dados sobre às instituições de saúde e dos profissionais, permitindo traçar o perfil das equipes de profissionais da ESF.

Para realizar a escolha das variáveis das análises de eficiência, primeiramente buscou-se evidenciar quais as principais finalidades das ações de gestão de pessoas em saúde. Para tanto, Pierantoni *et al.* (2004) destacam quatro objetivos: expandir a cobertura de atendimento dos profissionais, tornar os serviços de saúde mais equitativos entre as regiões, aumentar o desempenho através da oferta de serviços de saúde com qualidade, e, proporcionar o desenvolvimento de competências e habilidades para desempenhar as atividades adequadamente.

A primeira etapa da análise de eficiência foi em relação aos profissionais, contrapondo os recursos investidos e os resultados obtidos (MOURÃO *et al.*, 2013). Para isso foram utilizadas variáveis capazes de representar os resultados previstos pela SGTES, como proporção de profissionais com acesso a treinamentos, número de profissionais *per capita* e proporção de profissionais que possuíam plano de carreira. Tais variáveis serviram de proxy para determinar a relação entre os objetivos e os resultados obtidos para o ano de 2012. Dessa

forma, foram consideradas as variáveis relacionadas a recurso investido e impactos produzidos (RIBEIRO; CAMARGO, 1994).

Quadro 1- Descrição das variáveis utilizadas para análise de eficiência em relação aos profissionais

| | Variável | Autores | Definição |
|--|--|---|--|
| Eficiência em relação aos profissionais | Gasto com gestão de pessoas pelo nº de profissionais {I} | Rodrigues e Torres (2016), Cunha e Magajewski (2012), Pierantoni <i>et al.</i> (2004) e Morici e Barbosa (2013). | Representa o somatório de gastos municipais com os profissionais de saúde como salários, benefícios, cursos, treinamentos e regularização em relação ao total de profissionais do município. |
| | % Plano de carreira {O} | Rodrigues e Torres (2016), Paim e Teixeira (2007), Pierantoni <i>et al.</i> (2004) e Morici e Barbosa (2013) | É a parcela de profissionais que são atendidos pelo plano de carreira dos profissionais do município em relação ao total de profissionais. O plano de carreira está diretamente ligado à regularização e valorização dos profissionais, dessa forma quanto mais profissionais forem incluídos no plano de carreira melhores resultados de gestão de pessoas serão obtidos. |
| | Profissionais per capita {O} | Viana <i>et al.</i> (2010), Gonçalves <i>et al.</i> (2014), Rodrigues e Torres (2016), Leite (2009), Mello <i>et al.</i> (2014) | É o número total de profissionais de todas as UBS's do município em relação ao total da população. Quanto mais próximo ou superior do modelo estimado melhor a equipe de saúde do município tende a ser. |
| | % Treinamento {O} | Rodrigues e Torres (2016), Paim e Teixeira (2007), Cunha e Magajewski (2012) e Morici e Barbosa (2013) | Proporção dos profissionais que receberam treinamento no ano estudado em relação ao número total de profissionais do município. Espera-se que quanto maior o número de profissionais capacitados melhor será o atendimento. |

{I}- *Inputs* {O} – *outputs*

Fonte: Elaboração da Autora.

Para mensuração da eficiência em relação à população, considerou-se a finalidade de aumentar o acesso da população aos serviços de saúde e garantir a qualidade desse atendimento. Desse modo, além de considerar a proporção da população atendida e os recursos demandados, foram consideradas variáveis representativas da qualidade do atendimento na saúde pública e os impactos produzidos na vida da população.

Quadro 2- Descrição das variáveis utilizadas para análise de eficiência em relação a população

| | Variável | Autores | Definição |
|--|--------------------------------|---|--|
| Eficiência em relação à população | UBS per capita {I} | Viana <i>et al</i> (2010), Leite (2009), Mello <i>et al.</i> (2014) | Representa o número de UBS's por município dividido por sua respectiva população. |
| | Profissionais per capita {I} | Viana <i>et al</i> (2010), Rodrigues e Torres (2016), Mello <i>et al.</i> (2014). | É o número total de profissionais de todas as UBS's do município em relação ao total da população. |
| | % da população atendida {O} | Viana <i>et al</i> (2010), Rodrigues e Torres (2016). | É a relação do total de pessoas que são cadastradas e atendidas pelo EFS diante do total da população do município. Demonstrando o potencial de cobertura das UBS's, dado que quanto maior essa proporção mais |
| | Atendimento pré-natal {O} | TEIXEIRA <i>et al.</i> , 2011, Leite (2009), Oliveira e Borges (2008) | É a proporção de grávidas que realizam o acompanhamento pré-natal nas UBS's em relação ao total de grávidas do município. Quanto mais atendimentos acontecerem menor a probabilidade de complicações no parto, garantindo uma melhor qualidade de saúde para a mãe e o bebê. |
| | Internações evitadas {O} | Viana <i>et al</i> (2010), TEIXEIRA <i>et al.</i> , 2011, Neumann <i>et al</i> (2014), Oliveira e Borges (2008) | Representa o inverso da proporção de internações hospitalares por condições sensíveis à atenção ambulatorial, assim quanto maior essa relação mais as UBS's tem conseguido atender à população não sobrecarregando os hospitais. |
| | Sobrevivência infantil (%) {O} | TEIXEIRA <i>et al.</i> , 2011, Neumann <i>et al</i> (2014), Oliveira e Borges (2008). | É o inverso da proporção de mortalidade infantil, representa a parcela de crianças que tem sobrevivido. Dessa forma, quanto maior essa relação mais as ações de saúde tem contribuído. |

{I}- Inputs {O} – outputs

Fonte: Elaboração da Autora.

Para tanto, as variáveis utilizadas foram: número de internações sensíveis a atenção primária, proporção de gestantes que realizaram acompanhamento pré-natal e proporção de sobrevivência infantil, os quais se tornam reflexo da qualidade com que os serviços são ofertados (TEIXEIRA *et al.*, 2011).

Para a análise da regressão múltipla, conforme detalhado no Apêndice B, foram utilizadas variáveis que pudessem influenciar a gerência da Gestão de Pessoas nos municípios, sendo consideradas o acesso ao ensino, estrutura e socioeconômicas. Como variáveis de ensino, foram utilizadas o número de universidades, número de escolas superiores, número de hospitais de ensino, número de escolas técnicas e número de clínicas especializadas (RODRIGUES; TORRES, 2015 e VIANA *et al*, 2010)

Cardoso *et al.* (2015) relacionaram a gestão das equipes do ESF às variáveis de infraestrutura como número de hospitais gerais, número de policlínicas, número de UAPS e número de equipamentos.

Como variáveis socioeconômicas, foram utilizadas informações referentes à renda per capita, esforço orçamentário municipal destinado a saúde, número de habitantes, razão de dependência municipal, densidade populacional e proporção da população usuária do sistema privado de saúde, proporção da população residente na zona rural (RIBEIRO; CAMARGO, 1994 e RODRIGUES; TORRES, 2015)

3.4. Análise dos dados

Inicialmente, foi realizada uma Análise Exploratória de Dados (AED), utilizando o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), para verificar o comportamento dos dados da população. Os *outliers*, que são valores atípicos que apresentam um distanciamento dos demais valores, não foram desconsiderados para a análise, uma vez que pretendeu-se obter informações de como ocorre a gestão para cada município.

Para mensurar a eficiência das ações de Gestão de Pessoas para os profissionais e para a população, foi utilizada a Análise Envoltória de Dados (DEA) com orientação para o produto. A DEA é um método não paramétrico de análise de eficiência que consiste em determinar a eficiência relativa de uma unidade produtiva, neste caso, os municípios.

Foi possível estimar a eficiência de cada unidade ou determinar as unidades referenciais para os casos de ineficiência, tornando possível a mensuração de um indicador de avaliação da eficiência considerando a relação insumos/produtos dessas unidades (DE LEONE; LAZZARI, 1999). Para tanto, as variáveis foram analisadas por meio da utilização de planilhas do Excel (Microsoft) e do software Efficiency Measurement System (EMS) para a mensuração da eficiência das unidades.

Desse modo, a DEA viabiliza a identificação da eficiência (ou não) da produção, utilizando da análise comparativa do conjunto de inputs e outputs (SIEMS; BARR, 1998). Assim, foi possível a utilização da DEA, uma vez que se possuía os dados referentes às entradas (inputs) e saídas (outputs) de cada município, considerando a Gestão de Pessoas municipal em relação aos profissionais e em relação à qualidade dos serviços prestados, viabilizando a obtenção de indicadores de eficiência.

A DEA está diretamente relacionada ao conceito de eficiência, mais precisamente o conceito de racionalidade econômica, que significa a capacidade de a organização produzir um máximo de resultados com um mínimo de recursos (BELLONI, 2000). Kassai (2002) ainda destaca que a análise da eficiência tem como base as curvas de produção, as quais determinam uma relação entre insumos e resultados.

Cooper et al. (2004) consideram que uma DMU só é eficiente se atender à lógica do Pareto-Koopmans, em que se tem um equilíbrio entre *inputs* e *outputs* de forma que para reduzir um *input* é necessário aumentar o outro simultaneamente. Ou, em caso de aumentar um *output*, deve-se reduzir o outro *output*, representando um nível máximo de produção para um dado nível de insumos (KOOPMANS, 1951). Entretanto, para que uma unidade seja considerada eficiente, não basta que ela esteja sobre a fronteira de eficiência. É necessário, também, que não exista desperdício. Para isso, é preciso que a soma das variáveis de folga seja igual a zero (SEIFORD; THRALL, 1990).

A análise de eficiência tem como base a compreensão das curvas de produção, visto que elas determinam relações entre insumos e resultados, podendo dessa forma maximizar sua produção ou então minimizar a utilização de insumos (KASSAI, 2002). Desse modo, os dois métodos geram índices de eficiência diferentes, por assumirem variação de escala de produção distintas, como demonstrado na Figura 3.

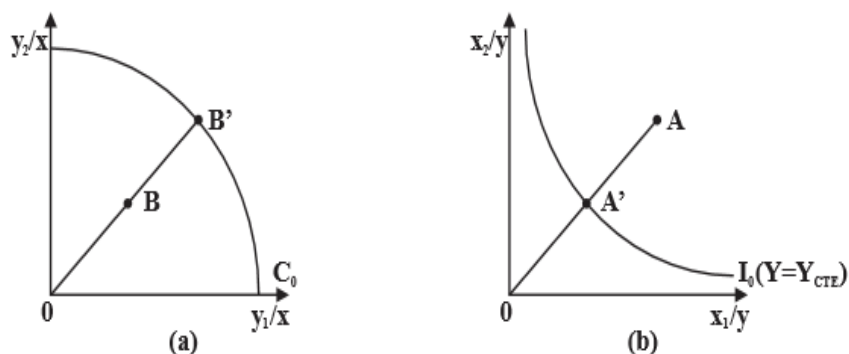


Figura 3 - Eficiência produtiva com orientação para produto e para insumo

Fonte: Delgado (2008)

Por meio da análise da Figura 3, torna-se evidente as diferenças das orientações dos modelos de eficiência, o gráfico (a) representando a orientação para insumo e o gráfico (b) para produto. Logo, as fronteiras calculadas pela DEA pressupõem diferentes tipos de rendimento de escala e conseqüentemente diferentes demonstrações gráficas (FERREIRA; GOMES, 2009).

Assim, a DEA apresenta dois modelos clássicos: o *Charnes, Cooper e Rhodes* (CCR), também conhecido como *Constant Returns to Scale* (CRS), que trabalha com retornos constantes de escala, ou seja, qualquer variação nos insumos leva a uma variação proporcional nos produtos; e o modelo dos retornos variáveis de escala *Banker, Charnes e Cooper* (BCC) ou *Variable Return Scale* (VRS) que, para diferentes valores de insumos, a variação dos produtos

perde a proporcionalidade assumindo a forma de uma curva convexa, como apresentado na figura 4 (LINS; MEZZA, 2000).

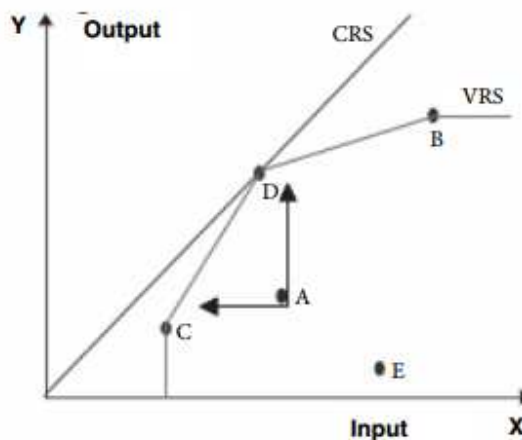


Figura 4: Relações entre as fronteiras CCR e VRS

Fonte: Lobo e Lins (2011, p.95)

A DEA é definida por meio de programação matemática linear que permite mensurar o grau de eficiência de unidades produtivas autossuficientes, também denominadas de unidades tomadoras de decisão (*Decision Making Units – DMU's*). A DEA mede a distância de cada DMU da sua fronteira de eficiência tomando como base os recursos demandados (*inputs*) e os resultados (*outputs*). Essa fronteira pode variar em um grau de eficiência que varia de 0 a 1 ou 0 a 100%, configurando um índice de eficiência (CAMARGO Jr. *et al.*, 2004). Os escores de eficiência das DMU's podem assumir valores máximos iguais a 1, que representa a máxima eficiência relativa às demais unidades (BELLONI, 2000; LINS; MEZZA, 2000).

O modelo BCC considera a possibilidade de que as DMU's apresentem baixos insumos e obtenham retornos variáveis à escala, sendo possível mensurar a eficiência técnica (LOBO; LINS, 2011). Tendo em vista cenários com recursos escassos, deve-se utilizar o modelo de retornos crescentes de escala (BCC), visto que quanto maior o número de produtos utilizando um valor fixo ou inferior de insumos, mais eficiente será a DMU. A essa condição se dá a nomenclatura de DMU eficiente por *default* ou eficiente à partida (SOARES DE MELLO *et al.*, 2003).

A utilização do modelo BCC em um cenário de gestão pública, como o proposto no presente trabalho, foi direcionada para uma análise com orientação-produto considerando uma quantidade fixa de insumos e visando maximizar os resultados/produtos.

Torna-se possível mensurar a eficiência das DMU's e construir a barreira de produção com as unidades que atingirem o máximo de produtividade para, assim, obter o índice de

eficiência. No entanto, também é possível determinar as DMU's ineficientes por meio do *benchmark*, termo que representa a projeção das DMU's ineficientes na fronteira de eficiência (ANGULO MEZA; LINS, 2002).

Por fim, para classificar e facilitar a comparação entre os índices de eficiência encontrados, foram analisadas variáveis que possuíam características influenciadoras no processo de gerência de Gestão de Pessoas por meio de uma regressão múltipla. Também foram construídas tabelas de estatística descritiva utilizando o SPSS, bem como de mapas utilizando o software do Ministério da Saúde, TABWIN, sendo possível codificar os valores com o intuito de tornar a análise mais dinâmica.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A presente seção apresenta os resultados do estudo, estando subdividida em quatro tópicos, a saber: perfil dos profissionais da EFS, análise da eficiência das ações de Gestão de Pessoas em relação aos profissionais, regressão múltipla: Analisando variáveis que influenciam o escore de eficiência, e, a análise de eficiência das ações de Gestão de Pessoas em relação à qualidade do atendimento à população.

4.1. Perfil dos profissionais da ESF

Em 2012, o estado de Minas Gerais possuía um total de 4.447 unidades da ESF espalhadas em 846 municípios, representando um total de 98% dos municípios. Utilizando os dados da CNES e da segunda etapa do PMAQ, a etapa de autoavaliação, foi possível a análise de dados das unidades de 663 municípios, os quais haviam se credenciado no programa e possuíam todas as informações.

Por meio de uma análise descritiva desses dados foi possível determinar que o somatório dos profissionais de todas as unidades cadastradas em Minas Gerais equivalia a 32.741, sendo 76,9% do sexo feminino e 23,1% do sexo masculino, demonstrando uma maior predominância do sexo feminino nos serviços de saúde.

Pinto et al. (2010), em seus estudos em relação ao perfil dos profissionais da ESF, já haviam destacado uma tendência à feminização⁵ da mão-de-obra, sendo que o mesmo acontece nos cursos técnicos e de graduação relacionados à saúde. Wermelinger *et al.* (2010) destacaram que cursos como enfermagem e auxiliar de enfermagem historicamente possuem um público

⁵ Feminização da mão-de-obra consiste na grande absorção de mulheres por determinados ramos (CALIL, 2007).

feminino maior. Porém, esse processo de feminização tem acontecido inclusive em cursos convencionalmente masculinos, como medicina e odontologia.

As observações referentes à composição das equipes atendem a estrutura determinada pelo Ministério da Saúde. As equipes das UAPS possuíam mais da metade de sua composição formada por Agentes Comunitários de Saúde (53,4%), 23% de profissionais de nível técnico, como auxiliares de enfermagem e de atendimento bucal, e 23,6% de formação superior representando médicos clínico-geral, enfermeiros, dentistas, assistentes sociais, fisioterapeutas e psicólogos.

A inserção de profissionais com especialidades diferentes daquelas que compõem a equipe da ESF se dá de maneira lenta e de forma mais isolada. Esse movimento é resultado de reformas do setor de saúde, mais especificamente da crescente demanda por diferentes profissionais e, dessa forma, proporciona a atenção integral para a população (OLIVEIRA *et al.*,2007)

Ao se analisar a formação dos profissionais com nível superior, foi possível identificar que 83% dos profissionais graduados haviam cursado alguma especialização, sendo que 30% destes optaram pela especialização em saúde da família. Pinafo *et al.* (2011) destacam a importância da formação e especialização como suporte para as práticas de saúde, fornecendo conhecimento integral necessário e, conseqüentemente, contribuindo para a consolidação da ESF.

Em relação a uma parcela significativa dos profissionais de ensino superior cursando pós-graduação/especialização, Girardi (2007) considera que contribui para a interdisciplinaridade da equipe da ESF uma vez que incorpora novas especialidades, agregando maior conhecimento. Gil (2005) ainda considera que essa porcentagem de profissionais com especialização sinaliza uma tendência a maior qualificação, indo ao encontro das estratégias do Ministério da Saúde que visam a melhoria do serviço público.

No entanto, Barreto e Carvalho (2010) chamam atenção para o termo equipe multidisciplinar e interdisciplinar. Para os autores, esses termos não devem ser confundidos, dado que a interdisciplinaridade não é construída apenas com a junção de profissionais, e sim, a partir da funcionalidade que essa junção possui.

Em relação ao tempo de trabalho dos coordenadores responsáveis pelas UAPS, a média foi de 2,9 anos, demonstrando que a permanência nos cargos é relativamente curta, o que evidencia uma rotatividade desses profissionais. Magnago e Pierantoni (2014) relacionaram a alta taxa de rotatividade às condições de trabalho inadequadas, como por exemplo, carga horária

excessiva, infraestrutura inadequada, falta de medicamentos e materiais, unidades localizadas em regiões afastadas ou de risco, e, predominância de interesses políticos.

Langdon *et al.* (2006) ainda relacionam a ausência de plano de carreira efetivo à alta rotatividade dos profissionais das equipes. Há, ainda, a falta de uma divisão de tarefas justa e democrática, inserção de profissionais que não possuem formação adequada para o cargo que exercem e a ausência de capacitação adequada, tornando o ambiente de trabalho limitado e desgastante.

A alta taxa de rotatividade traz como consequências maior dificuldade de manter a equipe integrada, aumentando o gasto com treinamentos repetidos. Há assim, uma queda da produtividade e maior insegurança ao realizar os serviços com a população (STANCATO; ZILLI, 2010). Gonçalves *et al.* (2014) consideram ainda que a alta taxa de rotatividade prejudica os propósitos da ESF dado que a integração da equipe é constantemente quebrada e um novo membro é inserido dando início ao processo de adaptação, impedindo que as ações tenham continuidade e longevidade.

Quanto ao tipo de vínculo profissional, os dados demonstrados no gráfico 1 mostram que menos de 50% dos profissionais foram contratados por meio de concurso público. Dessa forma, 33,2% tinham vínculo empregatício estatutário⁶. Da totalidade dos municípios estudados, verificou-se a ocorrência de contratos irregulares, como o de tempo determinado (39,2%), de emprego público regido pela CLT⁷ (14%), cargos comissionados não cedidos (0,9%), autônomos (0,9%) e contrato informal (0,3%) (Gráfico 1).

⁶ O regime estatutário é estabelecido através de aprovação em concurso público e garante aos servidores públicos um conjunto de proteções e garantias específicas para o exercício da função pública (NOGUEIRA *et al.*, 2000).

⁷ O regime celetista é regido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), configura como um contrato de trabalho em que o servidor não irá adquirir estabilidade e não estará vinculado ao serviço público (GIRARDI; CARVALHO, 2003).

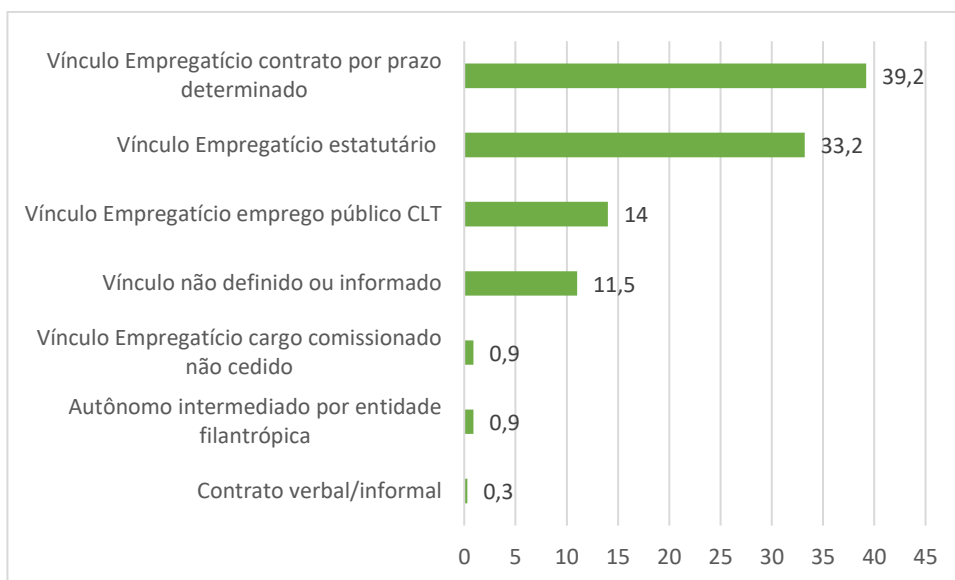


Gráfico 1: Vínculos empregatícios

Os municípios com população inferior à 50 mil habitantes se tornam mais susceptíveis à desvalorização profissional, dado que ocorre menor fiscalização em relação à contratação dos profissionais. Enquanto os municípios com mais de 100 mil habitantes possuem uma proporção de 50% de utilização do regime estatutário para a fixação dos profissionais, os municípios menores têm apresentado índices abaixo da média (GIRARDI, 2007). Prova disso é que os municípios mineiros têm utilizado em média 33% desse tipo de contrato.

Girardi (2007) chama a atenção para o número de vagas ocupadas de forma atípica que não seguem o que é proposto nas diretrizes, ou seja, o provimento de profissionais por meio de concursos públicos. O autor aponta que essa irregularidade acontece devido aos municípios conseguirem cumprir as medidas restritivas para contratação de pessoal no setor público e respeitar os limites orçamentários da Lei de Responsabilidade Fiscal. Há, ainda, um crescente número de ações do setor de saúde que aumentam a demanda por recursos humanos. Dessa forma, devido à falta de fiscalização, os municípios praticam os contratos atípicos (MENDONÇA *et al.*, 2010).

Gonçalves *et al.* (2014) destacam que o cenário de instabilidade ofertado pelos gestores municipais afeta diretamente nos resultados das equipes, uma vez que, para que ações de treinamento e valorização surtam efeito demanda tempo. Para os autores, essa situação demonstra que o comprometimento com o planejamento de longo prazo das ações não ocorre da maneira ideal, afetando diretamente a regularização dos profissionais da saúde.

De Marqui *et al.* (2010) apontam a instabilidade do vínculo trabalhista como um dos principais motivos da rotatividade dos profissionais das equipes. A falta de regularização afeta

a carreira profissional dos envolvidos, não possibilitando o acesso a oportunidades e direitos. Os autores ainda destacam que, em cidades de menor porte, a influência política interfere de modo considerável na inserção de novos profissionais dando continuidade aos contratos irregulares.

4.2. Eficiência das ações de Gestão de Pessoas em relação aos profissionais da ESF

A análise da eficiência das ações de Gestão de Pessoas em relação aos profissionais foi dada pelo cálculo do escore de eficiência das ações de Gestão de Pessoas realizadas pelos municípios.

4.2.1. Cálculo do escore de eficiência

Considerando o número de observações igual ao número de municípios credenciados ao PMAQ (663 municípios) foi possível obter escores de eficiência por meio da análise de variáveis, as quais estão apresentadas na Tabela 1, com suas respectivas estatísticas descritivas.

Tabela 1- Estatística descritiva das variáveis empregadas no modelo de eficiência das ações de gestão de pessoas em relação aos profissionais

| Variáveis * | Mínimo | Máximo | Média | Desvio Padrão | Assimetria | Curtose |
|-----------------------------------|----------|------------|-----------|---------------|------------|---------|
| Gasto por nº de Profissionais {I} | 14209,67 | 1762800,85 | 124881,07 | 128540,33 | 5,11 | 45,66 |
| Plano de carreira {O} | ,10 | 0,6 | ,19 | ,14 | 1,40 | ,98 |
| Treinamento {O} | ,20 | 1 | ,57 | ,50364 | 9,89 | 1,41 |
| Profissionais per capita {O} | ,00338 | ,07368 | ,045 | ,0673 | 5,28 | 38,55 |

*{I} Inputs ou entradas e {O} Outputs ou saídas.

Fonte: Resultados da pesquisa

As variáveis utilizadas foram o percentual de recurso municipal gasto com os profissionais de saúde, o percentual de profissionais que são atendidos pelo plano de carreira, o percentual de profissionais que recebem treinamento e o número de profissionais per capita. E ao se observar a Tabela 1, é possível identificar a variação de valores assumidos pelos municípios, o que demonstra heterogeneidade na forma como a gestão de pessoas tem sido empregada nos municípios mineiros, dada a amplitude apresentada pelas variáveis, principalmente quanto à cobertura de plano de carreira e treinamento. Verificou-se também que todas variáveis apresentaram curtose maiores que zero, indicando que as distribuições estão mais altas e concentradas do que a linha da distribuição normal.

A Tabela 2 mostra a estatística descritiva dos escores de eficiência tornando evidente a amplitude dos resultados, que variaram de 63,54% a 100% e, conseqüentemente, a necessidade de aprofundar a análise para identificar as possíveis causas dessa discrepância de valores, uma

vez que o estado apresenta altas disparidades regionais, sendo possível encontrar regiões bem desenvolvidas e regiões estagnadas.

Tabela 2 - Análise descritiva dos escores de eficiência

| | Mínimo | Máximo | Média | Desvio Padrão | Assimetria | Curtose |
|--------|--------|---------|----------|---------------|------------|---------|
| Escore | 63,54% | 100,00% | 80,1582% | 4,60444% | 1,347 | 4,650 |

Fonte: Resultados da pesquisa

Analisando o histograma (Apêndice A) e os valores da estatística descritiva é possível afirmar que os dados apresentam formato leptocúrtica (em cume), devido ao coeficiente de curtose positivo, apresentando uma maior inclinação no distanciamento em torno da média (TRIOLA, 2005). A amostra exibe comportamento assimétrico à esquerda demonstrando uma concentração dos valores próximos a média com valores levemente inferiores.

Foi elaborado um mapa de Minas Gerais com os valores dos escores municipais representados em 5 percentis, determinados por intervalos de valores em suas respectivas cores, de forma a facilitar o procedimento de análise, como demonstrado na Figura 5.

Ao analisar o mapa é possível perceber os municípios que não realizaram o cadastramento no PMAQ no ano de 2012, representando a cor mais clara com valores iguais a zero, uma vez que não participaram da pesquisa, totalizando 113 municípios.

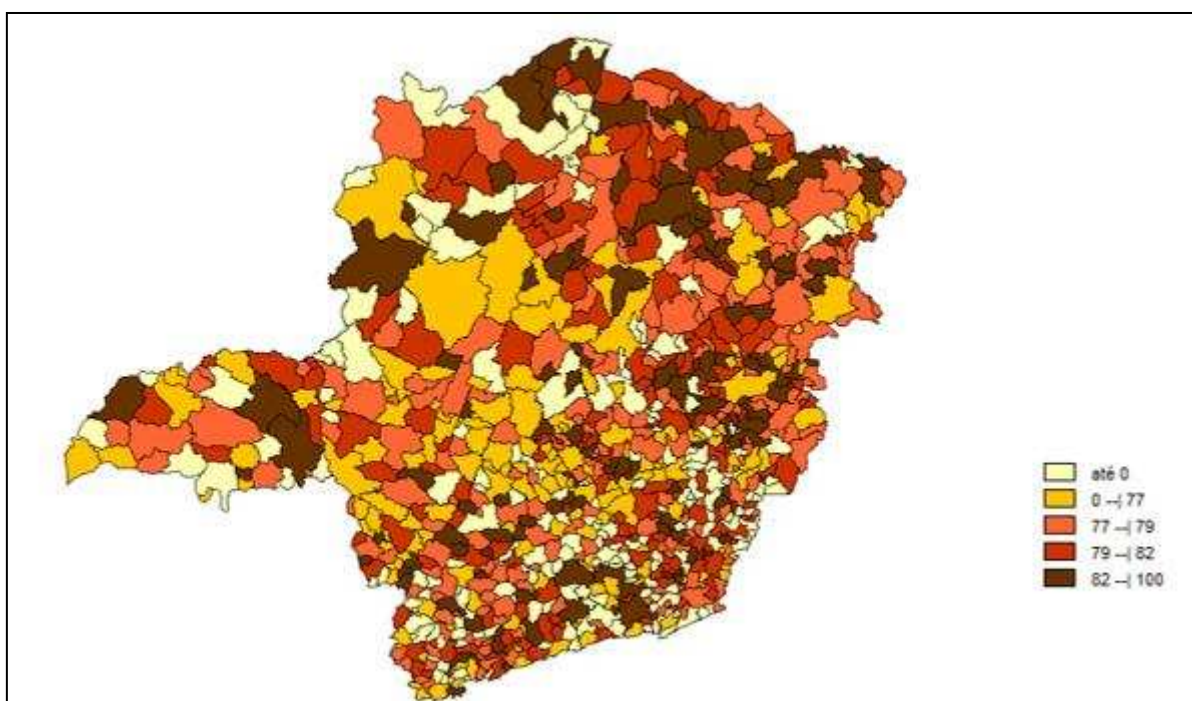


Figura 5- Representação dos Escores de eficiência em relação aos profissionais no estado de Minas Gerais

Fonte: Resultados da pesquisa

Apesar do estado apresentar um percentual de adesão elevado (86,7%), é fundamental que todos os municípios participem de forma a tornar o Programa efetivo e que os benefícios atinjam a todos. No entanto, como a adesão ocorre de maneira voluntária e está diretamente relacionada ao interesse dos gestores municipais, que decidem pela participação das suas equipes no Programa (PINTO; SOUSA 2012).

Os municípios não credenciados estavam localizados principalmente nas mesorregiões Noroeste, Campo das Vertentes e Zona da Mata (Gráfico 2). Essas mesmas mesorregiões apresentaram os menores valores médios para o escore de eficiência, sinalizando características regionais que podem estar influenciando negativamente a Gestão de Pessoas municipal.

As mesorregiões do Mucuri, Jequitinhonha, Vale do Rio Doce apresentaram as menores porcentagens, respectivamente, 4%, 14% e 14%, demonstrando que essas mesorregiões são as que menos possuem municípios não cadastrados no PMAQ. O resultado dessa maior adesão dos municípios pode ser percebido na Tabela 3, a qual demonstra que essas mesorregiões apresentaram resultados de eficiência superiores às demais mesorregiões.

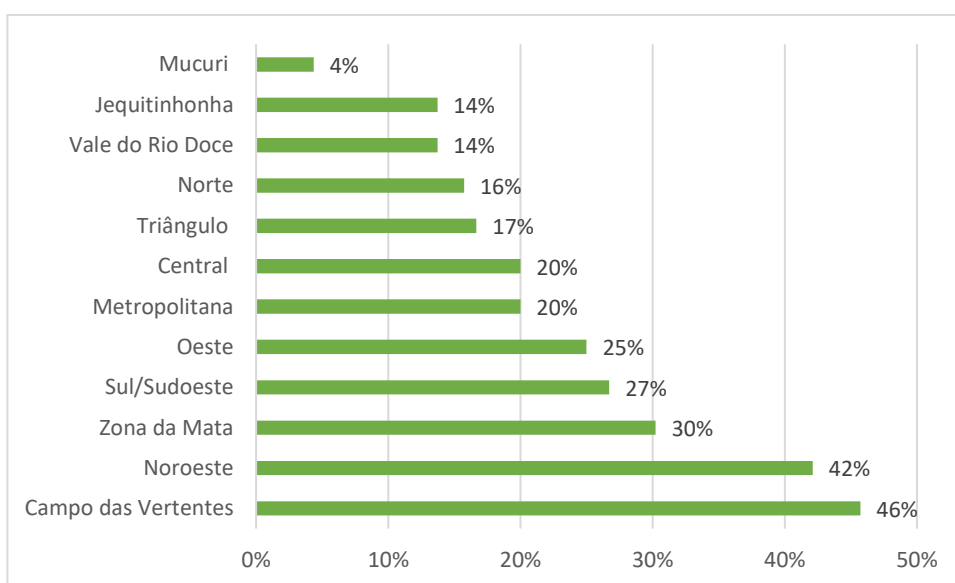


Gráfico 2- Porcentagem de municípios não credenciados por mesorregião

Ainda em relação à Figura 5, os escores de eficiência de valores mais elevados estão distribuídos no mapa de forma não homogênea e não apresentam um determinado direcionamento. Do total de municípios, apenas 4 apresentaram ser eficientes: Juatuba, Juiz de Fora, Sete Lagoas e Betim. Isso evidencia que, apesar de atualmente existirem ações públicas que visam maior equidade, muitos municípios ainda não recebem a devida atenção no que se refere às ações de Gestão de Pessoas, tornando nítido essas diferenças no mapa.

A maior parte dos municípios analisados apresentaram valores quantitativamente próximos da média de escores de eficiência, sendo que esta apresentou um valor consideravelmente alto (80,15%). Rocha (2011) considera que um conjunto de observações eficientes demonstram maior adequação dos gestores municipais às ações de gestão de pessoas e, conseqüentemente, buscam maiores oportunidades de melhorias do que as unidades consideradas ineficientes. Entretanto, as observações que apresentaram valores inferiores sinalizam para uma maior atenção dos gestores municipais.

A fim de investigar essa possível equidade das ações de pessoas foi construída uma tabela organizando os municípios em suas respectivas mesorregiões (Tabela 3). Feito isso, foi possível evidenciar avanços em relação a regiões definidas por Batella e Diniz (2010) como historicamente conhecidas pela falta de recursos financeiros. Tais regiões apresentaram escores elevados, como por exemplo, a mesorregião Norte.

A análise das médias por mesorregião confirma a tendência à equidade⁸ havendo uma variação pequena, de 78,89 a 81,42. As mesorregiões mais eficientes foram a Metropolitana, Sul/Sudoeste e Norte, sendo representadas por respectivas médias: 81,42, 81,36 e 81,29. Como resultados inferiores, pode-se considerar o Campo das Vertentes, Zona da Mata e Noroeste, os quais apresentaram as menores médias.

Tabela 3- Estatística descritiva dos escores por mesorregião

| Mesorregiões | Mínimo | Máximo | Média | Desvio Padrão | Assimetria | Curtose |
|---------------------|--------|--------|-------|---------------|------------|---------|
| Zona da Mata | 70 | 100 | 79,34 | 4,677 | 1,875 | 6,681 |
| Jequitinhonha | 69 | 96 | 80,43 | 4,800 | ,744 | 2,272 |
| Triangulo | 71 | 98 | 79,89 | 4,972 | 2,30 | 7,594 |
| Mucuri | 71 | 89 | 80,73 | 4,154 | ,581 | ,631 |
| Central | 69 | 98 | 80,37 | 6,432 | 1,056 | 2,023 |
| Metropolitana | 70 | 100 | 81,42 | 5,649 | 1,827 | 4,437 |
| Noroeste | 76 | 100 | 79,63 | 6,918 | 2,236 | 5,740 |
| Sul/Sudoeste | 70 | 95 | 81,36 | 3,586 | 1,102 | 3,222 |
| Campo das Vertentes | 76 | 91 | 79,24 | 4,053 | 1,735 | 2,480 |
| Oeste | 73 | 97 | 80,22 | 5,320 | 1,985 | 4,382 |
| Norte | 76 | 100 | 81,29 | 4,008 | 1,778 | 5,333 |
| Vale do Rio Doce | 64 | 98 | 80,69 | 4,615 | ,325 | 3,282 |

Fonte: Resultados da pesquisa

⁸ Equidade é um dos princípios que regem o SUS e auxilia a nortear a elaboração de políticas públicas de saúde. Está diretamente relacionado aos conceitos de justiça e igualdade, atuando dessa forma na redução das desigualdades entre grupos sociais (FIOCRUZ, 2016).

Em seu estudo realizado na mesorregião Norte, Leite *et al.* (2012) evidenciaram as ações de educação permanente, principalmente em relação ao número de capacitações dos médicos. Eram realizados encontros presenciais e virtuais visando proporcionar espaços para reflexão e conhecimento. Os autores ainda chamam atenção para os benefícios dessas ações para as equipes de trabalho, uma vez que percebeu-se uma satisfação por parte dos profissionais e aumento da integração da equipe.

A mesorregião metropolitana possibilita um maior acesso a centros de ensino, tanto superior quanto técnico, que estão localizadas os municípios mais populosos, mas que também são utilizadas pelos moradores das cidades ao redor. Esta mesorregião apresentou, também, uma baixa variação dos escores municipais demonstrando homogeneidade no interior da mesorregião, devido a seu nível de desenvolvimento (GALVARRO *et al.*, 2009).

Ainda segundo os autores, a mesorregião Sudoeste/sul foi caracterizada como a região mais homogênea do estado, podendo ser atribuído ao alto desenvolvimento econômico. Esta, também, juntamente com a mesorregião metropolitana, recebe destaque estadual em relação ao percentual de médicos especialistas e número médio de médicos por mil habitantes (LOPES; RAMIRES, 2008).

Haddad (2012) atribui como um dos fatores responsáveis para o avanço do processo de equidade nas ações de Gestão de Pessoas e ao pioneirismo do estado em desenvolver ações de educação permanente, principalmente de educação profissional à distância, como o Telessaúde e o UNA-SUS. A autora destaca que nos últimos anos essa ferramenta foi disponibilizada em todos os municípios mineiros, gerando resultados positivos principalmente para a melhoria da qualidade dos atendimentos.

Em relação à expansão dos Programas de Educação Permanente no estado, Mendonça *et al.* (2010) destacaram o PROGESUS e o UNA-SUS, evidenciando a importância de ambos para a melhoria da qualificação dos profissionais da saúde da família.

A fim de compreender o comportamento dos municípios dentro de suas respectivas mesorregiões, optou-se pela análise da distribuição amostral dos resultados de cada mesorregião (Apêndice B).

Através do Apêndice B, foi possível evidenciar que as mesorregiões que apresentaram maior irregularidade na distribuição foram a Noroeste, Triângulo e Campo das Vertentes, confirmando a heterogeneidade dos municípios que as compõem. Estas também apresentaram médias de escore de eficiência inferiores as demais mesorregiões, demonstrando, assim, uma menor eficiência em relação à Gestão de Pessoas em saúde desenvolvida pelos municípios.

Já as mesorregiões Central, Metropolitana, Vale do Rio Doce e Norte apresentaram amostras com distribuição mais homogêneas, assim, juntamente com a análise gráfica e as médias dos escores municipais, foi possível considerar essas mesorregiões as mais eficientes.

A fim de aprofundar a análise e buscar características dos municípios, foram agrupados os 10 maiores e os 10 menores resultados de escores municipais, juntamente com informações demográficas e socioeconômicas dos respectivos municípios (Tabela 4).

Tabela 4- Análise dos 10 maiores e 10 menores valores para os scores de eficiência municipal

| | Municípios | Escore | População total (habitantes) | PIB per capita (R\$ correntes / hab) | Densidade populacional (hab/km ²) | Percentual de população rural (%) |
|--------------------|--------------------------|---------|------------------------------|--------------------------------------|---|-----------------------------------|
| 10 Maiores Escores | Juatuba | 100,00% | 22.202 | R\$ 39.565,60 | 228,56 | 1,69 |
| | Juiz de Fora | 100,00% | 516.247 | R\$ 16.055,00 | 360,04 | 1,14 |
| | Sete Lagoas | 100,00% | 214.152 | R\$ 26.785,00 | 396,91 | 2,43 |
| | Betim | 100,00% | 378.089 | R\$ 74.950,60 | 1091,92 | 0,72 |
| | Varjão de Minas | 98,68% | 6.054 | R\$ 14.384,40 | 9,28 | 7,06 |
| | Uberlândia | 98,64% | 604.013 | R\$ 30.463,70 | 146,7 | 2,77 |
| | Arcos | 97,93% | 36.597 | R\$ 17.355,20 | 71,78698 | 7,2 |
| | Uberaba | 97,52% | 295.988 | R\$ 24.173,00 | 65,19 | 2,23 |
| | Contagem | 97,32% | 603.442 | R\$ 30.743,30 | 3104,4 | 0,34 |
| | Luz | 97,02% | 17.486 | R\$ 16.017,70 | 14,95 | 10,16 |
| 10 Menores Escores | Pitangui | 70,82% | 25.311 | R\$ 10.146,90 | 44,94 | 20,62 |
| | Iraí de Minas | 70,58% | 6.467 | R\$ 17.858,80 | 18,07 | 20,24 |
| | Rubim | 70,43% | 9.919 | R\$ 5.818,20 | 10,27 | 22,34 |
| | Cipotânea | 70,35% | 6.547 | R\$ 4.625,30 | 42,62 | 53,96 |
| | Barão do Monte Alto | 69,91% | 5.720 | R\$ 6.531,60 | 28,71 | 28,02 |
| | Caratinga | 69,71% | 85.239 | R\$ 10.541,50 | 67,72 | 17,32 |
| | Biquinhas | 69,31% | 2.630 | R\$ 11.047,40 | 5,73 | 37,68 |
| | Santo Antônio do Jacinto | 68,67% | 22.202 | R\$ 5.049,20 | 23,33 | 46 |
| | São João do Manhuaçu | 68,23% | 51.6247 | R\$ 16.055,00 | 71,57 | 53,09 |
| | Itabirinha | 63,54% | 5.178 | R\$ 6.890,70 | 50,95 | 21,72 |

Fonte: Resultados da pesquisa

Os municípios que obtiveram resultados em destaque possuíam como característica em comum a relação dos escores de eficiência com a proporção de população rural e os valores de PIB. Os municípios que apresentaram uma relação de maior valor de PIB e menor proporção de população rural apresentaram escores elevados, enquanto, municípios com maior proporção de população rural e menores valores de PIB alcançaram valores de escores inferiores.

Dos municípios que apresentaram escore de eficiência máximo, igual a 100, Juiz de Fora foi retratado por Rossetti (2015) e Farah (2006) como sendo modelo na condução de ações de educação permanente, sendo realizados treinamentos de iniciação e capacitação para os profissionais atuantes.

Já os municípios Uberlândia e Uberaba se destacaram como modelos na prestação de serviços no Triângulo Mineiro. Dentre os principais diferenciais foram evidenciados o número de equipamentos de saúde, com capacidade tecnológica e concentração de centros de ensino. Sendo assim, esses dois municípios apresentam desenvolvimento municipal e funcionam como centros de referência para as cidades ao redor (LOPES; RAMIRES, 2008).

Gomes e Pinheiro (2005) e Cardoso *et al.* (2015) destacaram que cidades com população acima de 100 mil habitantes ou próximas de grandes centros possuem desempenho diferente por apresentar certa facilidade em recrutar profissionais qualificados devido à facilidade de interação com instituições de ensino. Por isso, os autores indentificam, nesses ambientes, uma conformidade das ações de educação permanente. Apesar do avanço das ações de educação permanente no estado, os grandes centros permitiram um desenvolvimento, visto que, nessas localidades, há maior presença de instituições de ensino consolidadas, sendo a principal modificação a adequação dessas instituições à realidade da saúde da família.

O PIB *per capita* e a proporção da população rural em relação à urbana evidencia uma fragilidade, dado que municípios com menor capacidade de geração de renda, ou seja, dependentes de recursos estaduais, apresentam características de menor desenvolvimento e influências políticas na inserção de profissionais nas equipes de saúde (MENDONÇA *et al.*, 2010). Apesar dos esforços de avanço da educação permanente e regularização profissional, muitos municípios não conseguem romper com essas barreiras. Para tanto, a predominância de cidades que não foram cadastradas no PMAQ no ano de 2012 pode sinalizar uma distoância de interesses dos gestores municipais em relação as ações de gestão de pessoas.

Spedo *et al.* (2009) acreditam que o processo de descentralização dos municípios não se deu de forma concreta, dado que não ocorreram investimentos prévios na estrutura e no fortalecimento de sua estrutura antes de ocorrer a descentralização. A consequência foi municípios com elevado grau de dependência e com poucas condições estruturais para gerar modificações no processo de saúde e na relação com os profissionais.

Lucchese (2009) ainda relaciona que o recebimento de recursos financeiros por meio das esferas estaduais e federais estão condicionadas à existência de Conselho Municipal de Saúde que, por lei, é responsável por regularizar a prestação de serviços de saúde e os instrumentos de participação social. Dessa forma, cabe ao município o cumprimento dessa lei criando condições para o desenvolvimento do Conselho, além de, apresentar planejamento e prestação de contas dos recursos utilizados. No entanto, caso o município não realize tais atividades, não recebe os recursos, ficando condicionado aos interesses políticos dos gestores.

Girardi (2007) ainda argumenta que os investimentos destinados à valorização profissional aumentam conforme o porte populacional dos municípios. Essa relação pode ser explicada por Cardoso *et al.* (2015) que evidenciam as dificuldades de realizar a gestão de pessoas em grandes centros que sofrem com fatores externos, como violência urbana, dinâmica urbana complexa, dificuldade de interação com os usuários do sistema e de adequação das equipes às diversas realidades existentes no município, sendo necessário assim um maior conjunto de ações de Gestão de Pessoas.

4.3. Eficiência das ações de gestão de pessoas em relação à população

De forma semelhante à análise de eficiência, primeiramente foi elaborada uma tabela com as estatísticas descritivas das variáveis: número de UAPS *per capita*, número de profissionais *per capita*, porcentagem da população atendida, proporção da população que recebe atendimento pré-natal, proporção de internações sensíveis à atenção primária evitadas e proporção de sobrevivência infantil. Tomando como base a tabela 5, é possível identificar a variação de valores em relação à qualidade dos serviços de saúde ofertados pelos municípios.

Tabela 5- Estatística descritiva das variáveis empregadas no modelo de eficiência das ações de gestão de pessoas em relação à população

| Variáveis | Mínimo | Máximo | Média | Desvio Padrão | Assimetria | Curtose |
|--------------------------------|--------|---------|---------|---------------|------------|---------|
| UAPS per capita {I} | ,00001 | ,0075 | ,000397 | ,0006352 | 6,050 | 50,390 |
| Profissionais per capita {I} | ,0001 | ,0737 | ,004596 | ,0071013 | 5,359 | 37,911 |
| % da população atendida {O} | ,25 | 100,00 | 86,5581 | 21,81425 | -1,744 | 2,357 |
| Atendimento pré-natal {O} | 18,8 | 100,0 | 67,856 | 15,3014 | -,419 | ,256 |
| Internações evitadas {O} | 41,820 | 97,3700 | 80,27 | 8,427 | -,910 | 1,096 |
| Sobrevivência infantil (%) {O} | 21,760 | 100,00 | 85,40 | 14,296 | -1,478 | 3,044 |

*{I} Inputs ou entradas e {O} Outputs ou saídas.

Fonte: Resultados da pesquisa

Os dados da Tabela 5 demonstram que a qualidade dos serviços prestados tem sido dada de forma bem distinta entre os municípios, visto que todas as variáveis apresentam significativa amplitude. Também foi produzida uma tabela estatística descritiva dos escores de eficiência do acesso à saúde (Tabela 6).

Tabela 6- Estatística descritiva dos escores de eficiência em relação à população

| | Mínimo | Máximo | Média | Desvio Padrão | Assimetria | Curtose |
|--------|--------|---------|----------|---------------|------------|---------|
| Escore | 60,33% | 100,00% | 72,9667% | 8,67944% | 2,003 | 3,348 |

Fonte: Resultados da pesquisa

Analisando o histograma (Apêndice C) e os valores da estatística descritiva (Tabela 6), a amostra apresenta uma amplitude significativa igual a 39,67%, com comportamento assimétrico à direita e formato leptocúrtica, uma vez que o coeficiente de curtose é positivo, apresentando uma maior inclinação no distanciamento em torno da média. Os valores dos escores se concentram, em sua maioria, em uma região anterior à média, representando que estes assumiram valores menores, logo, mais distantes das DMU's eficientes.

Pode-se observar também o número de municípios que apresentaram escore máximo, ou seja, eficientes, totalizaram 34, que podem ser utilizados como exemplos de qualidade do serviço de saúde ofertado para a população (Quadro 3), racionalizando assim os recursos públicos e representando modelos de benchmarks para os gestores públicos. Estes, por sua vez, se concentram, em maior proporção nas mesorregiões Metropolitana, Triângulo e Sul/Sudoeste.

Quadro 3- Municípios que apresentaram escore máximo

| | | | |
|------------------|----------------|-----------------------------|------------|
| Andradas | Doresópolis | Prudente de Moraes | Sobralia |
| Andrelândia | Felixlândia | Rio do Prado | Tiradentes |
| Araújos | Guarani | Santa Rita do Sapucaí | Uberlândia |
| Betim | Guaxupé | Santa Vitória | Pratápolis |
| Bicas | Itacambira | Santo Antônio do Retiro | |
| Catuti | Juiz de Fora | São Gonçalo do Pará | |
| Comendador Gomes | Lagoa Santa | São Sebastião do Rio Preto | |
| Confins | Lavras | Senador Modestino Gonçalves | |
| Córrego Fundo | Morro da Garça | Serra do Salitre | |
| Divinópolis | Patrocínio | Sete Lagoas | |

Fonte: Resultados da pesquisa

Foi elaborado um mapa de Minas Gerais com os valores dos escores municipais representados e 5 percentis definidos por meio das frequências de forma a facilitar o procedimento de análise (Figura 6). Foi possível identificar uma maior incidência de municípios na faixa de escores mais elevada do que na demonstração gráfica dos escores de eficiência em relação aos profissionais.

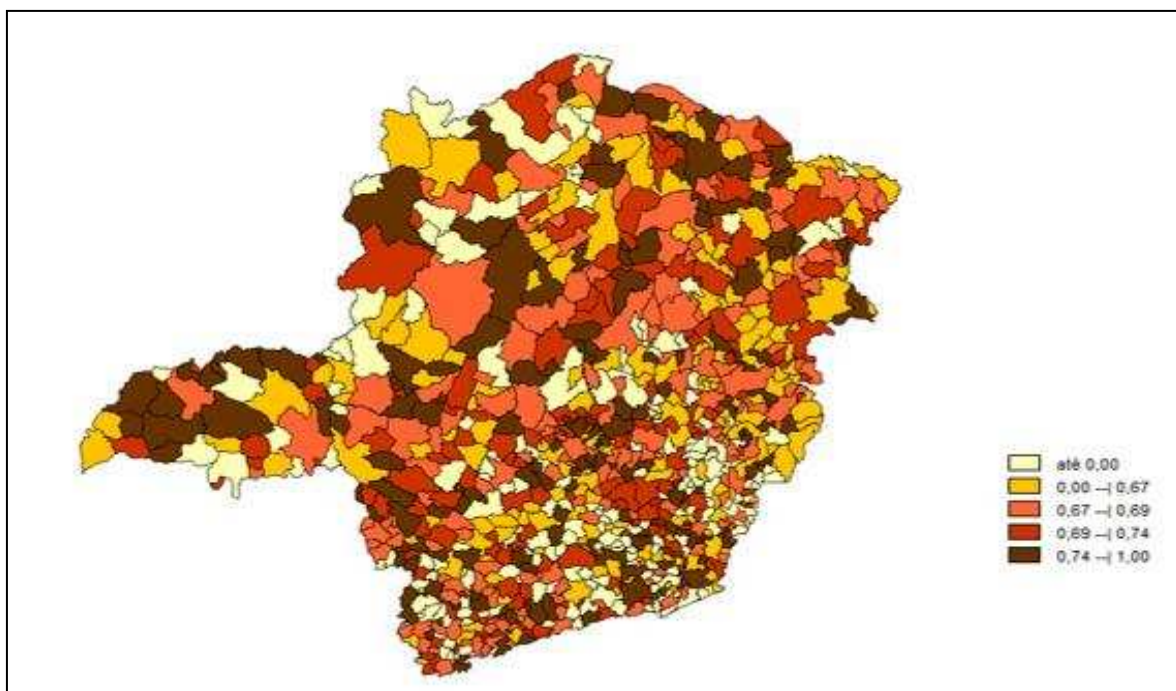


Figura 6- Representação dos Escores de eficiência em relação a população no estado de Minas Gerais

Fonte: Resultados da pesquisa

Quanto ao número significativo de municípios com escores máximos ou elevados, Haddad (2012) evidencia os resultados alcançados pelas ações de educação permanente desenvolvidas no estado. Segundo a autora, ocorreu uma redução de 78% dos encaminhamentos para tratamentos em outras localidades no estado e a maior parte dos profissionais se diziam satisfeitos e relatavam bons resultados. A redução da insegurança e maior autonomia por parte dos profissionais garante um trabalho de melhor qualidade.

Porém, por meio da análise descritiva e demonstração espacial, é notório um maior número de municípios com escores de menores de eficiência quando comparados aos escores de eficiência em relação aos profissionais. No entanto, torna-se evidente a discrepância de resultados encontrados, sendo necessária uma investigação mais profunda. Para isso, os dados foram reorganizados em mesorregiões, conforme a Tabela 7.

Tabela 7- Estatística descritiva dos escores por mesorregião

| Mesorregiões | Mínimo | Máximo | Média | Desvio Padrão | Assimetria | Curtose |
|-----------------------|--------|--------|-------|---------------|------------|---------|
| Central de Minas | 0,60 | 1,00 | 0,743 | 0,09829 | 1,519 | 2,251 |
| Triangulo | 0,60 | 1,00 | 0,739 | 0,08786 | 1,516 | 2,328 |
| Zona da Mata | 0,61 | 1,00 | 0,738 | 0,09694 | 1,723 | 2,084 |
| Metropolitana | 0,66 | 1,00 | 0,735 | 0,09178 | 1,806 | 2,369 |
| Vale do Rio Doce | 0,67 | 1,00 | 0,705 | 0,06114 | 2,799 | 8,652 |
| Campo das Vertentes | 0,67 | 1,00 | 0,736 | 0,10250 | 2,132 | 3,802 |
| Oeste de Minas | 0,67 | 1,00 | 0,741 | 0,10558 | 1,852 | 2,127 |
| Noroeste de Minas | 0,67 | 1,00 | 0,709 | 0,09115 | 3,143 | 10,397 |
| Jequitinhonha | 0,67 | ,92 | 0,707 | 0,06014 | 2,296 | 5,048 |
| Sul/Sudoeste de Minas | 0,67 | 1,00 | 0,729 | 0,07435 | 1,930 | 3,686 |
| Norte de Minas | 0,67 | 1,00 | 0,732 | 0,08073 | 1,803 | 3,113 |
| Mucuri | 0,67 | 1,00 | 0,711 | 0,07718 | 2,965 | 9,358 |

Fonte: Resultados da pesquisa

Todas as mesorregiões apresentaram amplitudes significativas, assumindo na maioria dos casos valores iguais. De forma que 8 mesorregiões apontaram amplitudes iguais, com mínimo de 0,67 e escore máximo igual a 1. As mesorregiões do Triângulo, Zona da Mata e Central obtiveram seus escores mínimos inferiores e apenas a mesorregião do Vale do Jequitinhonha que não apresentou escore máximo.

Esses resultados revelam que as maiores barreiras para a qualidade da oferta dos serviços públicos não se dão devido à regionalidade e, sim, pela precariedade das gestões municipais, principalmente nos municípios de menor porte. Galvarro *et al.* (2009) apontam que o processo de descentralização do sistema de saúde não conseguiu minimizar as disparidades entre os municípios, uma vez que a baixa produção e alto grau de dependência de recursos estaduais e federais faz com que parte dos municípios não consiga avançar economicamente, e, conseqüentemente, não garantir desenvolvimento. Para Pierantoni *et al.* (2008), o processo de descentralização não foi acompanhado de uma estruturação capaz de romper com as dificuldades de gerência de cada município.

Dada a relação entre as ações de Gestão de Pessoas na saúde e o impacto que elas geram para o atendimento à população, foi elaborada uma tabela relacionando os escores de eficiência em relação aos profissionais e os escores de eficiência em relação à população, considerando os melhores e os piores (Tabela 8).

Tabela 8- Comparação dos escores de eficiência

| | Municípios | Escores em relação aos profissionais | Escores em relação a população |
|--------------------|--------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|
| 10 Maiores Escores | Juatuba | 100,00% | 86,13% |
| | Juiz de Fora | 100,00% | 100% |
| | Sete Lagoas | 100,00% | 100% |
| | Betim | 100,00% | 94% |
| | Varjão de Minas | 98,68% | 95,5% |
| | Uberlândia | 98,64% | 100% |
| | Arcos | 97,93% | 82,36% |
| | Uberaba | 97,52% | 87,59% |
| | Contagem | 97,32% | 89,45% |
| | Luz | 97,02% | 87,15% |
| 10 Menores Escores | Pitangui | 70,82% | 71,05% |
| | Iraí de Minas | 70,58% | 67,33% |
| | Rubim | 70,43% | 67,03% |
| | Cipotânea | 70,35% | 71,35% |
| | Barão do Monte Alto | 69,91% | 68,45% |
| | Caratinga | 69,71% | 69,08% |
| | Biquinhas | 69,31% | 70,29% |
| | Santo Antônio do Jacinto | 68,67% | 67,89% |
| | São João do Manhuaçu | 68,23% | 68,91% |
| | Itabirinha | 63,54% | 66,5% |

Fonte: Resultados da pesquisa

Os resultados indicam que municípios que investiam de maneira adequada em suas equipes tendiam a obter melhores resultados na qualidade da saúde, demonstrando uma relação direta entre ações de Gestão de Pessoas para os profissionais e a qualidade dos serviços ofertados.

Em outras palavras, a Gestão de Pessoas realizada de maneira adequada consegue proporcionar um serviço de qualidade para a população. Haddad (2012) e Rosseti (2015) relataram que em Juiz de Fora os indicadores de saúde apresentaram uma significativa melhora, podendo ser destacados a ampliação da cobertura populacional pelas equipes e maior facilidade da população ao acesso aos serviços de saúde.

Também sob uma perspectiva positiva, foi possível analisar o município de Uberaba, que, de acordo com Cervera *et al.* (2011), tem utilizado suas atividades educacionais e de capacitação de maneira adequada às necessidades de cada Unidade, utilizando estrategicamente os investimentos realizados. Dessa forma, os profissionais conseguiam ir além de atendimento técnico buscando também relações interpessoais com as comunidades indo de encontro aos objetivos de integralidade propostos pela ESF e assim obtendo resultados satisfatórios na qualidade do atendimento à população.

No entanto, o município de Pitangui, que obteve seus resultados entre os menos eficientes, apresentava, de acordo com Menezes *et al.* (2009), um número expressivo de profissionais que não recebiam nenhum tipo de treinamento ou que recebiam de forma não adequada tornando os resultados quanto a qualidade dos serviços prestados à população não satisfatórios, dado que a não capacitação dos profissionais inviabilizava um atendimento de qualidade e efetivo.

Ainda quanto aos escores de qualidade do atendimento à população que apresentaram valores menores que os escores de eficiência em relação aos profissionais, Rossetti (2015) enfatiza a existência de barreiras como treinamentos e capacitações inadequados à realidade da equipe. Muitas vezes os treinamentos são oferecidos para todas as unidades e partem de projetos do próprio gestor, não deixando as equipes atuarem de maneira democrática na determinação das necessidades. O resultado é um número considerável de treinamentos, mas que não podem ser considerados efetivos, pois acabam não atendendo à real necessidade do processo de trabalho da equipe. Considera-se o número de atividades e não os efeitos que essas podem trazer para as equipes.

Cada município precisa elaborar suas próprias estratégias para que as ações de Gestão de Pessoas atinjam resultados esperados. Logo, para cada município existem necessidades, barreiras e oportunidades características, e o não comprometimento dos gestores com essas ações, ou o não alinhamento das atividades com as necessidades, acabam comprometendo os resultados finais (BATISTA; GONÇALVES, 2011).

Para tanto, Addad *et al.* (2010) reiteram a importância da Gestão de Pessoas realizada pelos gestores municipais de forma estratégica, capaz de proporcionar aos profissionais um espaço democrático e de conhecimento, não apenas o cumprimento de atividades burocráticas. Assim, espera-se que os recursos investidos de fato sejam efetivos e gerem retorno para a vida profissional dos membros da equipe e qualidade de atendimento para a população. Dessa forma, é possível afirmar que a forma como os gestores municipais articulam as ações de Gestão de Pessoas influenciam diretamente na qualidade do serviço prestado (OPAS, 2002).

Considerando a esfera federal, é esperado que a relação entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação fortaleça a parceria, tornando o ensino de saúde mais adequado, que mais programas sejam criados e que os existentes sejam reforçados por meio de fiscalização. Espera-se, assim, que os programas propostos garantam uma qualificação adequada aos profissionais visando uma maior valorização profissional e qualidade do atendimento para a população (PIERANTONI *et al.*, 2008).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo analisar a eficiência das políticas de Gestão de Pessoas no setor de saúde no estado de Minas Gerais, assim, pretendeu-se identificar as principais ações desenvolvidas para a valorização dos profissionais e investigar se essas ações eram aplicadas de maneira adequada pelos gestores municipais.

Os profissionais são 76,9% do sexo feminino, com uma média de tempo de experiência de 2,9 anos e 52,8% contratados de forma irregular. No entanto, também foi percebida uma grande parcela de profissionais graduados com especialização e presença de profissionais além dos da equipe padrão, como fisioterapeutas, psicólogos e assistentes sociais o que contribui para o atendimento integral.

De maneira geral, o estado de Minas Gerais obteve bons resultados quanto à análise de eficiência das ações de Gestão de Pessoas, obtendo uma média de escores igual a 80,15% e uma concentração de resultados próximos à essa média. As mesorregiões Metropolitana, Norte e Sul/Sudoeste se mostraram mais eficientes na utilização das ações de Gestão de Pessoas, apresentando maior equidade dessas ações dentro dos seus territórios.

As Mesorregiões como Campo das Vertentes, Noroeste e Mucuri apresentaram municípios com distintas realidades, reveladas pela amplitude da amostra e conseqüentemente, pela distribuição amostral heterogênea, sinalizando possíveis fragilidades relacionadas à regionalidade. Dentro destes mesmos territórios, ainda foi possível identificar maior frequência de municípios não credenciados no PMAQ, demonstrando que interesses políticos interferem diretamente nos resultados das ações de Gestão de Pessoas.

Os valores de escores de eficiência próximos da média puderam ser relacionados aos programas de educação permanente que têm atingido todas as regiões do estado, principalmente por meio dos cursos não presenciais. Essa ação se mostrou eficiente, havendo resultados significativos para todos os municípios. Porém, houve maior destaque para os municípios com maior porte e menor grau de dependência de recursos estaduais e federais, os quais apresentaram escores mais elevados de eficiência.

Analisando os municípios isoladamente, tornou-se evidente que municípios mais populosos ou próximos destes, apresentavam maior eficiência devido à facilidade de acesso a centros de ensino, além da necessidade de maior atenção com as ações de Gestão de Pessoas, para que os profissionais estejam preparados para diversas realidades. Já os municípios que apresentaram menor densidade populacional, com proporção de população rural superior e

maior grau de dependência de recursos estaduais e federais, apresentaram menores valores de eficiência, uma vez que possuem um desenvolvimento econômico e social menor.

Quanto à qualidade do serviço prestado, 34 municípios apontaram valores de escore máximo, evidenciando que as ações de valorização profissional e qualificação têm modificado a forma de trabalho nesses locais, podendo ser consideradas DMU's eficientes. No entanto, a realidade do estado não foi positiva, dado que a maior parcela dos municípios não apresentou o rendimento de eficiência esperado, quando comparado com os escores de eficiência em relação aos profissionais, demonstrando falhas na estrutura.

Municípios que apresentaram bons resultados em relação à Gestão de Pessoas obtiveram resultados não tão bons quanto à qualidade da prestação de serviços à população. A falta de interesse político em relação a regularização dos profissionais e a qualidade dos treinamentos realizados tornam as ações de Gestão de Pessoas ineficazes, afetando diretamente na qualidade dos serviços de saúde. Casos como cursos com temas não condizentes com a realidade da equipe e contratos temporários tornam a dinâmica de trabalho fragmentada, impossibilitando que a proposta de atendimento integral e interdisciplinar ocorra. Tal aspecto caracteriza uma falta de continuidade do programa e, conseqüentemente, de investimentos.

A existência de municípios realizando as atividades apenas para mascarar a produtividade sinaliza a necessidade de mais parcerias da SGTES com instituições de ensino. Tais parcerias colaboram para a construção de programas mais flexíveis às realidades municipais, manutenção e fortalecimento dos programas existentes e, principalmente, a criação de ferramentas efetivas de fiscalização. Tais ações puderam contribuir de maneira mais adequada para melhores condições de trabalho para os profissionais.

Dessa forma, é possível dizer que a Gestão de Pessoas em saúde no estado tem evoluído e conseguido abranger todas as mesorregiões, além disso, é notório que os Programas de valorização e educação permanente estão sendo implementados de forma a ir modificando a realidade de trabalho das equipes.

Porém, ainda existem desafios a serem superados para que o estado se torne realmente eficiente neste cenário. Municípios com sérias fragilidades em seu desenvolvimento, falta de fiscalização e ausência de estratégia para a implementação das ações dificultam a evolução da valorização e capacitação dos profissionais.

Percebe-se a necessidade de criação de uma política pública destinada aos municípios com alto grau de dependência, para que tenham condições estruturais de trabalhar a descentralização com maior autonomia e flexibilidade necessária para maior desenvolvimento

municipal. É importante que os municípios tenham condições de gerir a valorização e qualificação dos profissionais, garantindo melhores condições de trabalho e continuidade nos serviços ofertados.

Como principal limitação desse estudo, destaca-se a carência de dados referentes aos resultados das ações implementadas aos profissionais, uma vez que não existe um banco de dados que forneça esse tipo de informação, o que dificulta um aprofundamento da pesquisa quantitativa. Para tanto, sugere-se, para trabalhos futuros, uma análise qualitativa em municípios previamente selecionados para conhecer como essas ações acontecem seguindo uma perspectiva das próprias secretarias.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRUCIO, F. L. Trajetória recente da gestão pública brasileira: um balanço crítico e a renovação da agenda de reformas. **Revista de Administração Pública**, 41; 2007.

AMARAL, H. K. do. Desenvolvimento de competências de servidores na administração pública brasileira. **Revista do Serviço Público**, v. 57, n. 4, p. 549-563, 2014.

ANGULO M., L., LINS, M.P.E. Modelos multiobjetivo para determinação de alvos na Análise Envoltória de Dados. Anais do XXXIV Simpósio Brasileiro de Pesquisa Operacional, Outubro, Rio de Janeiro, 2002.

ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. de M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 455-464, 2007.

ARRETCHE, M. T. Mitos da descentralização: mais democracia e eficiência nas políticas públicas. **Revista brasileira de ciências sociais**, 11(31), 44-66.1996.

BARRETO, Y. Como treinar sua equipe. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1995.

BATELLA, W. B., DINIZ, A. M. A. Análise espacial dos condicionantes da criminalidade violenta no estado de Minas Gerais. **Sociedade & Natureza**, p. 151-163, 2010.

BELLONI, I. Uma Metodologia de Avaliação da Eficiência Produtiva de Universidades Federais Brasileiras. Tese de Doutorado, UFSC, 2000. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/78457/153160.pdf?sequence=1>>. Acesso em 12 de set de 2016.

BESSEN, C. B.; NETTO, M. de S.; ROS, M.A. da; SILVA, F. W. da; SILVA, C. G. da; PIRES, M. F. A estratégia saúde da família como objeto de educação em saúde. **Revista Saúde e sociedade**, v. 16, n. 1, p. 57-68, 2007.

BRANDÃO, G. R. A Universidade Corporativa e a Gestão de Recursos Humanos: novas configurações para antigas funções? Dissertação de Mestrado. Belo Horizonte: UFMG, 2004.

BRANTES, C. dos A. A. Competências e desenvolvimento de pessoas no setor público: mudanças após o Decreto 5707/2006. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2012.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Diário Oficial. 1988.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. PCCS – SUS : diretrizes nacionais para a instituição de planos de carreiras, cargos e salários no âmbito do Sistema Único de Saúde /Ministério da Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 52 p. 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Estratégia Saúde da Família**. Brasília, DF: 2016.

BRESSER-PEREIRA, L. C. Democracia, estado social e reforma gerencial. **Revista de Administração de Empresas**, v. 50, n. 1, p. 112-116, 2010.

CALIL, L. E. S. Direito do Trabalho da Mulher: a questão da igualdade jurídica ante a desigualdade fática. São Paulo: LTr, 2007.

CAMARGO Jr., A. S.; MATIAS, A. B.; MARQUES, F. T. Desempenho dos Bancos Comerciais e Múltiplos de Grande Porte no Brasil. In: 39º Congresso Latinoamericano de Escolas de Administração, San Domingo, República Dominicana. Anais do XXXIX CLADEA. San Domingo/República Dominicana: CLADEA, 2004. 1 CD.

CARDOSO, A. V. L., CHAIN, A. P. N., MENDES, R. I. P., FERREIRA, E., VARGAS, A. M. D., DE BARROS LIMA, A. M. E., FERREIRA, R. C. Avaliação da gestão da Estratégia Saúde da Família por meio do instrumento Avaliação para Melhoria da Qualidade em municípios de Minas Gerais, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20(4), p. 1267-1284, 2015.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estudos Avançados**, v. 27, n. 78, p.7- 26, 2013.

CARVALHO, M. S. D. Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica: um olhar implicado sobre sua implantação. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva - Mestrado Profissional, na linha de pesquisa de Políticas, Planejamento, Gestão e Atenção em Saúde. Brasília, DF.2013.

CASTRO, R. B. de. Eficácia, eficiência e efetividade na administração pública. **Anais... XXX encontro da Anpad - Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração**. Salvador. BA. 2006.

CAVALCANTI, P. B., CARVALHO, R. N. A interdisciplinaridade no programa saúde da família: como articular os saberes num espaço de conflitos. **Sociedade em Debate**, 16(2), 191-208, 2012. Disponível em: <<http://revistas.ucpel.edu.br/index.php/rsd/article/view/679>>. Acesso em: 21 set 2016.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 10, n. 4, p. 975-986, 2005. In: COSTA, G. D. D., COTTA, R. M. M., FERREIRA, M. D. L. D. S., REIS, J. R., FRANCESCHINI, S. D. C. C. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 01, p. 113- 118, fev. 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n1/17.pdf>> Acesso em: 09 set. 2016.

CERQUEIRA, J. P., ALVES, S. M. C. A constitucionalidade do Projeto Mais Médicos para o Brasil. **Cadernos Ibero-Americanos De Direito Sanitário**, 5(2), 91-107. 2016.

CERVERA, D. P.; PARREIRA, B. D.; GOULART, B. F. Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG). **Ciência e Saúde Coletiva**, 16(Supl 1), 1547-54. 2011.

- CHIESA, A. M.; VERISSÍMO, M. R. **A educação em saúde na prática do PSF**: manual de enfermagem. Brasília, DF: Instituto para o Desenvolvimento da Saúde, 2001.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE Documento orientador. Disponível em http://conselho.saude.gov.br/web_15cns/docs/05mai15_Documento_Orientador_15CNS.pdf. Acesso em: 23 set 2016.
- COOPER, W. W.; SEIFORD, L. M.; ZHU, J. **Handbook on Data Envelopment Analysis**. Boston: Kluwer Academic Publishers, 2004.
- CORRÊA, C. A.; CORRÊA, H. L. Administração de produção e operações: manufatura e serviços - uma abordagem estratégica. São Paulo: Atlas, 2006.
- COSTA, F. L., CASTANHAR, J. C. Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos. *RAP Rio de Janeiro*, 37(5), 969-92. 2003.
- COTTA, T.C. Avaliação educacional e políticas públicas: a experiência do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Básica (Saeb). *Revista do Serviço Público*, Brasília, v. 52, n. 4, p. 89-110, out./dez; 2001.
- CUNHA, M. de C.; OLIVEIRA JÚNIOR, J.; RESENDE, J. S. F de; FONSECA, J.A.; DE MATOS, A. A. Estudo Sobre a Evolução da Área de Recursos Humanos. **Anais... X Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e VI Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba**. 2006.
- CUNHA, P. F.; MAGAJEWSKI, F. Gestão participativa e valorização dos trabalhadores do SUS: avanços no âmbito do SUS. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, supl. 1, p. 71-79, 2012.
- DA SILVA JÚNIOR, C. G. V., SOUSA FILHO, E. L., CASSEB, R., PENA, S. H. W. A. Análise Econométrica do Consumo de Açaí no Eviews 3.1 Na Região Metropolitana De Belém–Pará–Brasil. **Observatorio de la Economía Latinoamericana**, (169). 2012.
- DELGADO, V. M. S. Estudo sobre um Ranking de Eficiência Escolar em Minas Gerais. *Revista do BNDES*, v. 15, n. 30, p. 347-381, 2008.
- DEMO, G. Políticas de gestão de pessoas nas organizações: o papel dos valores pessoais e da justiça organizacional (3a ed.). São Paulo: Atlas. 2010.
- DE LEONE, R., LAZZARI, C. Measuring efficiency using data envelopment analysis. *Rendiconti del Circolo Matematico di Palermo*, 58, Serie II. 1999.
- DIAS, H. S., LIMA, L. D. D., TEIXEIRA, M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. **Ciência Saúde Coletiva**, 18(6), 1613-24. 2013.
- DITTERICH, R. G., MOYSÉS, S. T., MOYSÉS, S. J. O uso de contratos de gestão e incentivos profissionais no setor público de saúde The use of management contracts and professional incentives in the public health sector. **Caderno de Saúde Pública**, 28(4), p. 615-627, 2012.
- DUTRA, J. S. Competências: conceitos e instrumentos para a gestão de pessoas na empresa moderna. São Paulo: Atlas, 2009.
- DUTRA, J. S. 2011. Gestão de Pessoas: modelo, processos, tendências e perspectivas. - 1. ed. – 9. reimpr. – São Paulo: Atlas, 2011.
- ESTELLITA-LINS, M.P.; GOMES, E.G.; SOARES DE MELLO, J.C.C.B. SOARES DE MELLO, A.J.R. Olympic ranking based on a Zero Sum Gains DEA model. **European Journal of Operational Research**, 148(2), p. 312-322, 2003.

FARAH, B. F. A educação permanente no processo de organização em serviços de saúde: as repercussões do curso introdutório para equipes de Saúde da Família—experiência do município de Juiz de Fora/MG. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2006

FARIA, C. A. P. de. A política de avaliação de políticas públicas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, vol. 20, nº 59, p. 97-109, 2005.

FAUSTO, M. C. R., GIOVANELLA, L., MENDONÇA, M. H. M. D., SEIDL, H., GAGNO, J. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. **Saúde debate**, 38(spe), 13-33. 2014.

FERRAZ, F., BACKES, V. M. S., MERCADO-MARTÍNEZ, F. J., DO PRADO, M. L. Políticas e programas de educação permanente em saúde no Brasil: revisão integrativa de literatura [Policies and programs for permanent education in health in Brazil: integrative review of literature]. **Health & Social Change**, 3(2), p. 113-128, 2012.

FERREIRA, C. M. de C; GOMES, A. P. Introdução à Análise Envoltória de Dados: teoria, modelos e aplicações. Viçosa: Editora UFV, 2009. 389 p.

FONSECA, J. J. S. Metodologia da pesquisa científica. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.

FONSECA, P. C., FERREIRA, M. A. M. Investigação dos níveis de eficiência na utilização de recursos no setor de saúde: uma análise das microrregiões de Minas Gerais. **Saúde e Sociedade**, 18(2), 199-213. 2009.

GALVARRO, M., FONTES, R., BRAGA, M., GOMES, A. Desigualdades regionais na saúde do Estado de Minas Gerais. Encontro Da Associação Nacional De Pós-Graduação E Pesquisa Em Administração, XXXIII. EnANPAD. São Paulo, 2009. Disponível em: <<http://www.anpad.org.br/admin/pdf/APS713.pdf>>. Acesso em 15 de setembro, 2016.

GEMELLI, I. M. P.; FILIPPIM, E. S. Gestão de pessoas na administração pública: o desafio dos municípios. **Race: Revista de administração, contabilidade e economia**, v. 9, n. 1, p. 153-180, 2010.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIRARDI, S. N. Precarização e qualidade do emprego no Programa de Saúde da Família: relatório de pesquisa. Belo Horizonte: UFMG. 2007. Disponível em <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2464.pdf>>. Acesso em 21 de set de 2016.

GIRARDI, S.N.; CARVALHO, C.L. Contratação e qualidade do emprego no programa de saúde da família no Brasil. In: FALCÃO, A. et al. (Orgs). Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 157-190.

GOMES, M. C. P. A; PINHEIRO, R. Reception and attachment: integral practices in health care administration in large urban centers. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.* v.9, n.17, p.287-301, mar/ago 2005.

HADDAD, A. E. Experiência Brasileira do Programa Nacional Telessaúde Brasil. *Gold Book, 1*, p. 12-44, 2012.

_____. Política nacional de educação na saúde. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 32, 98. 2014.

HADDAD, A. E., BRENELLI, S. L., CURY, G. C., PUCCINI, R. F., MARTINS, M. D. A., FERREIRA, J. R., CAMPOS, F. E. D. Pró-Saúde e PET-Saúde: a construção da política

brasileira de reorientação da formação profissional em saúde. Rev. bras. educ. med, 36(1, supl. 1), 3-4. 2012.

HAIR, J. F.; BABIN, B.; MONEY, A. H.; SAMUEL, P. **Fundamentos de métodos de pesquisa em administração**. Porto Alegre: Bookman, 2005.

JUNQUEIRA, V., CORTIZO, C. T., VIEIRA, N. P., SANTOS, A. P. L. D., SANTOS, F. S. D., LACAZ, F. A. D. C. O Pacto pela Saúde e a gestão da força de trabalho na Atenção Básica do SUS: um retrato da situação de alguns municípios no Estado de São Paulo. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. 2011.

KASSAI, S. Utilização da análise por envoltória de dados (DEA) na análise de demonstrações contábeis. 318 f. Tese (Doutorado em Contabilidade e Controladoria) – Faculdade de Administração e Economia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

KELL, M.do C. G.; SHIMIZU, H. E. Existe trabalho em equipe no Programa Saúde da Família? **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 533-541, 2010.

KOOPMANS, T. C. Activity analysis of production and allocation : proceedings of a conference, John Wiley and Sons, New York, 1951.

LACOMBE, B. M. B., BENDASSOLLI, P. F. Cinco décadas de RH. **FGV executivo**, v. 3, n. 3, p. 65-69, 2004,

LAKATOS, E. M., MARCONI, M. D. A. Fundamentos da metodologia científica. In Fundamentos da metodologia científica. Altas. 2010.

LEITE, D., GENRO, M. E. H. Avaliação e internacionalização da educação superior: Quo vadis América Latina. Avaliação, Campinas, 17(3).2012.

LINS, M. P. E., MEZA, L. A. Análise Envoltória de Dados e perspectivas de integração no ambiente de Apoio à Decisão. Rio de Janeiro: Coppe/UFRJ.2000.

LISBOA, S. S., HELLER, L., SILVEIRA, R. B. Desafios do planejamento municipal de saneamento básico em municípios de pequeno porte: a percepção dos gestores. **Revista de Engenharia Sanitária e Ambiental**, v. 18, n. 4, p. 341-348, 2013.

LOBO, M. S. D. C., LINS, M. P. E. Avaliação da eficiência dos serviços de saúde por meio da análise envoltória de dados. **Caderno de saúde coletiva**, (Rio J.), 19(1), 2011.

LOPES, M., RAMIRES, J. Os serviços de saúde na região do Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba: Caracterização e espacialização. **Horizonte Científico**, Uberlândia, 1(8). 2008.

LUCCHESI, P. T. Descentralização do financiamento e gestão da assistência à saúde no Brasil: a implementação do Sistema Único de Saúde - Retrospectiva 1990/1995. **Planejamento e Políticas Públicas**, 2009.

MACHADO, N. D. S. M., CIRIBELI, J. P., DE LIMA, L. P., PIRES, V. A. V. A qualidade do atendimento público de saúde: uma análise da Estratégia Saúde da Família no município de Astolfo Dutra–MG. *Gestão e Saúde*, Pag-2320. 2015.

MAGNAGO, C., PIERANTONI, C. R. A percepção de gestores dos municípios de Duque de Caxias e Rio de Janeiro quanto à rotatividade de profissionais na Estratégia Saúde da Família. **Revista Cereus**, 6(1), 03-18. 2014.

MAGNANI, J. G. C. Discurso e representação, ou de como os Baloma de Kiriwina podem reencarnar-se nas atuais pesquisas. In: CARDOSOS, R. **A aventura antropológica: teoria e pesquisa**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986. p. 127-140.

MÂNGIA, E. F. Editorial 13ª Conferência Nacional de Saúde e o papel do controle social no Sistema Único de Saúde – SUS. 2007.

MARINHO, A.; FAÇANHA, L. O. Programas sociais: efetividade, eficiência e eficácia como dimensões operacionais da avaliação. IPEA. 2001. Disponível em, http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=4060>. Acesso em 15 de ago de 2016.

MEAD, L. M. “**Public Policy: Vision, Potential, Limits**”, Policy Currents, Fevereiro: 1-4. 1995.

MEDAUAR, Odete. **Direito Administrativo Moderno**. 7.ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2003, p. 142.

MEIRELLES, H. L. **Direito administrativo brasileiro**. 23. ed. São Paulo: Malheiros, 1998, p. 548

MELLO, A. L. S. F., DE ANDRADE, S. R., MOYSES, S. J., ERDMANN, A. L. Saúde bucal na rede de atenção e processo de regionalização. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 19(1), 2014.

MENEZES, M. G. B.; ABREU, R. D., DE FARIA; T. M. V., DOS SANTOS R., M.; CARDOSO, F. F.; DA SILVA, M. P. O conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre atendimento de reanimação cardiopulmonar em Pará de Minas, Papagaios e Pitangui/MG. **SYNTHESIS| -Revista Digital FAPAM**, 1(1), 293-307.2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE 2003. Disponível em:< http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livreto_mesa.pdf>. Acesso em 20 de Abril de 2016.

_____. Princípios e diretrizes para a NOB/RH-SUS. 2002. **Revista Terapia Ocupacional**, v. 18, n. 1, p. i, jan./abr., 2007.

_____. Gestão do trabalho e da regulação profissional em saúde. **Agenda positiva do Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde**. 1.ª edição. Brasília, DF. 2011.

MORAIS FRR, LEITE IDR, OLIVEIRA LL, VERÁS RM. A reorientação do ensino e da prática de enfermagem: implantação do Pró-Saúde em Mossoró, Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre (RS) 2010 set;31(3):442-9

MORICI, M. C., BARBOSA, A. C. Q. A gestão de recursos humanos em hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua relação ao modelo de assistência: um estudo em hospitais de Belo Horizonte, Minas Gerais. **Revista de Administração Pública**, 47(1), 205-225, 2013.

MOTTA, P.R. **Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente**. Rio de Janeiro: Record; 1995.

MOURÃO, L., GONDIM, S. M. G., MACÊDO, M. E. C. D., LUNA, A. D. F. Avaliação de necessidades de treinamento como preditora do impacto do treinamento no trabalho. **Revista Psicologia Organizações e Trabalho**, 13(2), p. 203-216. 2013.

MOZZATO, A. R. GRZYBOVSKI, D. Análise de conteúdo como técnica de análise de dados qualitativos no campo da administração: potencial e desafios. **Revista de Administração Contemporânea**. v. 15, n. 4, p. 731-747, 2011.

NASCIMENTO, V. B. do. Interdependência e Autonomia na Gestão Publicada Saúde. **Lua Nova**, v. 52, p. 29, 2001.

NEUMANN L. E, MOGLIA M, COOK S, NGUYEN M. N, SHARMA A. K, NGUYEN T. H, NGUYEN B. V. Water use, sanitation and health in a fragmented urban water system: Case study and household survey. **J Urban Water**; 11(3): 198-210, 2014.

NOGUEIRA, Roberto P.; SILVA, Frederico Barbosa da; RAMOS, Zuleide do Valle O. A vinculação institucional de um trabalhador sui generis: o Agente Comunitário de Saúde. Rio de Janeiro: IPEA, 2000. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=4208> Acesso em 03 de set de 2016.

OLIVEIRA, A. K. P., BORGES, D. F. Programa de Saúde da Família: uma avaliação de efetividade com base na percepção de usuários. **Revista de Administração Pública**, 42(2), 369-390, 2008.

OLIVEIRA, D. A., GONÇALVES, R. D. S., QUEIROZ BARBOSA, A. C. Percepção Dos Gestores De Recursos Humanos Em Relação Ao Modelo De Gestão Por Competências. **Revista FSA**, 11(2). 2014.

OLIVEIRA, E. M. de; SPIRI, W. C. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. **Revista Saúde Pública**, v. 40, n 2006.

OLIVEIRA, I. F. D., SILVA, F. L., YAMAMOTO, O. H. A psicologia no Programa de Saúde da Família (PSF) em Natal: espaço a ser conquistado ou um limite da prática psicológica?. **Revista Aletheia**, (25), p. 05-19, 2007.

OLIVEIRA, R. G.; MARCON, S. S. Trabalhar com famílias no Programa de Saúde da Família: a prática do enfermeiro em Maringá-Paraná. **Revista Escola de Enfermagem**, v. 41, n. 1, p. 65-72, 2007.

OLIVEIRA, S. L. de. Tratado de metodologia científica: projetos de pesquisas, TGI, TCC, monografias, dissertações e teses. 2. ed. São Paulo: Pioneira, 1999.

OPAS-ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. Termo de referência para reunião do grupo de trabalho: Interface entre Atenção Farmacêutica e Farmacovigilância. Brasília: OPAS, 2002.

PAIM, J. S., TEIXEIRA, C. F. D. S. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2007.

PEROVANO, D. G. Manual de Metodologia Científica. Paraná: Editora Juruá, 2014.

PINAFO, E., GARANHANI, M. L., GONZÁLEZ, A. D., NUNES, E. D. F. P. D. Relações entre concepções e práticas de educação em saúde na visão de uma equipe de saúde da família. Trabalho educação e Saúde, 201-221.2011

PIERANTONI C., VARELLA T. C.; FRANÇA T. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática. In: BARROS, André F. R. et al. (Org.). Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. v. 2, p. 51-70.

PINTO, E. S. G., DE MENEZES, R. M. P., VILLA, T. C. S. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 44(3), 657-664. 2010.

PINTO, H. A., SOUSA, A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, 6(2).2012.

PINTO, H. A., SOUSA, A. N. A. D., FERLA, A. A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. **Saúde em debate**. Londrina. Vol. 38, n. esp.(out. 2014), p. 358-372. 2014.

PIRES, A.K. Gestão por competências em organizações de governo. Brasília, DF: ENAP, 2005. Disponível em: < <http://www.gestaoporcompetencia.ms.gov.br/wp-content/uploads/sites/139/2016/07/Gest%C3%A3o-por-Compet%C3%AAsncias-em-Organiza%C3%A7%C3%B5es-do-Governo.pdf>>. Acesso em 21 de set de 2016.

PORTAL DA SAÚDE (2016). Disponível em:< <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/491-sgtes-p/gestao-do-trabalho-raiz/mesa-nacional/11-mesa-nacional/10045-mesa-nacional-do-sus>>. Acesso em 10 de janeiro de 2016.

_____. Secretaria de Gestão e Regulação em Trabalho em Saúde Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/conheca-a-secretaria-sgtes>>. Acesso em: Acesso em: 01 Dez. 2015.

PORTAL FIOCRUZ – Disponível em:<http://portal.fiocruz.br/pt-br/linhadotempo_conferenciasdesaude>. Acesso em 14 de set de 2016.

RIBAS, A. N. Programa Mais Médicos: uma avaliação dos resultados iniciais referentes ao eixo do provimento emergencial a partir da teoria da avaliação de programas. Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento, Sociedade e Cooperação Internacional (PPGDSCI) do Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares (CEAM) como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento e Cooperação Internacional. Brasília, DF. 2016.

RIBEIRO, C.A.C., CAMARGO, M. L.G. Programas de Produtividade no Setor Público: uma discussão acerca de alguns elementos básicos. **Revista Indicadores de Qualidade e Produtividade**. Brasília: IPEA, p.67-80, v.2, n.1, 1994.

RIBEIRO, E. A. W. Eficiência, Efetividade E Eficácia do Planejamento dos Gastos em Saúde. Hygeia: **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 2, n. 2, p.???, 2006.

ROCHA, T. A. H. Práticas de gestão de recursos humanos e processo de trabalho na estratégia saúde da família: uma interface necessária-um estudo em Belo Horizonte. Dissertação apresentada ao Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Administração. Belo Horizonte, 2011.

RODRIGUES, M. J.; RAMIRES, J. C. de L. Saúde da Família nos municípios mineiros com população superior a 100mil habitantes: uma análise da cobertura populacional. **Caderno Prudentino de Geografia**, v. 1, n.34, p.117-137, 2012.

RODRIGUES, J. M., TORRES, H. O da G. Eficiência/desempenho hospitalar e resultados da gestão de recursos humanos—uma aproximação possível? *Gestão e Sociedade*, 9(24), 1128-1142, 2016.

ROSSETTI, L. T. Educação permanente como ferramenta de gestão do sistema único de saúde: a concepção dos enfermeiros. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação – Mestrado em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal e Juiz de Fora para obtenção de grau de Mestre em Enfermagem. 2015.

- SANCHES, E. N.; PRÓSPERO, E. N. S.; STUKER, H. ; JÚNIOR, M. C. de B. Organização e trabalho: padrões de comprometimento dos profissionais que atuam na estratégia saúde da família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v. 12, n. 2: p. 294-300, 2010.
- SEIFORD, L.M., THRALL, R.M. Recent developments in DEA: the mathematical programming approach to frontier analysis. **Journal of Econometrics**, 46, p. 7-38. 1990
- SIEMS, T. F.BARR, R. S. Benchmarking the productive efficiency of US banks. *Financial Industry Studies*, 11-24.1998.
- SHIMIZU. H.E; REIS.L.S: As representações sociais dos trabalhadores sobre o Programa Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 8, p. 461-468, 2011.
- SILVA, F. M. D., MELLO, S. P. T. D. A noção de competência na gestão de pessoas: reflexões acerca do setor público. **Revista de Administração da UFSM**, Santa Maria, v. 6, número 4, p. 685-693, Dez 2013.
- SIQUEIRA, M. V. S; MENDES A. M. Gestão de pessoas no setor público e a reprodução do discurso do setor privado. **Revista da Escola Nacional de Administração Pública**, v. 60, n. 3, p. 241-250 2009.
- SOARES DE MELLO, J.C.C.B.; ANGULO MEZA, L.; GOMES, E.G.; SERAPIÃO, B.P.; LINS, M.P.E. Análise de Envoltória de Dados no estudo da eficiência e dos benchmarks para companhias aéreas brasileiras. *Pesquisa Operacional*, v. 23, n. 2, p. 325-345, 2003.
- SOUZA, R. L. S. de. Gestão por competências no governo federal brasileiro: experiência recente e perspectivas. In: IX Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Madrid, España, 2 – 5 Nov. 2004.
- SPEDO, S. M., TANAKA, O. Y., PINTO, N. R. D. S. O desafio da descentralização do Sistema Único de Saúde em município de grande porte: o caso de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 25(8), p. 1781-1790, 2009.
- STANCATO, K.; ZILLI, P. T. Fatores geradores da rotatividade dos profissionais de Saúde: uma revisão de literatura. *Revista de Administração em Saúde*, v. 12, n. 47, p. 87-99, 2010.
- TEIXEIRA J. C, GOMES M. H. R, SOUZA J. A. D. Análise da associação entre saneamento e saúde nos estados brasileiros–estudo comparativo entre 2001 e 2006. **Rev Engenharia Sanitária e Ambiental**; 16(2): 197-204, 2011.
- TEIXEIRA, M. B., CASANOVA, A., OLIVEIRA, C. C. M. D., ENSGTROM, E. M., BODSTEIN, R. C. D. A. Avaliação das práticas de promoção da saúde: um olhar das equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. *Saúde debate*, 38(spe), 52-68. 2014.
- TRIOLA, M. F. **Introdução à Estatística**. 9 ed. Rio de Janeiro: LTC, 2005.
- UGÁ, M. A.; PIOLA, S. F.; PORTO, S. M.; VIANNA, Solon M. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 417-27, 2003.
- UNA-SUS Disponível em:< <http://www.unasus.gov.br/>>. Acesso em: 23 de agosto de 2016.
- VIACAVA, F.; UGÁ, M. A. D.; PORTO, S.; LAGUARDIA, J.; DA SILVA MOREIRA, R. Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde: um modelo de análise Evaluation of performance of health systems: a model for analysis. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, p. 921-934, 2012.

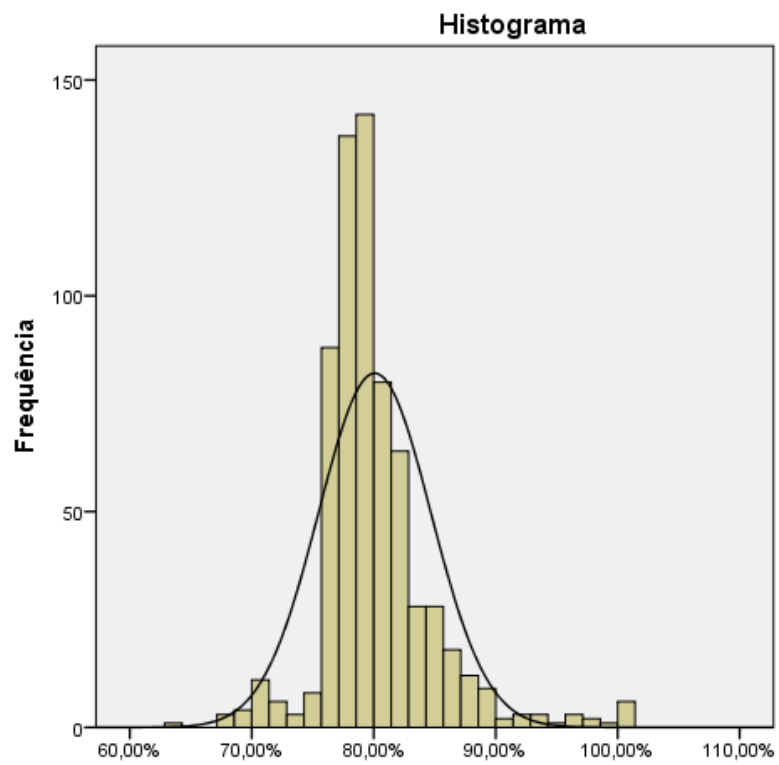
VIANA, A. L. D. Á., LIMA, L. D. D., FERREIRA, M. P. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. **Ciência & saúde coletiva**, 15(5), 2317-2326, 2010.

VIEIRA M, LOPES MR, DURÃO AV, CHINELLI F. Introdução. In: Vieira M, Lopes MR, Durão AV, organizadores. Para além da comunidade: trabalho e qualificação dos agentes comunitários de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV; 2011.

VIEIRA, M., CHINELLI, F. The contemporary relationship between work, qualification and recognition: repercussions on the Unified Health System (SUS) workers. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(6), 1591-1600. 2013.

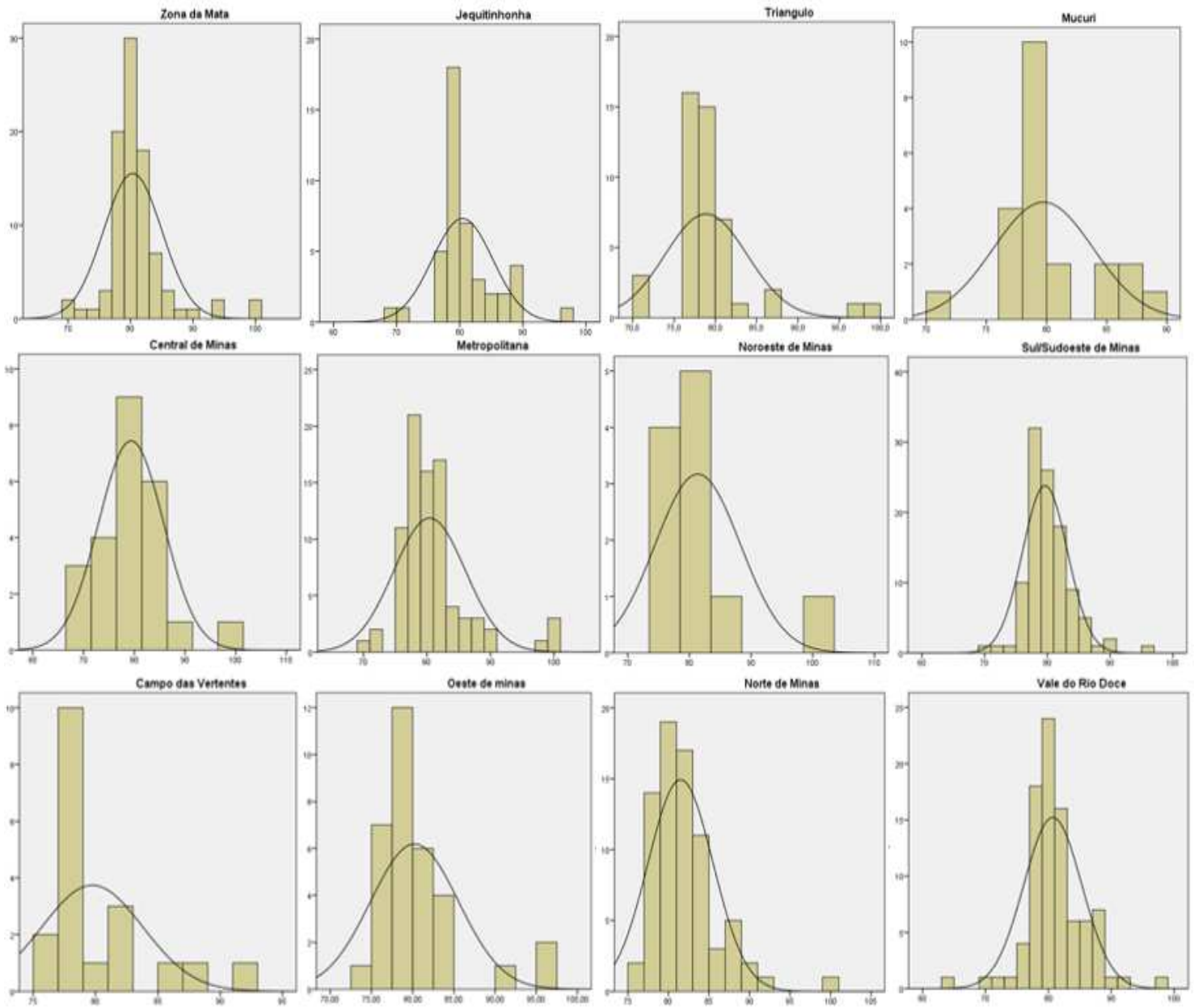
WERMELINGER, M., MACHADO, M. H., TAVARES, M. D. F. L., OLIVEIRA, E. D. S. D., MOYSES, N. N., FERRAZ, W. A feminilização do mercado de trabalho em saúde no Brasil. *Divulg. Saúde e Debate*, (45), 54-70. 2010.

7. Apêndice A- Distribuição dos escores de eficiência



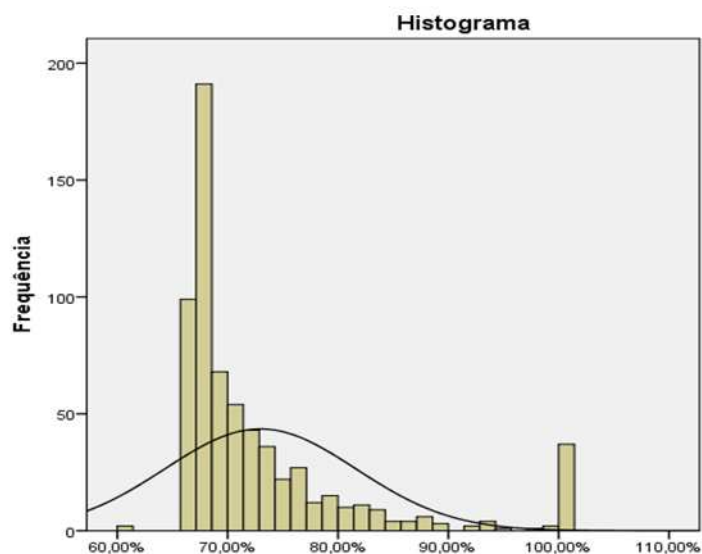
Fonte: Resultados da pesquisa

Apêndice B – Distribuição dos escores municipais por mesorregião



Fonte: Resultados da pesquisa

8. Apêndice C- Distribuição dos escores de eficiência



Fonte: Resultados da pesquisa

9. Apêndice D- Resultados dos escores de eficiência

| Municípios | Score profissionais | Score população |
|-------------------|---------------------|-----------------|
| Abaeté | 76,69% | 68% |
| Açucena | 84,58% | 68% |
| Água Boa | 82,04% | 74% |
| Aguanil | 84,14% | 71% |
| Águas Formosas | 78,44% | 68% |
| Águas Vermelhas | 81,12% | 76% |
| Aimorés | 78,33% | 67% |
| Aiuruoca | 82,38% | 78% |
| Alfenas | 78,63% | 87% |
| Almenara | 78,61% | 68% |
| Alpercata | 99,77% | 71% |
| Alpinópolis | 77,10% | 70% |
| Alterosa | 79,30% | 82% |
| Alto Caparaó | 78,13% | 67% |
| Alto Rio Doce | 79,58% | 75% |
| Alvarenga | 77,81% | 79% |
| Alvinópolis | 82,18% | 67% |
| Alvorada de Minas | 80,78% | 67% |
| Amparo da Serra | 78,26% | 72% |
| Andradas | 76,27% | 100% |
| Andrelândia | 76,84% | 100% |
| Angelândia | 87,56% | 67% |

| | | |
|------------------------|---------|------|
| Antônio Carlos | 79,78% | 67% |
| Antônio Dias | 76,24% | 67% |
| Antônio Prado de Minas | 77,94% | 67% |
| Araçaí | 72,19% | 71% |
| Aracitaba | 79,42% | 71% |
| Araçuaí | 77,33% | 69% |
| Araguari | 76,41% | 70% |
| Arantina | 81,36% | 83% |
| Araporã | 77,06% | 74% |
| Arapuá | 79,99% | 82% |
| Araújos | 77,05% | 100% |
| Araxá | 76,43% | 70% |
| Arcos | 97,93% | 82% |
| Argirita | 77,93% | 68% |
| Aricanduva | 81,10% | 76% |
| Arinos | 78,07% | 68% |
| Astolfo Dutra | 81,17% | 67% |
| Ataléia | 82,92% | 67% |
| Augusto de Lima | 79,06% | 72% |
| Baependi | 76,11% | 76% |
| Baldim | 84,43% | 80% |
| Barão de Cocais | 78,61% | 68% |
| Barão do Monte Alto | 69,91% | 68% |
| Barbacena | 88,09% | 68% |
| Barra Longa | 85,90% | 75% |
| Barroso | 77,84% | 72% |
| Bela Vista de Minas | 81,48% | 68% |
| Belmiro Braga | 77,30% | 67% |
| Belo Horizonte | 77,40% | 68% |
| Belo Oriente | 79,21% | 67% |
| Belo Vale | 78,00% | 70% |
| Berilo | 78,51% | 67% |
| Berizal | 82,99% | 67% |
| Bertópolis | 78,05% | 76% |
| Betim | 100,00% | 100% |
| Bias Fortes | 78,68% | 76% |
| Bicas | 73,02% | 100% |
| Biquinhas | 69,31% | 70% |
| Boa Esperança | 69,31% | 68% |
| Bocaina de Minas | 81,76% | 67% |
| Bocaiúva | 76,46% | 68% |
| Bom Despacho | 77,18% | 73% |
| Bom Jesus da Penha | 76,85% | 73% |
| Bom Jesus do Galho | 72,51% | 67% |

| | | |
|--------------------|--------|-----|
| Bom Repouso | 80,08% | 83% |
| Bonfim | 78,92% | 70% |
| Bonito de Minas | 87,13% | 67% |
| Borda da Mata | 78,88% | 71% |
| Botumirim | 88,67% | 69% |
| Brás Pires | 78,17% | 68% |
| Brasília de Minas | 79,35% | 67% |
| Brazópolis | 80,12% | 72% |
| Brumadinho | 77,09% | 68% |
| Bueno Brandão | 77,07% | 66% |
| Buenópolis | 80,61% | 68% |
| Bugre | 81,93% | 74% |
| Buritis | 77,18% | 67% |
| Buritzeiro | 79,43% | 67% |
| Cabo Verde | 76,96% | 76% |
| Cachoeira da Prata | 77,70% | 74% |
| Cachoeira de Minas | 79,66% | 70% |
| Cachoeira de Pajeú | 89,06% | 67% |
| Cachoeira Dourada | 76,95% | 71% |
| Caetanópolis | 72,44% | 78% |
| Caeté | 82,55% | 68% |
| Cajuri | 79,24% | 81% |
| Camacho | 75,16% | 67% |
| Camanducaia | 76,87% | 68% |
| Cambuquira | 79,24% | 67% |
| Campanário | 79,49% | 67% |
| Campanha | 80,31% | 69% |
| Campestre | 76,75% | 90% |
| Campina Verde | 79,05% | 78% |
| Campo Azul | 80,89% | 67% |
| Campo Belo | 81,07% | 67% |
| Campo Florido | 77,27% | 74% |
| Campos Altos | 70,99% | 68% |
| Campos Gerais | 76,93% | 80% |
| Canaã | 78,78% | 70% |
| Canápolis | 79,13% | 84% |
| Candeias | 82,76% | 67% |
| Cantagalo | 84,05% | 67% |
| Caparaó | 81,88% | 72% |
| Capela Nova | 78,42% | 73% |
| Capelinha | 77,51% | 67% |
| Capetinga | 76,32% | 85% |
| Capim Branco | 82,21% | 67% |
| Capinópolis | 77,28% | 79% |

| | | |
|------------------------|--------|------|
| Capitão Andrade | 77,94% | 67% |
| Capitão Enéas | 82,89% | 68% |
| Capitólio | 77,79% | 76% |
| Caputira | 84,77% | 68% |
| Carai | 86,11% | 67% |
| Carangola | 81,38% | 68% |
| Caratinga | 69,71% | 69% |
| Carbonita | 81,15% | 69% |
| Careaçu | 78,47% | 71% |
| Carlos Chagas | 70,89% | 67% |
| Carmo de Mata | 82,93% | 67% |
| Carmo de Minas | 81,48% | 76% |
| Carmo do Cajuru | 77,22% | 98% |
| Carmo do Paranaíba | 79,34% | 69% |
| Carmo do Rio Claro | 78,54% | 71% |
| Carneirinho | 77,06% | 67% |
| Carrancas | 80,83% | 68% |
| Carvalhópolis | 78,51% | 74% |
| Carvalhos | 81,67% | 69% |
| Cascalho Rico | 77,63% | 73% |
| Cássia | 75,91% | 74% |
| Cataguases | 79,08% | 67% |
| Catas Altas da Noruega | 81,11% | 73% |
| Catuji | 85,42% | 68% |
| Catuti | 82,66% | 100% |
| Caxambu | 70,45% | 76% |
| Cedro do Abaeté | 82,61% | 60% |
| Central de Minas | 80,78% | 67% |
| Centralina | 78,70% | 82% |
| Chapada do Norte | 84,83% | 67% |
| Chapada Gaúcha | 78,99% | 84% |
| Cipotânea | 70,35% | 71% |
| Claraval | 78,15% | 76% |
| Claro dos Poções | 85,47% | 77% |
| Cláudio | 77,85% | 73% |
| Coimbra | 80,18% | 70% |
| Comendador Gomes | 79,83% | 100% |
| Comercinho | 88,41% | 77% |
| Conceição da Aparecida | 80,15% | 68% |
| Conceição das Alagoas | 77,56% | 68% |
| Conceição das Pedras | 78,73% | 67% |
| Conceição de Ipanema | 81,00% | 89% |
| Conceição do Rio Verde | 77,13% | 74% |
| Conceição dos Ouros | 77,03% | 69% |

| | | |
|------------------------|--------|------|
| Cônego Marinho | 93,68% | 68% |
| Confins | 76,94% | 100% |
| Congonhas | 76,64% | 68% |
| Congonhas do Norte | 77,35% | 68% |
| Conselheiro Pena | 78,41% | 68% |
| Consolação | 79,72% | 74% |
| Contagem | 97,32% | 89% |
| Coqueiral | 79,24% | 74% |
| Coração de Jesus | 79,95% | 67% |
| Cordisburgo | 78,31% | 76% |
| Corinto | 78,07% | 73% |
| Coroaci | 82,25% | 68% |
| Coronel Fabriciano | 75,78% | 72% |
| Coronel Pacheco | 78,61% | 68% |
| Coronel Xavier Chaves | 77,91% | 67% |
| Córrego Danta | 78,45% | 73% |
| Córrego Fundo | 77,71% | 100% |
| Crisólita | 92,78% | 72% |
| Cristais | 78,55% | 67% |
| Cristália | 86,30% | 67% |
| Cristiano Ottoni | 81,17% | 67% |
| Cristina | 84,38% | 68% |
| Crucilândia | 79,97% | 71% |
| Cruzeiro da Fortaleza | 78,23% | 74% |
| Cuparaque | 81,38% | 67% |
| Curral de Dentro | 85,92% | 68% |
| Delfim Moreira | 81,05% | 77% |
| Delfinópolis | 76,40% | 87% |
| Delta | 78,03% | 74% |
| Desterro de Entre Rios | 78,27% | 67% |
| Diamantina | 77,27% | 69% |
| Diogo de Vasconcelos | 81,85% | 71% |
| Divinésia | 78,82% | 67% |
| Divino das Laranjeiras | 85,21% | 67% |
| Divinolândia de Minas | 79,84% | 67% |
| Divinópolis | 75,48% | 100% |
| Divisa Alegre | 79,56% | 67% |
| Divisópolis | 85,57% | 67% |
| Dom Cavati | 78,23% | 67% |
| Dom Joaquim | 81,04% | 71% |
| Dom Silvério | 83,78% | 68% |
| Dom Viçoso | 80,57% | 69% |
| Dona Euzébia | 77,17% | 80% |
| Dores de Guanhões | 78,72% | 67% |

| | | |
|---------------------------|--------|------|
| Dores do Indaiá | 70,95% | 67% |
| Doresópolis | 78,18% | 100% |
| Elói Mendes | 76,18% | 69% |
| Engenheiro Caldas | 80,96% | 68% |
| Engenheiro Navarro | 82,02% | 69% |
| Entre Folhas | 81,83% | 67% |
| Entre Rios de Minas | 77,38% | 69% |
| Ervália | 80,33% | 68% |
| Esmeraldas | 77,47% | 69% |
| Espinosa | 81,34% | 69% |
| Espírito Santo do Dourado | 78,79% | 70% |
| Estrela do Indaiá | 78,84% | 73% |
| Estrela do Sul | 80,32% | 67% |
| Eugenópolis | 78,35% | 94% |
| Ewbank da Câmara | 79,60% | 67% |
| Extrema | 75,84% | 72% |
| Felício dos Santos | 78,78% | 69% |
| Felixlândia | 77,02% | 100% |
| Fernandes Tourinho | 79,44% | 67% |
| Ferros | 82,01% | 67% |
| Fervedouro | 81,33% | 67% |
| Florestal | 77,37% | 69% |
| Fortaleza de Minas | 76,95% | 68% |
| Fortuna de Minas | 79,35% | 68% |
| Francisco Badaró | 84,07% | 67% |
| Francisco Dumont | 79,91% | 68% |
| Francisco Sá | 81,14% | 71% |
| Franciscópolis | 80,30% | 67% |
| Frei Gaspar | 77,91% | 67% |
| Frei Inocêncio | 98,04% | 67% |
| Frei Lagonegro | 81,73% | 72% |
| Fronteira | 77,37% | 70% |
| Fronteira dos Vales | 83,57% | 72% |
| Fruta de Leite | 81,78% | 69% |
| Funilândia | 78,76% | 79% |
| Galiléia | 85,28% | 67% |
| Gameleiras | 77,83% | 76% |
| Glaucilândia | 79,48% | 94% |
| Goiabeira | 80,05% | 73% |
| Gonçalves | 77,49% | 78% |
| Gonzaga | 81,05% | 67% |
| Gouveia | 79,07% | 67% |
| Governador Valadares | 76,51% | 68% |
| Grão Mogol | 83,44% | 69% |

| | | |
|-----------------------|--------|------|
| Grupiara | 79,55% | 79% |
| Guanhães | 82,74% | 68% |
| Guapé | 83,24% | 68% |
| Guaraciaba | 83,05% | 69% |
| Guaraciama | 77,91% | 77% |
| Guarani | 79,94% | 100% |
| Guaxupé | 75,80% | 100% |
| Guimarânia | 76,70% | 81% |
| Guiricema | 82,78% | 77% |
| Gurinhatã | 79,98% | 78% |
| Iapu | 86,74% | 67% |
| Ibertioga | 77,01% | 67% |
| Ibiá | 78,65% | 68% |
| Ibiaí | 79,72% | 67% |
| Ibiracatu | 82,09% | 73% |
| Ibiraci | 76,39% | 72% |
| Ibirité | 75,46% | 83% |
| Ibituruna | 78,45% | 67% |
| Igarapé | 75,94% | 94% |
| Iguatama | 81,91% | 73% |
| Ilicínea | 84,50% | 68% |
| Imbé de Minas | 78,91% | 79% |
| Inconfidentes | 77,34% | 82% |
| Indaiabira | 88,51% | 67% |
| Indianópolis | 76,55% | 71% |
| Ingaí | 77,98% | 80% |
| Inhapim | 92,38% | 67% |
| Inhaúma | 79,02% | 70% |
| Inimutaba | 85,42% | 67% |
| Ipaba | 73,62% | 68% |
| Ipanema | 76,79% | 67% |
| Ipatinga | 68,37% | 78% |
| Iraí de Minas | 70,58% | 67% |
| Itabira | 78,45% | 68% |
| Itabirinha | 63,54% | 67% |
| Itabirito | 75,21% | 71% |
| Itacambira | 81,03% | 100% |
| Itaguara | 84,23% | 67% |
| Itaipé | 79,24% | 67% |
| Itajubá | 77,56% | 68% |
| Itamarandiba | 77,61% | 68% |
| Itamarati de Minas | 77,90% | 74% |
| Itambacuri | 81,52% | 67% |
| Itambé do Mato Dentro | 79,39% | 72% |

| | | |
|-------------------------|---------|------|
| Itamogi | 84,74% | 68% |
| Itamonte | 79,60% | 73% |
| Itanhandu | 79,18% | 71% |
| Itanhomi | 85,99% | 69% |
| Itaobim | 75,77% | 69% |
| Itapecerica | 78,32% | 71% |
| Itapeva | 78,26% | 70% |
| Itaú de Minas | 76,71% | 69% |
| Itaúna | 76,31% | 68% |
| Itaverava | 80,99% | 78% |
| Itinga | 79,30% | 67% |
| Itueta | 79,15% | 67% |
| Ituiutaba | 76,26% | 68% |
| Iturama | 76,39% | 71% |
| Itutinga | 77,16% | 70% |
| Jaboticatubas | 76,04% | 75% |
| Jacinto | 89,30% | 69% |
| Jacuí | 77,83% | 69% |
| Jacutinga | 78,67% | 68% |
| Jaíba | 84,42% | 68% |
| Jampruca | 84,23% | 85% |
| Janaúba | 81,93% | 67% |
| Jenipapo de Minas | 100,00% | 70% |
| Jequeri | 80,39% | 71% |
| Jequitáí | 83,13% | 67% |
| Jequitibá | 82,32% | 71% |
| Jequitinhonha | 79,25% | 72% |
| Jesuânia | 83,50% | 78% |
| Joanésia | 88,19% | 70% |
| João Monlevade | 76,01% | 69% |
| João Pinheiro | 76,04% | 69% |
| Joaquim Felício | 79,33% | 72% |
| Jordânia | 88,90% | 67% |
| José Gonçalves de Minas | 80,26% | 68% |
| José Raydan | 77,87% | 67% |
| Josenópolis | 86,60% | 76% |
| Juatuba | 100,00% | 86% |
| Juiz de Fora | 100,00% | 100% |
| Juramento | 83,80% | 72% |
| Juruaia | 91,86% | 71% |
| Ladainha | 78,94% | 68% |
| Lagamar | 79,03% | 67% |
| Lagoa dos Patos | 79,18% | 67% |
| Lagoa Dourada | 78,39% | 67% |

| | | |
|------------------|--------|------|
| Lagoa Formosa | 79,04% | 67% |
| Lagoa Santa | 78,56% | 100% |
| Lamim | 81,36% | 71% |
| Laranjal | 80,33% | 74% |
| Lassance | 76,28% | 68% |
| Lavras | 77,66% | 100% |
| Leme do Prado | 81,54% | 68% |
| Leopoldina | 78,74% | 79% |
| Limeira do Oeste | 79,44% | 67% |
| Luislândia | 78,28% | 67% |
| Luminárias | 86,85% | 69% |
| Luz | 97,02% | 87% |
| Machado | 78,87% | 68% |
| Malacacheta | 84,93% | 68% |
| Mamonas | 88,68% | 68% |
| Manga | 78,56% | 67% |
| Manhuaçu | 82,63% | 68% |
| Manhumirim | 78,94% | 69% |
| Mantena | 80,15% | 72% |
| Mar de Espanha | 77,79% | 69% |
| Maravilhas | 79,86% | 69% |
| Maria da Fé | 75,49% | 68% |
| Mariana | 80,41% | 70% |
| Marilac | 80,57% | 73% |
| Maripá de Minas | 78,64% | 77% |
| Marmelópolis | 81,49% | 67% |
| Martinho Campos | 84,13% | 68% |
| Mata Verde | 79,17% | 81% |
| Materlândia | 81,03% | 67% |
| Mateus Leme | 80,18% | 69% |
| Mathias Lobato | 77,27% | 67% |
| Matias Barbosa | 80,64% | 73% |
| Matias Cardoso | 80,40% | 82% |
| Matipó | 92,99% | 67% |
| Mato Verde | 75,98% | 81% |
| Matozinhos | 80,74% | 80% |
| Matutina | 77,27% | 70% |
| Maxacalis | 82,72% | 68% |
| Medeiros | 96,07% | 68% |
| Medina | 87,25% | 67% |
| Mendes Pimentel | 77,42% | 67% |
| Mercês | 81,92% | 67% |
| Mesquita | 78,91% | 71% |
| Minas Novas | 81,78% | 68% |

| | | |
|-----------------------|--------|------|
| Mirai | 81,24% | 77% |
| Miravânia | 77,42% | 68% |
| Moeda | 78,52% | 77% |
| Monjolos | 78,73% | 68% |
| Monsenhor Paulo | 84,49% | 71% |
| Montalvânia | 87,67% | 67% |
| Monte Azul | 78,00% | 67% |
| Monte Carmelo | 79,46% | 83% |
| Monte Formoso | 80,89% | 69% |
| Monte Santo de Minas | 78,02% | 67% |
| Monte Sião | 77,89% | 67% |
| Montes Claros | 82,09% | 87% |
| Montezuma | 85,12% | 81% |
| Morro da Garça | 77,66% | 100% |
| Morro do Pilar | 77,91% | 73% |
| Munhoz | 80,64% | 67% |
| Muriaé | 79,74% | 87% |
| Mutum | 89,74% | 89% |
| Muzambinho | 76,48% | 73% |
| Nacip Raydan | 79,13% | 75% |
| Nanuque | 78,15% | 71% |
| Naque | 85,96% | 73% |
| Natalândia | 79,30% | 70% |
| Natércia | 77,85% | 72% |
| Nepomuceno | 79,48% | 72% |
| Ninheira | 87,71% | 73% |
| Nova Belém | 81,57% | 68% |
| Nova Lima | 75,51% | 71% |
| Nova Módica | 82,31% | 92% |
| Nova Ponte | 77,16% | 67% |
| Nova Porteirinha | 95,27% | 89% |
| Nova Resende | 75,82% | 68% |
| Nova Serrana | 76,94% | 75% |
| Nova União | 78,04% | 68% |
| Novo Cruzeiro | 81,89% | 68% |
| Novo Oriente de Minas | 78,88% | 68% |
| Novorizonte | 85,25% | 89% |
| Olaria | 81,99% | 71% |
| Olhos D' Água | 77,59% | 67% |
| Olímpio Noronha | 80,89% | 67% |
| Oliveira | 79,73% | 78% |
| Onça do Pitangui | 82,01% | 71% |
| Oratórios | 81,21% | 68% |
| Ouro Branco | 77,09% | 73% |

| | | |
|-------------------------|--------|------|
| Ouro Fino | 76,80% | 67% |
| Ouro Preto | 77,25% | 83% |
| Ouro Verde de Minas | 77,97% | 92% |
| Padre Carvalho | 78,34% | 67% |
| Padre Paraíso | 91,26% | 78% |
| Pai Pedro | 79,15% | 71% |
| Paineiras | 81,38% | 67% |
| Pains | 79,39% | 73% |
| Paiva | 79,53% | 72% |
| Palma | 89,36% | 68% |
| Palmópolis | 83,38% | 73% |
| Papagaios | 70,05% | 67% |
| Pará de Minas | 76,70% | 70% |
| Paracatu | 75,95% | 94% |
| Paraopeba | 76,90% | 84% |
| Passa Quatro | 79,53% | 82% |
| Passa Tempo | 78,58% | 69% |
| Passos | 76,00% | 84% |
| Patis | 78,43% | 69% |
| Patos de Minas | 77,16% | 67% |
| Patrocínio | 79,09% | 100% |
| Patrocínio do Muriaé | 79,60% | 85% |
| Paula Cândido | 83,52% | 69% |
| Paulistas | 86,20% | 69% |
| Pavão | 88,08% | 67% |
| Peçanha | 80,64% | 67% |
| Pedra Azul | 89,88% | 69% |
| Pedra Bonita | 81,96% | 69% |
| Pedra Dourada | 78,61% | 67% |
| Pedralva | 85,10% | 67% |
| Pedras de Maria da Cruz | 85,63% | 67% |
| Pedro Leopoldo | 75,89% | 70% |
| Pedro Teixeira | 79,47% | 72% |
| Pequi | 81,44% | 69% |
| Perdigão | 79,90% | 72% |
| Perdizes | 77,51% | 75% |
| Perdões | 72,44% | 69% |
| Periquito | 78,79% | 74% |
| Pescador | 76,29% | 68% |
| Piedade de Caratinga | 79,89% | 75% |
| Piedade dos Gerais | 78,17% | 68% |
| Pimenta | 82,61% | 67% |
| Pingo D' Água | 86,54% | 72% |
| Pintópolis | 78,22% | 73% |

| | | |
|----------------------|--------|------|
| Pirajuba | 77,96% | 69% |
| Piranga | 83,96% | 73% |
| Piranguçu | 79,23% | 67% |
| Piranguinho | 88,16% | 67% |
| Pirapetinga | 82,51% | 67% |
| Pirapora | 70,82% | 71% |
| Piraúba | 72,58% | 70% |
| Pitangui | 70,82% | 71% |
| Piumhi | 77,78% | 68% |
| Planura | 79,83% | 92% |
| Poço Fundo | 71,25% | 68% |
| Poços de Caldas | 76,98% | 79% |
| Pompéu | 79,74% | 69% |
| Ponte Nova | 79,43% | 77% |
| Ponto Chique | 82,32% | 70% |
| Ponto dos Volantes | 93,49% | 70% |
| Porteirinha | 86,91% | 67% |
| Porto Firme | 81,84% | 69% |
| Poté | 81,91% | 69% |
| Pouso Alegre | 76,09% | 76% |
| Pouso Alto | 77,89% | 87% |
| Prados | 85,67% | 68% |
| Prata | 76,51% | 67% |
| Pratápolis | 79,61% | 100% |
| Pratinha | 72,96% | 68% |
| Presidente Bernardes | 80,48% | 67% |
| Presidente Juscelino | 81,82% | 70% |
| Presidente Olegário | 75,90% | 73% |
| Prudente de Moraes | 82,31% | 100% |
| Quartel Geral | 81,89% | 61% |
| Raposos | 77,42% | 67% |
| Recreio | 81,12% | 69% |
| Resplendor | 87,34% | 67% |
| Riachinho | 79,22% | 68% |
| Riacho dos Machados | 80,74% | 70% |
| Ribeirão das Neves | 76,44% | 88% |
| Ribeirão Vermelho | 80,25% | 82% |
| Rio Acima | 76,70% | 70% |
| Rio do Prado | 84,35% | 100% |
| Rio Doce | 78,11% | 68% |
| Rio Manso | 79,51% | 77% |
| Rio Novo | 86,46% | 80% |
| Rio Paranaíba | 77,20% | 67% |
| Rio Pardo de Minas | 80,65% | 67% |

| | | |
|------------------------------|--------|------|
| Rio Piracicaba | 79,66% | 71% |
| Rio Pomba | 78,01% | 67% |
| Rio Preto | 82,99% | 71% |
| Rochedo de Minas | 86,10% | 78% |
| Rodeiro | 78,96% | 76% |
| Rosário da Limeira | 70,43% | 67% |
| Rubelita | 87,69% | 69% |
| Rubim | 70,43% | 67% |
| Sabará | 75,51% | 67% |
| Sabinópolis | 86,95% | 70% |
| Sacramento | 78,37% | 67% |
| Salinas | 77,35% | 77% |
| Salto da Divisa | 82,84% | 67% |
| Santa Bárbara | 81,75% | 67% |
| Santa Cruz de Salinas | 83,17% | 82% |
| Santa Efigênia de Minas | 80,37% | 87% |
| Santa Fé de Minas | 77,56% | 76% |
| Santa Helena de Minas | 80,07% | 67% |
| Santa Juliana | 77,69% | 68% |
| Santa Luzia | 76,31% | 73% |
| Santa Margarida | 78,77% | 68% |
| Santa Maria de Itabira | 80,11% | 79% |
| Santa Maria do Salto | 82,79% | 67% |
| Santa Maria do Suaçuí | 76,67% | 75% |
| Santa Rita de Jacutinga | 79,43% | 79% |
| Santa Rita de Minas | 77,54% | 77% |
| Santa Rita do Itueto | 80,08% | 67% |
| Santa Rita do Sapucaí | 75,64% | 100% |
| Santa Rosa da Serra | 78,68% | 69% |
| Santa Vitória | 77,88% | 100% |
| Santana da Vargem | 80,65% | 67% |
| Santana de Cataguases | 79,87% | 67% |
| Santana do Manhuaçu | 85,69% | 75% |
| Santana do Riacho | 77,41% | 72% |
| Santana dos Montes | 79,30% | 69% |
| Santo Antônio do Amparo | 79,34% | 88% |
| Santo Antônio do Aventureiro | 78,56% | 75% |
| Santo Antônio do Grama | 68,67% | 74% |
| Santo Antônio do Itambé | 84,45% | 67% |
| Santo Antônio do Jacinto | 68,67% | 68% |
| Santo Antônio do Monte | 84,55% | 99% |
| Santo Antônio do Retiro | 82,94% | 100% |
| Santo Hipólito | 84,26% | 77% |
| Santos Dumont | 75,80% | 71% |

| | | |
|--------------------------------|---------|------|
| São Domingos das Dores | 78,56% | 70% |
| São Domingos do Prata | 80,08% | 68% |
| São Félix de Minas | 96,15% | 67% |
| São Francisco | 79,20% | 80% |
| São Francisco de Paula | 100,00% | 68% |
| São Francisco de Sales | 78,61% | 88% |
| São Francisco do Glória | 82,33% | 68% |
| São Geraldo | 78,99% | 68% |
| São Geraldo da Piedade | 77,72% | 75% |
| São Geraldo do Baixo | 79,23% | 87% |
| São Gonçalo do Abaeté | 76,93% | 68% |
| São Gonçalo do Pará | 82,69% | 100% |
| São Gonçalo do Rio Abaixo | 76,31% | 68% |
| São Gonçalo do Sapucaí | 76,00% | 70% |
| São Gotardo | 79,06% | 68% |
| São João Batista do Glória | 77,44% | 81% |
| São João da Lagoa | 77,94% | 76% |
| São João da Mata | 79,88% | 67% |
| São João da Ponte | 90,70% | 70% |
| São João das Missões | 97,02% | 67% |
| São João Del Rei | 82,69% | 70% |
| São João do Manhuaçu | 68,23% | 69% |
| São João do Manteninha | 79,30% | 69% |
| São João do Pacuí | 80,96% | 68% |
| São João do Paraíso | 89,34% | 70% |
| São João Evangelista | 77,30% | 67% |
| São Joaquim de Bicas | 77,36% | 82% |
| São José da Barra | 76,09% | 71% |
| São José da Lapa | 77,43% | 88% |
| São José da Safira | 79,14% | 72% |
| São José da Varginha | 78,79% | 67% |
| São José do Alegre | 82,39% | 71% |
| São José do Divino | 83,50% | 73% |
| São José do Jacuri | 82,08% | 67% |
| São José do Mantimento | 78,75% | 67% |
| São Lourenço | 77,37% | 85% |
| São Miguel do Anta | 80,90% | 67% |
| São Pedro da União | 77,83% | 67% |
| São Pedro do Suaçuí | 79,23% | 72% |
| São Pedro dos Ferros | 82,09% | 76% |
| São Roque de Minas | 78,97% | 93% |
| São Sebastião da Vargem Alegre | 80,41% | 70% |
| São Sebastião do Anta | 79,08% | 69% |
| São Sebastião do Maranhão | 81,86% | 67% |

| | | |
|-----------------------------|---------|------|
| São Sebastião do Paraíso | 71,76% | 70% |
| São Sebastião do Rio Preto | 78,11% | 100% |
| São Sebastião do Rio Verde | 80,61% | 68% |
| São Tiago | 81,26% | 72% |
| São Tomás de Aquino | 78,87% | 68% |
| São Tomé das Letras | 85,22% | 75% |
| São Vicente de Minas | 77,57% | 67% |
| Sapucaí Mirim | 78,03% | 67% |
| Sardoá | 81,06% | 68% |
| Sem-Peixe | 81,01% | 68% |
| Senador Amaral | 79,05% | 72% |
| Senador Firmino | 80,68% | 79% |
| Senador José Bento | 78,65% | 68% |
| Senador Modestino Gonçalves | 77,90% | 100% |
| Senhora do Porto | 81,22% | 74% |
| Seritinga | 78,35% | 67% |
| Serra do Salitre | 76,30% | 100% |
| Serra dos Aimorés | 79,16% | 68% |
| Serrania | 79,49% | 83% |
| Serranópolis de Minas | 79,52% | 68% |
| Serranos | 79,71% | 67% |
| Serro | 76,23% | 67% |
| Sete Lagoas | 100,00% | 100% |
| Setubinha | 98,22% | 75% |
| Simonésia | 78,46% | 68% |
| Sobrália | 79,10% | 100% |
| Soledade de Minas | 78,10% | 67% |
| Taiobeiras | 81,22% | 76% |
| Taparuba | 79,96% | 70% |
| Tapira | 77,87% | 74% |
| Tapiraí | 85,21% | 67% |
| Taquaraçu de Minas | 79,33% | 71% |
| Tarumirim | 83,27% | 70% |
| Teófilo Otoni | 76,89% | 67% |
| Timóteo | 77,70% | 74% |
| Tiradentes | 80,19% | 100% |
| Tiros | 77,27% | 67% |
| Tocantins | 78,58% | 74% |
| Toledo | 81,50% | 68% |
| Três Corações | 78,71% | 68% |
| Três Marias | 79,10% | 75% |
| Três Pontas | 76,52% | 88% |
| Tumiritinga | 79,03% | 71% |
| Tupaciguara | 81,84% | 74% |

| | | |
|----------------------------|---------|------|
| Turmalina | 81,87% | 73% |
| Ubá | 76,00% | 68% |
| Ubaí | 85,64% | 67% |
| Uberaba | 97,52% | 88% |
| Uberlândia | 98,64% | 100% |
| Umburatiba | 77,83% | 81% |
| Unaí | 76,22% | 69% |
| União de Minas | 80,06% | 74% |
| Uruana de Minas | 80,45% | 69% |
| Urucuia | 82,25% | 69% |
| Vargem Alegre | 81,03% | 68% |
| Vargem Bonita | 78,75% | 67% |
| Vargem Grande do Rio Pardo | 100,00% | 67% |
| Varginha | 76,10% | 82% |
| Varjão de Minas | 98,68% | 86% |
| Várzea da Palma | 79,62% | 67% |
| Varzelândia | 80,93% | 67% |
| Vazante | 79,89% | 67% |
| Verdelândia | 87,12% | 67% |
| Vespasiano | 75,92% | 76% |
| Viçosa | 79,42% | 79% |
| Vieiras | 78,26% | 70% |
| Virgem da Lapa | 79,37% | 67% |
| Virgínia | 83,03% | 68% |
| Virgolândia | 76,23% | 70% |