



Pós-Graduação em

# Atenção Básica em Saúde da Família

## Administração em Saúde da Família

### Módulo Optativo 9

#### **Organizadores:**

Leika Aparecida Ishiyama Geniole  
Vera Lúcia Kodjaoglanian  
Cristiano Costa Argemon Vieira



# Administração em Saúde da Família

PRESIDENTE DA REPÚBLICA  
Dilma Rousseff

MINISTRO DE ESTADO DE SAÚDE  
Alexandre Padilha

SECRETÁRIO DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE  
Milton Arruda Martins

SECRETÁRIO-EXECUTIVO DO SISTEMA UNIVERSIDADE ABERTA  
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - UNA-SUS  
Francisco Eduardo de Campos

GOVERNADOR DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL  
André Puccinelli

SECRETÁRIA DE ESTADO DE SAÚDE  
Beatriz Figueiredo Dobashi

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL

REITORA  
Célia Maria Silva Correa Oliveira

VICE-REITOR  
João Ricardo Filgueiras Tognini

COORDENADORA DE EDUCAÇÃO ABERTA E A DISTÂNCIA - UFMS  
Angela Maria Zanon

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

PRESIDENTE  
Paulo Gadelha

VICE-PRESIDÊNCIA DE GESTÃO E DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL  
Pedro Ribeiro Barbosa

UNIDADE FIOCRUZ CERRADO PANTANAL  
Rivaldo Venâncio da Cunha

Obra aprovada pelo Conselho Editorial da UFMS - Resolução nº 32/11

CONSELHO EDITORIAL UFMS

Dercir Pedro de Oliveira (Presidente)  
Celina Aparecida Garcia de Souza Nascimento  
Claudete Cameschi de Souza  
Edgar Aparecido da Costa.  
Edgar César Nolasco  
Elcia Esnarriaga de Arruda  
Gilberto Maia  
José Francisco Ferrari  
Maria Rita Marques  
Maria Tereza Ferreira Duenhas Monreal  
Rosana Cristina Zanelatto Santos  
Sonia Regina Jurado  
Ynes da Silva Felix

COLEGIADO GESTOR

SÉRIE



Cristiano Costa Argemon Vieira  
Gisela Maria A. de Oliveira  
Leika Aparecida Ishiyama Geniole  
Sílvia Helena Mendonça de Soares  
Vera Lucia Kodjaoglanian

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
(Coordenadoria de Biblioteca Central – UFMS, Campo Grande, MS, Brasil)

A238 Administração em saúde da família / organizadores: Leika Aparecida Ishiyama Geniole, Vera Lúcia Kodjaoglanian, Cristiano Costa Argemon Vieira. – Campo Grande, MS : Ed. UFMS : Fiocruz Unidade Cerrado Pantanal, 2011.  
145 p. : il. ; 30cm.

ISBN 978-85-7613-344-5

Material de apoio às atividades didáticas do curso de Pós-Graduação em Atenção Básica em Saúde da Família /CEAD/UFMS.

1. Saúde pública - Administração. 2. Serviços de saúde - Administração. I. Geniole, Leika Aparecida Ishiyama. II. Kodjaoglanian, Vera Lúcia. III. Vieira, Cristiano Costa Argemon. IV. Fiocruz Unidade Cerrado Pantanal.

CDD (22) 362.1068



# Administração em Saúde da Família

Curso de Pós-Graduação  
em Atenção Básica  
em Saúde da Família

## **Organizadores:**

Leika Aparecida Ishiyama Geniole  
Vera Lúcia Kodjaoglanian  
Cristiano Costa Argemon Vieira



## **GOVERNO FEDERAL**

MINISTRO DE ESTADO DE SAÚDE  
Alexandre Padilha

SECRETÁRIO DE GESTÃO DO TRABALHO E DA  
EDUCAÇÃO NA SAÚDE  
Milton Arruda Martins

SECRETÁRIO-EXECUTIVO DO SISTEMA  
UNIVERSIDADE ABERTA DO SISTEMA ÚNICO DE  
SAÚDE - UNA-SUS  
Francisco Eduardo De Campos

COORDENADOR DA UNIVERSIDADE ABERTA DO  
SUS - UNA-SUS  
Vinicius de Araújo Oliveira

## **FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ**

PRESIDENTE DA FIOCRUZ  
Paulo Gadelha

VICE-PRESIDÊNCIA DE GESTÃO E  
DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL  
Pedro Ribeiro Barbosa

UNIDADE FIOCRUZ CERRADO PANTANAL  
Rivaldo Venâncio da Cunha

## **UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL**

REITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL/MS  
Célia Maria Silva Correa Oliveira

PRÓ-REITOR DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
Dercir Pedro de Oliveira

COORDENADORA DE EDUCAÇÃO ABERTA E A DISTÂNCIA  
Angela Maria Zanon

## **GOVERNO DE MATO GROSSO DO SUL**

GOVERNADOR DE ESTADO  
André Puccinelli

SECRETÁRIA DE ESTADO DE SAÚDE / MATO GROSSO DO SUL  
Beatriz Figueiredo Dobashi

## **PARCEIROS**

GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA DE CAMPO GRANDE

ASSOCIAÇÃO SUL-MATO-GROSSENSE DE MEDICINA DE  
FAMÍLIA E COMUNIDADE

### COLEGIADO GESTOR

CRISTIANO COSTA ARGEMON VIEIRA  
cargemon@gmail.com

GISELA MARIA A. DE OLIVEIRA  
giselamaria2007@hotmail.com

LEIKA APARECIDA ISHIYAMA GENIOLE  
leikageniole@terra.com.br

SILVIA HELENA MENDONÇA DE MORAES  
silvia.moraes@saude.ms.gov.br

VERA LUCIA KODJAOGLANIAN  
esc.fiocruz@saude.ms.gov.br

### ORIENTADORES DE APRENDIZAGEM

ALESSANDRO DIOGO DE CARLI  
alessandrodecarli@hotmail.com

CATIA CRISTINA MARTINS  
catitamartins@hotmail.com

JACINTA DE FÁTIMA P. MACHADO  
jacintamachado@hotmail.com

KARINE CAVALCANTE DA COSTA  
kdcosta@uol.com.br

MARA LISIANE MORAES SANTOS  
maralisi@globo.com

VALÉRIA RODRIGUES DE LACERDA  
val99@terra.com.br

### EQUIPE TÉCNICA

DANIELI SOUZA BEZERRA  
danisb21@yahoo.com.br

LEIDA MENDES CARDOSO  
leida.mendes@hotmail.com

MARIA IZABEL SANTANA  
izabelsantanasilva@hotmail.com

ROSANE MARQUES  
rosanem@fiocruz.br

## **EQUIPE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO**

ALANA MONTAGNA  
alana\_sgo@hotmail.com

CARLA FABIANA COSTA CALARGE  
carla.calarge@gmail.com

DAIANI DAMM TONETTO  
dai.dtr@gmail.com

GRETTA SIMONE RODRIGUES DE PAULA  
gretta@ibest.com.br

HERCULES DA COSTA SANDIM  
herculesandim@gmail.com

JOÃO FELIPE RESENDE NACER  
joaofelipern@gmail.com

MARCOS PAULO DOS SANTOS DE SOUZA  
mpsouza@gmail.com

## **TUTORES FORMADORES**

ADRIANE PIRES BATISTON  
apbatiston@hotmail.com

ALESSANDRO DIOGO DE CARLI  
alessandrodecarli@hotmail.com

ALINE MARTINS DE TOLEDO  
toledo\_am@yahoo.com.br

ANA CAROLINA LYRIO DE OLIVEIRA HASTCHBACH  
carolhstschbach@gmail.com

ANA CRISTINA BORTOLASSE FARIAS  
abortolasse@bol.com.br

ANA PAULA PINTO DE SOUZA  
anapaulapdesouza@hotmail.com

ANGELA CRISTINA ROCHA GIMENES  
angelacristinagimenes@bol.com.br

ANA MARTHA DE ALMEIDA PONCE  
anamarthap@gmail.com

BEATA CATARINA LANGER  
beatalanger@hotmail.com

BRUNNO ELIAS FERREIRA  
bruelifer@hotmail.com

CIBELE DE MOURA SALES  
cm.sales@terra.com.br

CARMEM FERREIRA BARBOSA  
carmenfebar@terra.com.br

CRISTIANY INCERTI DE PAIVA  
crisincerti@hotmail.com

CIBELE BONFIM DE REZENDE ZÁRATE  
crzarate@yahoo.com.br

DANIELA MARGOTTI DOS SANTOS  
daniela\_margotti@hotmail.com

DENISE RODRIGUES FORTES  
nursedenis@yahoo.com.br

DENIZE CRISTINA DE SOUZA RAMOS  
enfdenize@hotmail.com

EDILSON JOSÉ ZAFALON  
edilz@uol.com.br

ELIZANDRA DE QUEIROZ VENÂNCIO  
elizandra\_venancio@hotmail.com

ENI BATISTA DE SOUZA  
enibatistadesouza@hotmail.com

ERIKA KANETA  
erika@uems.br

ETHEL EBINER ECKERT  
etheleckert@hotmail.com

FERNANDA ALVES DE LIMA GOMES  
falglima@hotmail.com

FERNANDO LAMERS  
fernando.lamers@hotmail.com

GUILHERME APº DA SILVA MAIA  
gasmaia@yahoo.com.br

JANIS NAGLIS FAKER  
janisfaker@hotmail.com

JUSSARA NOGUEIRA EMBOAVA ORTIZ  
juemboava@hotmail.com

LAIS ALVES DE SOUZA BONILHA  
laissouza@hotmail.com

LUCIANA CONTRERA MORENO  
lucontrera@gmail.com

LUCIANE APARECIDA PEREIRA DE LIMA  
luciane.pereiralima@gmail.com

LUCIANO RODRIGUES TRINDADE  
lrtrindade37@yahoo.com.br

LUIZA HELENA DE OLIVEIRA CAZOLA  
luizacazola@gmail.com

MARCIA CRISTINA PEREIRA DA SILVA  
enf\_mcristina@yahoo.com.br

MARCIA MARQUES LEAL GARBELINI  
marciagarb@hotmail.com

MARISA DIAS ROLAN LOUREIRO  
marisarolan@gmail.com

MICHELE BATISTON BORSOI  
micheleborsoi@hotmail.com

NADIELI LEITE NETO  
nadielileite@yahoo.com.br

PRISCILA MARIA MARCHETTI FIORIN  
ppfiorin@hotmail.com

RENATA PALÓPOLI PICOLI  
rpicoli@usp.br

RENATA CRISTINA LOSANO FEITOSA  
renatafeitosa@brturbo.com.br

RODRIGO LUIZ CARREGARO  
rodrigocarregaro@yahoo.com.br

ROSEMARIE DIAS F. DA SILVA  
rosemeire.fernandes@hotmail.com

SABRINA PIACENTINI  
sabripiacentini@hotmail.com

SALAZAR CARMONA DE ANDRADE  
salazar\_carmona@hotmail.com

SILVANA DIAS CORREA GODOY  
sildiascorrea@hotmail.com

SILVIA HELENA MENDONÇA DE MORAES  
silvia.moraes@saude.ms.gov.br

SUZI ROSA MIZIARA BARBOSA  
srmiziara@gmail.com

VIRNA LIZA PEREIRA CHAVES HILDEBRAND  
vimalizah@hotmail.com

VIVIANE LIMA DE ALBUQUERQUE  
vivilaa79@hotmail.com

WESLEY GOMES DA SILVA  
wesley.amusical@bo.com.br

## **TUTORES ESPECIALISTAS**

EDUARDO FERREIRA DA MOTTA  
efmotta@terra.com.br

LARA NASSAR SCALISE  
larascalise@hotmail.com

LEANDRA ANDRÉIA DE SOUZA  
souza\_leandra@yahoo.com.br

MAISSE FERNANDES O. ROTTA  
maissef@hotmail.com

## **AUTORES**

ALBERTINA MARTINS DE CARVALHO  
prevprimaria@saude.ms.gov.br

ADELIA DELFINA DA MOTTA S. CORREIA  
adeliamotta@yahoo.com.br

ADRIANE PIRES BATISTON  
apbatiston@hotmail.com

ALESSANDRO DIOGO DE CARLI  
alessandrodecarli@hotmail.com

ANA LUCIA GOMES DA S. GASTAUD  
anagastaud@hotmail.com

ANA TEREZA GUERRERO  
anaguerrero@fiocruz.br

ANDRÉ LUIZ DA MOTTA SILVA  
andremottacs@yahoo.com.br

CATIA CRISTINA VALADÃO MARTINS  
catitamartins@hotmail.com

CIBELE BONFIM DE REZENDE ZÁRATE  
crzarate@yahoo.com.br

CRISTIANO BUSATO  
cristiano.busato@saude.gov.br

CRISTIANO COSTA ARGEMON VIEIRA  
cargemon@gmail.com

DANIEL ESTEVÃO DE MIRANDA  
mirandacs@yahoo.com.br

DENISE FORTES  
nursedenis@yahoo.com.br

DENIZE CRISTINA DE SOUZA RAMOS  
enfdenize@hotmail.com

EDGAR OSHIRO  
edgar.oshiro@saude.ms.gov.br

EDILSON JOSÉ ZAFALON  
edilz@uol.com.br

EDUARDO FERREIRA DA MOTTA  
efmotta@terra.com.br

FÁTIMA CARDOSO C. SCARCELLI  
sdcrianca@saude.ms.gov.br

GEANI ALMEIDA  
sdhomem@saude.ms.gov.br

GRASIELA DE CARLI  
grasieladecarli@yahoo.com.br

HAMILTON LIMA WAGNER  
hamiltomwagner@terra.com.br

HILDA GUIMARÃES DE FREITAS  
sdmulher@saude.ms.gov.br

IVONE ALVES RIOS  
saude\_da\_pd@saude.ms.gov.br

JACINTA DE FÁTIMA P. MACHADO  
jacintamachado@hotmail.com

JANAINNE ESCOBAR VILELA  
sdidoso@saude.ms.gov.br

JISLAINE GUILHERMINA PEREIRA  
jislaine@far.fiocruz.br

KARINE CAVALCANTE DA COSTA  
sdfamilia@saude.ms.gov.br

LEIKA APARECIDA ISHIYAMA GENIOLE  
leikageniole@terra.com.br

LUIZA HELENA DE OLIVEIRA CAZOLA  
luizacazola@gmail.com

LARA NASSAR SCALISE  
larascalise@hotmail.com

LEANDRA ANDRÉIA DE SOUZA  
souza\_leandra@yahoo.com.br

MARIA APARECIDA DA SILVA  
saparecida@yahoo.com

MARIA APARECIDA DE ALMEIDA CRUZ  
alinutricao@saude.ms.gov.br

MAISSE FERNANDES O. ROTTA  
maissef@hotmail.com

MARA LISIANE MORAES SANTOS  
maralisi@globo.com

MARIA ANGELA MARICONDI  
angela.mar@terra.com.br

MARIA CRISTINA ABRÃO NACHIF  
cristinanachif@brturbo.com.br

MARIA DE LOURDES OSHIRO  
oshiroml@gmail.com

MICHELE BATISTON BORSOI  
micheleborsoi@hotmail.com

PAULO ZARATE  
pzp0101@uol.com.br

POLLYANNA KÁSSIA DE O. BORGES  
pollyannakassia@hotmail.com

RENATA PALÓPOLI PICOLI  
rpicoli@usp.br

RODRIGO FERREIRA ABDO  
rodrigoabdo@brturbo.com.br

RUI ARANTES  
ruiarantes@fiocruz.br

SAMUEL JORGE MOYSES  
s.moyeses@pucpr.br

SONIA MARIA OLIVEIRA ANDRADE  
anart.msi@terra.com.br

SUSANE LIMA VARGAS  
hiperdia@saude.ms.gov.br

VALÉRIA RODRIGUES DE LACERDA  
val99@terra.com.br

VERA LÚCIA SILVA RAMOS  
sdadolescente@saude.ms.gov.br

VERA LUCIA KODJAOGLANIAN  
esc.fiocruz@saude.ms.gov.br

## AGRADECIMENTO

---

Quero fazer um agradecimento especial à Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria José Bistafa Pereira por todo ensinamento que tem a mim ofertado no campo da saúde coletiva, pelo material disponibilizado e pelas importantes considerações feitas acerca da construção deste módulo.

Leandra A. Sousa



Os Módulos Optativos são compostos por uma série de 9 módulos com os seguintes temas: Saúde Carcerária, Saúde da Família em População de Fronteiras, Saúde da Família em Populações Indígenas, Assistência Médica por Ciclos de Vida, Saúde Bucal por Ciclos de Vida, Assistência de Enfermagem por Ciclos de Vida, Administração em Saúde da Família, Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, Programação para Gestão por Resultados na Atenção Básica (PROGRAB) e Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ). Os temas dos módulos privilegiam a singularidade dos diferentes profissionais de saúde da família e as particularidades de seus respectivos territórios.

Estes módulos não pretendem esgotar os temas abordados e sim servir como um instrumento orientador, que possa responder as questões mais frequentes que surgem na rotina de trabalho. A sua importância está justificada dentro dos princípios da estratégia de saúde da família que enfatiza que as ações da equipe precisam ser voltadas às necessidades das populações a elas vinculadas. As equipes de saúde da família estão distribuídas em Mato Grosso do Sul, com situações peculiares, como as equipes inseridas em áreas de fronteira, as equipes de saúde que fazem a atenção à população indígena, a população carcerária e suas famílias. São populações diferenciadas, com culturas e problemas próprios, com modo de viver diferenciado, sujeitas a determinantes sociais diferentes, que necessitam ser assistidas por profissionais com competências adequadas à sua realidade.

Desta forma, cada estudante trabalhador do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, pode optar por módulos que lhes interessem diretamente.

Esperamos que os conteúdos apresentados possam ter proporcionado a você, especializando conhecimentos para desenvolver seu trabalho com qualidade desejada e seguindo as diretrizes do SUS, na atenção às diferentes populações, respeitando sua singularidade.





### Módulo Optativo 9 Administração em Saúde da Família

Agradecimento . . . . .	15
Apresentação Módulos Optativos . . . . .	17
Prefácio . . . . .	23
Seção 1 - Gestão Administrativa No Sus . . . . .	28
Seção 2 - Gestão de Políticas Públicas em Saúde . . . . .	36
Seção 3 - Planejamento Estratégico em Saúde . . . . .	41
Seção 4 - Gestão Organizacional na Rede Básica. . . . .	71
Seção 5 - Sistema de Informação em Saúde . . . . .	85
Seção 6 - Gestão da Qualidade nos Serviços de Saúde . . . . .	98
Seção 7 - Gestão do Potencial Humano . . . . .	110
Seção 8 - Gestão de Recursos Materiais . . . . .	124
Referências . . . . .	143

# MÓDULOS OPTATIVOS



# MÓDULO OPTATIVO 9

**ADMINISTRAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**AUTORA**

Leandra A. Sousa



## Sobre a Autora:

### **Leandra A. Sousa**

Enfermagem pela Escola de Enfermagem Wenceslau Braz (1998), especialização em Enfermagem Obstétrica pela Universidade de São Paulo (2004), mestrado em Enfermagem em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (2006), especialização em Acupuntura pelo IBRATE (2010). Atualmente é doutoranda da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.

É com satisfação que venho contribuir com a introdução do **Módulo em Administração na Saúde da Família**, parte integrante do Curso em Atenção Básica em Saúde da Família, desenvolvido pela Fiocruz em parceria com a UFMS. Este Módulo trabalha questões de suma importância para o setor, pois trata dos temas Gestão nos diversos níveis - Administrativo, Político, do Potencial Humano, da Qualidade de Serviços na Saúde, de Recursos Materiais e Organizacional na Rede Básica -, e do Sistema de Informação em Saúde, além de abordar Planejamento Estratégico em Saúde. O objetivo é qualificar profissionais a atuarem na área de saúde da família, contribuindo com a formação especializada de equipes multiprofissionais, destinadas a trabalhar no Programa Saúde da Família, e preparadas para gerenciar e atender as estratégias da Atenção Primária do Sistema Único de Saúde - SUS.

Espera-se que a qualificação destes profissionais ao longo das atividades desenvolvidas neste Curso, possibilite trabalhar num modelo de gestão dos serviços de saúde que possa garantir para esta e para as gerações futuras, não só o acesso ao tratamento das doenças, mas que também garanta a seguridade social que está estabelecida na Constituição Federal de 1988. Os profissionais capacitados neste curso serão responsáveis por aprimorar e, principalmente, capazes de fazer gestão para aumentar a capacidade de oferta de serviços, por meio da inovação nos processos gerenciais e de planejamento.

Essencialmente, a Atenção Básica em Saúde deve ser de responsabilidade estatal e, para tanto, deve-se fortalecer o papel do Estado na prestação de serviços de saúde, operando com uma única porta de entrada. Nesta área de atividade, a autonomia de gestão deve ser dada à equipe dirigente dos serviços. Contudo, esta autonomia deve ser acompanhada da responsabilização pelo desempenho desses profissionais, visando aperfeiçoar os mecanismos e funções gerenciais, e estabelecer relação entre as instâncias gestoras do SUS e os serviços de saúde. Neste processo, profissionais bem qualificados poderão fixar compromissos e deveres entre as partes, instituindo

processos de gestão participativa nas instituições e serviços públicos de saúde.

A iniciativa de oferecer um módulo na área de Administração na Saúde da Família abre espaço para discutir a complexa e diversificada rede de profissionais envolvida nas atividades da Estratégia Saúde da Família. Esta prática impõe desafios e objetiva assegurar a formação de profissionais qualificados no atendimento às demandas dos usuários dos serviços de saúde em suas diversas interfaces.

Tenho certeza que este Curso em Atenção Básica em Saúde da Família (Fiocruz/UFMS), especificamente com o desenvolvimento do Módulo em Administração na Saúde da Família, contribuirá de modo diferencial para a formação de profissionais voltados primordialmente à Atenção Primária à Saúde e, estrategicamente, à Saúde da Família. Neste aspecto, é imperativo discutir o papel do Estado na gestão, formação e desenvolvimento dos Recursos Humanos da Saúde nas diferentes localidades e instituições. Atividade desta magnitude abre perspectiva para discutir e definir políticas públicas, orientando a tomada de decisões e reflexões acerca do papel da gestão de recursos humanos, suas possibilidades e tendências, sobretudo quanto aos desafios de assegurar a eficiência e a qualidade no atendimento aos usuários dos diversos serviços prestados no Setor de Saúde.

O processo de capacitação de equipe multidisciplinar na Saúde da Família deve romper padrões pautados no atendimento à demanda espontânea da população e às condições agudas, e intervir em situações que transcendem a especificidade do setor saúde, tendo efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos-famílias-comunidade.

Tenho certeza que este Curso fornecerá subsídios a todos os profissionais participantes para melhorar a sua prática e os processos de trabalho na Equipe de Saúde da Família, capacitando-os a atuar como gestores para a Promoção da

Saúde em todos seus aspectos. A Equipe de profissionais da Fiocruz e da UFMS que trabalhou na elaboração desta proposta, está de parabéns pelo nível de material elaborado que será disponibilizado aos participantes, e contribuirá para formação de Gestores na Área da Saúde da Família.

Edna Scremin-Dias

Diretora do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde  
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Vocês estão entrando em reta final de curso! Parabéns!!! Este módulo optativo tem o propósito de debater questões relacionadas à administração no campo da saúde. Aborda aspectos históricos, traz alguns estudiosos e os conceitos e princípios por eles elaborados, que se configuram como ferramentas possíveis de usar na prática administrativa.

Ao abordar esses conteúdos, a finalidade é promover em vocês reflexões sobre a prática cotidiana, de modo a produzir um ressignificado do trabalho em saúde. O que cada um precisa para manifestar suas habilidades? Que contexto se faz necessário para que essas habilidades se manifestem? E ainda, nesse sentido, o que eu preciso que os outros me ofereçam e o que eu preciso oferecer aos outros? Todo e qualquer conteúdo deste módulo, deste curso e de outros podem se tornar a saudade de um período bom, mas que passou, que ficou no passado e que não faz parte do presente caso não seja colocado em prática. O que quero dizer com isso é que os contextos de que vocês necessitam, de que nós necessitamos para manifestar nossas habilidades na prática e sermos agentes de transformação da realidade precisa ser criado, precisa ser construído. Este é o grande desafio - criar os contextos para que o dia a dia seja transformado. Com este módulo, espera-se oferecer instrumental que contemple a praticidade, articulado às demandas da Gestão.

Historicamente, nas atividades gerenciais e de coordenação dos serviços de saúde, esse papel tem sido desempenhado, na maioria das vezes, pelos enfermeiros em muitos municípios. Entretanto, atualmente, cada vez mais, médicos, odontólogos e outros profissionais também têm se inserido em atividades administrativas e de gestão no campo da saúde. Essa é uma realidade crescente. E foi pensando nisso que a proposta inicial de se abordarem neste módulo as Concepções Teóricas da Gerência de Enfermagem e os Aspectos Éticos e Legais da Gerência em Enfermagem deu espaço para uma abordagem mais abrangente: a Gestão Administrativa no SUS, que também vai explorar a dimensão da ética. Então vamos abordar, além da Gestão Administrativa no SUS, aspectos sobre Planejamento

Estratégico em Saúde, Sistema de Informação em Saúde, Gestão da Qualidade nos Serviços de Saúde, Gestão Organizacional na Rede Básica, Gestão do Potencial Humano e Gestão de Recursos Materiais.

Diante disso, esperamos que, ao final deste módulo, vocês sejam capazes de: estimular o enfrentamento de problemas específicos dos serviços; produzir a reflexão e o debate sobre os modelos de gestão e assistenciais vigentes no contexto de saúde do país; rever, apreender e colocar em prática conhecimentos e instrumentos de gestão que contribuam para a elevação dos padrões de eficiência, eficácia e efetividade na gerência de serviços, de modo que os profissionais possam construir coletivamente e continuamente novas perspectivas para as suas práticas e para o sistema de gestão de sua instituição. Para finalizar, quero disparar duas questões para acompanhar vocês ao longo de todo este módulo. No entanto, quero que essas questões tenham como referência não só o presente módulo, mas sim este curso de Pós-Graduação em Atenção Básica em Saúde da Família.

Eis as questões:

- Antes do curso, como você reproduzia a sua prática profissional?
- E agora, que está quase chegando ao término do curso, como você almeja reproduzi-la?

Desejo a todos um ótimo estudo!!!

Abraços,  
Leandra A. Sousa

---

## Seção 1 - GESTÃO ADMINISTRATIVA NO SUS<sup>1</sup>

---

A cada dia, o progresso científico e tecnológico traz inovações que aperfeiçoam soluções e, ao mesmo tempo, colocam o gestor diante de novos desafios no campo da gestão da saúde pública, tais como adoção de critérios de acompanhamento e avaliação adequados para o aprimoramento dessas ações.

Se, por um lado, torna-se necessário adequar os procedimentos à incorporação de novos conhecimentos e novas tecnologias, por outro, precisamos adquirir modernas ferramentas gerenciais, administrativas e estruturais, principalmente no campo da tecnologia da informação e comunicação, fazendo-se necessário avançar na obtenção de novos conhecimentos estratégicos na gestão pública.

A gestão administrativa do SUS é um dos tópicos de grande relevância para os gestores da saúde pública em quaisquer esferas de gestão. Dentro desse escopo, encontra-se a organização dos sistemas públicos de saúde, planejamento, orçamento, financiamento e recursos humanos conforme dispositivos contidos na Lei Orgânica de Saúde (Lei n. 8080/1990).

Na abordagem das funções administrativas, a gestão ou ação administrativa pressupõe o desenvolvimento de um processo que envolve as funções de planejamento, execução, direção e controle.

Essas funções ou elementos do processo de gestão serão explorados e discutidos neste módulo mais adiante.

---

1 Esse texto é uma adaptação do manual A Gestão Administrativa e Financeira no SUS. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Gestão Administrativa e Financeira no SUS/Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Anamim Lopes da Silva, Edileuza Alves da Silva, Lívia Costa da Silveira, Rodrigo Fagundes Souza, Sady Carnot Falcão Filho, Viviane Rocha de Luiz. Brasília: CONASS, 2007. 152 p. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 2), por isso os créditos devem ser atribuídos aos autores.

Assim, o quadro a seguir apresenta o conceito simplificado de cada função e seu significado básico:

Quadro 1: Elementos do processo de gestão

Planejamento	Organização	Direção	Controle
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Decisão sobre os objetivos.</li> <li>- Definição de planos para alcançá-los.</li> <li>- Programação de atividades.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recursos e atividades para atingir os objetivos; órgãos e cargos.</li> <li>- Atribuição de autoridade e responsabilidade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preenchimento dos cargos.</li> <li>- Comunicação, liderança e motivação do pessoal.</li> <li>- Direção para os objetivos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Definição de padrões para medir desempenho, corrigir desvios ou discrepâncias e garantir que o planejamento seja realizado.</li> </ul>

Outro aspecto importante de ser abordado é a Gestão Participativa. Nessa abordagem, vale apontar que Estado Brasileiro vem enfrentando, energeticamente, a lógica da oferta de serviços fragmentados, que advém da visão compartimentada das necessidades sociais, dificultando a apreensão integral das complexas dimensões que compõem o cotidiano dos indivíduos e das coletividades.

Para a consolidação do SUS, a formulação da política de saúde deve emergir dos espaços onde acontece a aproximação entre a construção da gestão descentralizada, o desenvolvimento da atenção integral à saúde e o fortalecimento da participação popular, com poder deliberativo.

Formular e deliberar juntos significa um avanço para o controle social, e este é o efetivo desafio apresentado à gestão participativa, que requer a adoção de práticas e mecanismos

inovadores que efetivem a participação popular. Pressupõe, portanto, ampliação de espaços públicos e coletivos para o exercício do diálogo e da pactuação das diferenças.



### VAMOS REFLETIR!

Seu município dispõe de espaços coletivos para diálogo e pactuação das diferenças? E o seu trabalho, dispõe de um espaço para discussão coletiva?

Igualmente, é de fundamental importância a criação de alternativas eficientes de informação e de escuta do cidadão usuário e da população em geral, reformulando o conceito e a dinâmica das ouvidorias, transformando-as em fontes de informações privilegiadas para fomentar a gestão do SUS nas três esferas de governo.

Ao fazer a leitura dos tópicos a seguir, reflita sobre a realidade na qual você se insere atualmente, identifique o que já foi construído, o que está em construção e o que ainda está por construir...

Para fins de delineamento do campo de conceituação da gestão participativa, suas práticas e mecanismos podem ser agrupados de acordo com as instituições, atores e segmentos sociais envolvidos, nos seguintes tipos:

- Mecanismos institucionalizados de controle social, representados pelos Conselhos de Saúde e pelas Conferências de Saúde, envolvendo o governo, os trabalhadores da saúde e a sociedade civil organizada nas três esferas de governo. Recentemente, vêm sendo propostos Conselhos Regionais, bem como Conferências e Plenárias Regionais;
- Processos participativos de gestão, integrando a

dinâmica de diferentes instituições e órgãos do SUS nas três esferas de governo, tais como conselhos gestores/conselhos de gestão participativa, direção colegiada, câmaras setoriais, comitês técnicos, grupos de trabalho, polos de educação permanente em saúde e setoriais de saúde dos movimentos sociais, entre outros. A estruturação das mesas de negociação como ferramenta para a gestão do trabalho vem-se consolidando como inovadora prática de gestão participativa das relações de trabalho nas três esferas de governo;

- Instâncias de pactuação entre gestores, como as Comissões Intergestores Bipartites - CIB, envolvendo representantes das Secretarias estaduais e municipais de Saúde, e a Comissão Intergestores Tripartite - CIT, que contam com representantes do Ministério da Saúde, além dos representantes das Secretarias estaduais e municipais de Saúde, constituindo espaços de ações compartilhadas, estratégicas e operacionais da gestão do SUS;
- Mecanismos de mobilização social que representam dispositivos para a articulação de movimentos populares na luta pelo SUS e o direito à saúde, ampliando espaços públicos (coletivos) de participação e interlocução entre trabalhadores de saúde, gestores e movimentos populares;
- Processos de educação popular em saúde, desenvolvidos no diálogo permanente com movimentos populares, entidades formadoras e grupos sociais no sentido de fortalecer e ampliar a participação social no SUS;
- Reconstrução do significado da educação em saúde que se desenvolve nas escolas, nas universidades e nos serviços de saúde, fortalecendo o protagonismo na produção de saúde e na formação de cidadãos em

defesa do SUS.

- Ações articuladas entre diferentes setores de governo e a sociedade civil (intersetorialidade), caracterizando o compartilhamento de decisões entre instituições governamentais e da sociedade civil que atuam na produção social da saúde.

Esse conceito ampliado de gestão participativa está estreitamente relacionado com as demais áreas da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa e abrange: os mecanismos de escuta permanente das opiniões e manifestações da população, valorizadas nas decisões e encaminhamentos da gestão cotidiana dos serviços e do sistema, representados pelas ouvidorias do SUS; os mecanismos participativos de monitoramento e avaliação da gestão, das ações e dos serviços de saúde; e as ações pedagógicas de auditoria que desencadeiam medidas para o aprimoramento da gestão do SUS, de forma eficaz e efetiva, nas três esferas de governo.

Todas essas formas que promovem a participação social e caracterizam a gestão participativa do SUS têm pela frente a tarefa de se apropriar da construção de novos modelos de atenção e gestão da saúde, regido sob a lógica das necessidades, demandas e direitos de toda a população.

### 1.1 A Ética da Administração Pública

Dentro do espectro do cumprimento dos princípios básicos da Administração Pública, o imperativo da ética deve ser ressaltado.

A palavra ética remete ao verbete grego *ethos*, que significa originalmente morada, tanto a dos animais quanto a do homem. Lugar onde se sente acolhido e abrigado. O segundo sentido,

proveniente deste, é o de costume, maneira ou estilo de ser ou viver. A morada, vista metaforicamente, indica justamente que, a partir do ethos, o mundo torna-se habitável para o homem. Assim, o espaço do ethos como espaço humano não é dado ao homem, mas é por ele construído ou incessantemente reconstruído.

Max Weber, sociólogo e grande estudioso da burocracia, formulou o que passou a ser chamado de dualismo ético ao distinguir a ética da convicção da ética da responsabilidade. O partidário da ética da convicção é o indivíduo que vela pela doutrina pura, o que é comum aos religiosos e aderentes de sistemas filosóficos e políticos que sustentam teses como se fossem dogmas e assumem posições sem medir consequências. A ética da responsabilidade, por sua vez, tem como guia as previsíveis consequências dos atos.

Responsabilidade vem do latim *responsabilitas*, de *respondere*, este último vocábulo com significado de responder, estar em condições de responder pelos atos praticados, de justificar as razões das próprias ações. De direito, todo homem é responsável, e toda sociedade é organizada numa hierarquia de autoridade, na qual cada um é responsável perante uma autoridade superior. Quando o homem infringe uma de suas responsabilidades cívicas, deve responder pelo seu ato perante a justiça.

A responsabilidade moral, filosoficamente, é a situação de um agente consciente com relação aos atos que pratica voluntariamente e à obrigação de reparar o mal eventualmente ocasionado aos outros.

Essa visão de ética é a que está presente nos códigos de conduta. Exemplo: o Código de Ética Profissional do Servidor Público Civil do poder Executivo Federal, aprovado no nível federal pelo Decreto Federal nº 1.171, de 22 de junho de 1994, serve de modelo para que, no nível estadual, por meio da Secretaria Estadual de Saúde, induza-se a criação ou manutenção de algo semelhante para vigor no seu âmbito de atuação.

Em primeiro lugar, o Código estabelece regras deontológicas. Diz respeito às razões pelas quais se devem estabelecer deveres à pessoa como servidora pública detentora de prerrogativas institucionais. Em 13 pontos, abrange comportamento, atitudes, valores, discernimentos, noções mínimas de legalidade e moralidade, fidelidade em questões financeiras, dedicação ao trabalho e ao público a quem deve servir com respeito, dignidade, cortesia. Tais pontos estão consoantes à tradição filosófica que norteia a função pública, a qual abrange expoentes da cultura ocidental e oriental, além de incorporar visões compartilhadas pelo senso comum inerentes à natureza humana modelada pela vida em sociedade.

Em seguida, como consectários dessas regras, apresentam-se os deveres fundamentais do servidor público, entre os quais o de desempenhar, em tempo, as atribuições do cargo, função ou emprego público de que seja titular, pensando mais no interesse comum do que no particular. Nesse sentido, firma-se o primado da ética.

Após a explicitação desses deveres, seguem as vedações ao servidor público. Na linha das vedações está a proibição do uso do cargo ou função, facilidades, amizades, tempo, posição e influências para obter qualquer favorecimento para si ou para outrem.

Fica a cargo das comissões de ética instituídas orientar e aconselhar sobre a ética profissional do servidor, o tratamento para com as pessoas e para com o patrimônio público, e esclarecer que compete a ele conhecer concretamente sobre imputação ou procedimento susceptível de censura.

A Comissão de Ética poderá também instaurar, de ofício, processo sobre ato, fato ou conduta que considerar passível de infração de princípio ou de norma ético-profissional.

Sobretudo, deve-se ressaltar que os trabalhadores em saúde provenientes de múltiplas categorias profissionais são abrangidos pelos respectivos códigos de ética, bem como

por orientações emanadas de seus conselhos de classe. O mais importante a mencionar são os códigos e orientações estabelecidos pelo Conselho Federal de Medicina, afora os de Enfermagem, Farmácia e outras categorias afins vinculadas à área da saúde.



### VAMOS REFLETIR!

Pensar a questão da ética é resgatar o cuidar da morada, é rever o *Ethos no espaço do SUS, considerando todos os atores envolvidos, profissionais, usuários e gestores.*

*Como a ética tem sido vivenciada no seu contexto profissional?*

---

## Seção 2 - GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE<sup>2</sup>

---

Classicamente, quando abordamos a temática da gestão de políticas públicas de saúde, remetemo-nos ao resgate histórico das políticas de saúde no Brasil, assunto este que já foi trabalhado na Unidade 1 - Políticas Públicas de Saúde e Processo de Trabalho em Saúde da Família.

### 2.1 Conceito e objetivo

Entende-se por política as decisões de caráter geral, destinadas a tornar públicas as intenções de atuação do governo e a orientar o planejamento - no tocante a um determinado tema - em seu desdobramento em outros instrumentos operacionais. Com a explicitação formal dessas decisões, busca-se, também, permitir o acesso da população em geral e dos formadores de opinião em particular à discussão, à implementação e à avaliação das políticas.

As políticas visam tornar transparente a ação do governo, reduzindo os efeitos da descontinuidade administrativa e potencializando os recursos disponíveis. O cerne de uma política específica - como a de alimentação e nutrição, a de medicamentos, a de promoção da saúde etc. - é constituído pelo seu propósito, pelas diretrizes e pela definição de responsabilidades das esferas de governo e dos órgãos e/ou setores envolvidos.

---

2 Esse texto é uma adaptação do manual Sistema de planejamento do SUS: uma construção coletiva: formulação de políticas específicas de saúde / Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Sistema de planejamento do SUS: uma construção coletiva: formulação de políticas específicas de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 28 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Cadernos de Planejamento ; v. 7), por isso os créditos devem ser atribuídos aos autores.

Por isso, as políticas representam, no instrumental de planejamento, a parte mais geral, que dispensa, assim, a definição de objetivos, a quantificação de metas e o estabelecimento de recursos alocados. No elenco dos instrumentos resultantes do processo de planejamento, as políticas específicas são decodificadas em planos de ação ou operacionalização, programas, projetos etc.

Enquanto os planos de ação ou de operacionalização são expressões ainda gerais da respectiva política específica, com algum detalhamento de objetivos, identificação de diretrizes para o seu alcance e quantificação de metas para um determinado período, os planos de ação ou operacionalização, os programas e os projetos compreendem maior pormenorização, que é traduzida em ações, metas, cronogramas, orçamento, entre outros elementos constitutivos julgados necessários.

No conteúdo dos planos de ação ou de operacionalização, programas, projetos etc., são definidas as estratégias de implementação das políticas específicas. Nessa etapa de detalhamento, os gestores decidem à luz das limitações e da disponibilidade - quer de tempo, quer de recursos humanos, financeiros e tecnológicos - a oportunidade de efetivação das mudanças preconizadas.

De acordo com a regulamentação do PlanejaSUS, estão estabelecidos como instrumentos decorrentes do seu processo e comuns às três esferas de gestão: o Plano de Saúde (PS); as respectivas Programações Anuais de Saúde (PAS); e os Relatórios Anuais de Gestão (RAG). As políticas específicas não integram, portanto, o conjunto dos instrumentos do PlanejaSUS, mas têm importância estratégica para a construção do PS e, por conseguinte, das PAS e dos RAG.

## **2.2 Operacionalização**

As políticas específicas são, todavia, instrumentos de planejamento, orientadoras das medidas a serem estabelecidas

num determinado âmbito, para um determinado período e construídas sob a coordenação da área técnica correspondente.

Essas políticas específicas são objeto de negociação e pactuação nas respectivas Comissões Intergestoras (Bipartite ou Tripartite) e nos Conselhos de Saúde. Na existência de uma política nacional específica, aprovada, portanto, na CIT, como, por exemplo, a Política Nacional de Promoção da Saúde, estados e municípios estabelecerão as suas políticas na conformidade desta. Em outras palavras, isso significa que as esferas estadual e/ou municipal definem as suas políticas específicas consoante à Política Nacional respectiva.

### 2.3 Estrutura

Para cumprir as suas finalidades, as políticas específicas têm como conteúdo básico:

- a justificativa e as bases legais para o seu estabelecimento;
- o propósito, que delimita o raio de ação da política e constitui a base para a avaliação de sua efetividade ou impacto;
- as diretrizes para o alcance de seu propósito;
- as responsabilidades institucionais em que são apresentadas as parcerias a serem buscadas com vistas à intersectorialidade das intervenções necessárias;
- os parâmetros para o seu acompanhamento e avaliação.

Entre essas questões estão, por exemplo, problemas, dificuldades, avanços ou resultados alcançados ou não, os quais, em tese, indicam a necessidade de se definir tal política. São descritos, portanto, todos os antecedentes possíveis - epidemiológicos, econômicos, sociais, culturais, entre outros, conferindo a necessária visibilidade e explicitação do tema abordado.

A avaliação mais detalhada de uma política, além daquela possibilitada por seu propósito, deve ocorrer no âmbito dos planos, programações, programas, projetos e atividades dela decorrentes. O documento da política contém, também, um glossário no qual se define a terminologia técnica relacionada diretamente ao tema nela abordado. A decodificação da linguagem especializada visa favorecer o entendimento da população quanto aos compromissos estabelecidos, contribuindo, assim, para a participação e o controle social.

## 2.4 Processo

O processo de formulação de uma política de saúde pode ser desencadeado a partir de demandas específicas da:

- alta direção da esfera de gestão correspondente;
- área técnica responsável pelo tema objeto da política a ser formulada;
- própria equipe ou área ou responsável pelo planejamento na respectiva esfera de gestão, ao acompanhar os movimentos, quer da situação de saúde em si, quer do desenvolvimento das ações e serviços do SUS; ou
- parte de outros segmentos de governo ou da sociedade civil.

O papel das áreas ou dos profissionais responsáveis pelo planejamento na respectiva esfera de gestão é de apoiar e oferecer a metodologia, bem como de assessorar o órgão ou entidade que detém o conteúdo técnico-científico da política a ser formulada. À área técnica do tema objeto da política cabe coordenar, conduzir a definição das bases técnico-científicas e responder por todo o seu conteúdo nas diferentes fases do processo.

O âmbito em que se definem as políticas é o do setor saúde, nele compreendendo o conjunto de ações e serviços prestados à população, qualquer que seja a natureza do agente prestador (público-estatal; público-privado - contratado ou conveniado -, privado; filantrópico). No seu processo de formulação, além disso, deve ser levado em conta o cenário social, econômico e político.

Portanto, a política não deve restringir-se aos gestores e órgãos integrantes do SUS, tampouco expressar somente a linha de atuação da gestão correspondente. Deve, sobretudo, expressar os rumos do sistema de saúde respectivo e ser parte integrante das políticas sociais da respectiva instância de governo.

---

### Seção 3 - PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO EM SAÚDE<sup>3</sup>

---

“Poderia me dizer, por favor, qual é o caminho para sair daqui?  
Isso depende muito do lugar para onde você quer ir...  
Não me importa muito onde...  
Nesse caso não importa por qual caminho você vá.”

Por acaso vocês se lembram de já ter lido algo parecido com o texto acima antes?  
Aposto que sim! Trata-se de um clássico!  
Ele foi apresentado a vocês no Módulo 1 da Unidade 2.  
Vamos aproveitá-lo para rever e explorar mais algumas questões sobre Planejamento em saúde...

Alguns questionamentos para nortear essa discussão:

Qual é a essência do planejamento?

Gerenciar e Planejar

O que não é planejar

O que é planejar?

Qual é a essência do planejamento?

---

3 Esse texto é uma adaptação do manual sobre Planejamento em Saúde, volume 2. Francisco Bernadini Tancredi, Susana Rosa Lopez Barrios, José Henrique Germann Ferreira. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde & Cidadania), Realizadores: “Instituto para o Desenvolvimento da Saúde – IDS, Núcleo de Assistência Médico-Hospitalar – NAMH/FSP – USP, Banco Itaú”, por isso os créditos devem ser atribuídos aos autores.

O diálogo transcrito é um recorte da história Alice no País das Maravilhas e ocorre entre Alice e o Gato quando ela se encontra numa encruzilhada, sem saber ao certo para onde ir. Ele sintetiza, de forma singela, a essência do planejamento. É ao mesmo tempo extremamente reducionista e abrangente, porque nos conta de forma bem elegante o fosso que existe entre o deixar-se levar ao sabor do acaso e o determinar aonde se quer chegar.

O planejamento serve exatamente para isto: determinar aonde se quer chegar, para onde queremos conduzir um sistema e tomar as decisões pertinentes que, acreditamos, nos levarão ao ponto desejado. Não queremos fazer as coisas parecerem fáceis demais, porque, afinal, chegar a um acordo entre vários atores sociais sobre aonde queremos chegar com o nosso sistema de saúde não é tarefa simples; tampouco é fácil nos organizarmos para poder alcançar os pontos vislumbrados.

Contudo, temos de concordar que, do ponto de vista conceitual, o planejamento não é - como alguns podem ter querido fazer parecer - um universo impenetrável para os não iniciados. Visto sob a ótica do dilema de Alice, planejamento é algo que fazemos todo o tempo, todos os dias na nossa vida pessoal e - espera-se - na nossa vida profissional.

Para Mehry (1994), o planejamento pode ser utilizado como instrumento de ação governamental para a produção de políticas, como instrumento do processo de gestão das organizações e como prática social.

Acompanhando as políticas nacionais de descentralização administrativa e de resgate do poder gestor do município, há hoje em dia uma clara tendência em restringir os planos nacionais a somente grandes enunciados de metas e aos assuntos referentes ao financiamento do sistema de saúde.

O poder local, que por longo tempo lutou por maior autonomia, afinal ganhou maiores responsabilidades pela gestão do sistema de saúde. Anteriormente, tínhamos planos

concebidos de forma centralizada e excessivamente normativos. Há, agora, uma expectativa de que o nível local assuma as responsabilidades pela definição de uma direcionalidade para o sistema que seja harmônica e coerente com os grandes objetivos nacionais para o setor.

A maior autonomia municipal vem acompanhada de uma maior responsabilização. Pior do que planos centralizados e opressores é a ausência de planos. Se a prática anterior não for substituída por um processo de planejamento local e participativo, cairemos numa situação de anarquia administrativa, de um *laissez-faire extremamente perigoso, em que as palavras de ordem passariam a ser “apagar os incêndios”, “atender à demanda urgente”, “gerar consultas” etc.*

As políticas públicas de descentralização do nosso sistema de saúde são, sim, muito ricas e promissoras, mas trazem consigo a obrigação para o poder local de assumir um papel mais pró-ativo no processo de definição dos destinos do sistema.

O porte da imensa maioria dos municípios brasileiros não justifica a contratação de equipes de especialistas em planejamento de saúde, nem mesmo de consultorias de instituições respeitáveis. Entendemos que a maioria dos municípios ou dos consórcios municipais de saúde será administrada por profissionais da área da saúde com limitada experiência administrativa.

A discussão sobre planejamento em saúde não é pauta dos dias atuais, ela teve início na década de 60, ocasião em que inúmeros autores dedicaram-se ao tema e produziram abordagens, das quais algumas serão apresentadas. Antes, contudo, vamos trazer alguns esclarecimentos e conceitos para melhor fundamentação da temática.

### 3.1 O que não é planejar?

O planejamento não deve ser confundido com plano

O plano é um dos produtos de um amplo processo de análises e acordos; ele documenta e enuncia as conclusões desses acordos, indicando para onde queremos conduzir o sistema (objetivos gerais ou estratégicos) e como pretendemos agir para que nossas metas sejam alcançadas (estratégias e objetivos específicos ou de processo).

Em verdade, o plano deveria ser encarado como uma peça de vida efêmera, porque rapidamente vai perdendo sua atualidade face ao desenrolar da realidade - o processo de planejamento, em si, é que deve ser permanente. O plano deve ser permanentemente revisado para se manter atual. Muitas experiências fracassaram ou foram traumáticas porque as pessoas aderiram de forma inflexível a um documento. A riqueza do planejamento está no processo em si de analisar o ambiente e os sistemas e chegar a definir os “o que queremos” e os “como alcançá-lo”.

É esse processo que deve ser permanente e envolvente dentro da instituição. Contudo, embora peça secundária, o plano escrito deve existir, até porque é preciso documentar os acordos e a direcionalidade do trabalho. Ele deve ser preparado em linguagem clara e concisa, de forma que todos os que o leiam compreendam claramente a visão de futuro e os objetivos perseguidos.

O planejamento não é tarefa dos “planejadores”; ele deve ser feito pelos atores envolvidos na ação

Houve tempo em que os ditos “planejadores” eram agrupados em “unidades” ou “departamentos de planejamento”, a partir dos quais pretendiam ditar o futuro do sistema e o curso da administração. Ainda nos lembramos dos casos de planos centralizados que, de cima para baixo, ditavam até os detalhes da execução do trabalho.

Muitos casos são hoje lembrados como caricatura, mas a triste realidade é que vários dirigentes locais sofreram nas mãos de planos que não compreendiam sua realidade e de planejadores arrogantes, distanciados da prática. O planejamento deve ser feito pelos atores envolvidos na ação, e a figura do “planejador”, hoje em dia, deve ser vista como a de alguém que atua como facilitador do processo.

Cada vez mais as organizações se dão conta de que é perfeitamente possível apropriar-se dos conceitos e ferramentas do planejamento, bem como das vantagens decorrentes do envolvimento das pessoas nesse processo.

Não existe “a teoria” ou “o método” de planejamento

Há uma vasta literatura sobre planejamento; há, também, uma vasta terminologia. Uma fantasia frequente é que exista “o método” de fazer planejamento.

Todas as “teorias” e os “métodos” não escapam muito do dilema de Alice: definir qual o futuro desejado, isto é, aonde queremos chegar com o nosso sistema e como apontá-lo naquela direção, ou seja, que programas e decisões implementar para preparar a instituição/sistema a direcionar-se para um determinado rumo e a produzir resultados que nos levem ao futuro desejado.

Muitos autores fizeram largas digressões sobre essa coisa tão simples, porque, obviamente, o jogo de forças, interesses e ideologias faz com que não seja sempre fácil definir esse “norte” e tampouco as formas de chegar lá. O melhor “método” é aquele que melhor ajudar numa determinada situação.

Planejar não é fazer uma mera declaração de intenções

Drucker diz que o futuro, para acontecer, não depende de que alguém o deseje com intensidade; requer decisões e ações imediatas. O verdadeiro planejamento não é uma lista de desejos ou boas intenções. Ele deve enunciar objetivos factíveis e alcançáveis, caso contrário perderá a credibilidade.

Planejar exige a ousadia de visualizar um futuro melhor, mas não é simplesmente “sonhar grande”. Exige maturidade para se acomodar às restrições impostas pelo ambiente ou pelo grau de desenvolvimento da organização. Além disso, o planejamento obriga a selecionar as ações concretas necessárias para alcançar o objetivo desejado.

### 3.2 Gerenciar e planejar

**Gerenciar** - função administrativa da mais alta importância - é o processo de tomar decisões que afetam a estrutura, os processos de produção e o produto de um sistema. Implica coordenar os esforços das várias partes desse sistema, controlar os processos e o rendimento das partes e avaliar os produtos finais e resultados. Numa organização, o gerente se responsabiliza pelo uso efetivo e eficiente dos insumos, de forma a traduzi-los em produtos (serviços, por exemplo) que levam a organização a atingir os resultados que se esperam dela.

O planejamento é um processo que depende fundamentalmente de conhecer intimamente a situação atual de um sistema e definir aquela a que se pretende chegar. O plano, portanto, constitui-se no detalhamento do processo de mudança entre a situação atual e a desejada, sendo o gerente o responsável por executar essa tarefa.

É possível gerenciar sem planejar?

Sim; em princípio, é aparentemente possível gerenciar sem planejar. Um gerente pode coordenar o trabalho de um sistema e manter a sua “homeostase”, isto é, obter um produto positivo em termos de uso eficiente dos insumos e recursos disponíveis para esse sistema, sem ter uma visão de como conduzir o sistema a um ponto mais alto de desenvolvimento.

É como ter um motorista conduzindo bem um carro, obedecendo a todas as regras de trânsito e sabendo utilizar-se do potencial do carro, mas que não sabe para onde quer ir, isto é, ele não tem plano; simplesmente administra o status quo. Não raro, encontramos no setor da saúde pessoas que fazem o papel de “gerentes eficientes”, mas cujo objetivo é “apagar incêndios” e “fazer a máquina funcionar”.

É necessário ter sempre em mente que o mundo contemporâneo se caracteriza por processos muito intensos e constantes de mudança, seja pela ação do ser humano sobre os fatores ambientais, seja pela busca de maior bem-estar. As alterações de ordem social, econômica e tecnológica exigem grande habilidade dos gestores para acompanhá-las e evitar a obsolescência. Portanto, é imprescindível manter um olhar crítico e constante sobre o que foi planejado inicialmente e propor as estratégias adequadas à nova situação.

Assim, esse processo também exige do gerente um leque de habilidades que permitam viabilizar soluções imediatas aos problemas emergentes e de complexidade variável. Entre elas, podemos incluir criatividade, flexibilidade, visão, liderança, autoridade, destemor de correr riscos e ousadia de inovar.

Quais as habilidades do gerente do seu local de trabalho?

### 3.3 O que é planejar?

Planejar é a arte de elaborar o plano de um processo de mudança. Compreende um conjunto de conhecimentos práticos e teóricos ordenados de modo a possibilitar interagir com a

realidade, programar as estratégias e ações necessárias, e tudo o mais que seja delas decorrente, no sentido de tornar possível alcançar os objetivos e metas desejados e nele preestabelecidos. Merhy (1994) define planejamento como “o modo de agir sobre algo de modo eficaz”.

Para Levey e Loomba (1973), “planejamento é o processo de analisar e entender um sistema, avaliar suas capacidades, formular suas metas e objetivos, formular cursos alternativos de ação para atingir essas metas e objetivos, avaliar a efetividade dessas ações ou planos, escolher o(s) plano(s) prioritário(s), iniciar as ações necessárias para a sua implantação e estabelecer um monitoramento contínuo do sistema, a fim de atingir um nível ótimo de relacionamento entre o plano e o sistema”.

No setor da saúde, o planejamento é o instrumento que permite melhorar o desempenho, otimizar a produção e elevar a eficácia e eficiência dos sistemas no desenvolvimento das funções de proteção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde.

### 3.4 Planejamento Estratégico Situacional - PES

É abordado pelo economista chileno Carlos Matus, que iniciou seus trabalhos no final da década de 70. Segundo Matus, este planejamento é potente para o nível de direção central, em que se enfrentam problemas de alta complexidade.

Quadro 2 - Algumas características que diferenciam o Planejamento Tradicional do PES

PLANEJAMENTO TRADICIONAL	PES
Deterministas (previsões corretas)	Indeterminista (previsões incertas)
Objetivo (diagnóstico)	Subjetivo (apreciação situacional)
Predições únicas	Várias apostas em cenários
Plano por setores	Planos por problemas
Certeza	Incerteza e surpresas
Cálculo técnico	Cálculo tecnopolítico
Os sujeitos são agentes	Os sujeitos são atores
Sistema fechado (metas únicas)	Sistema aberto (várias possibilidades)
Teoria do controle de um sistema	Teoria da participação em um jogo

Matus advoga que o planejamento tradicional é impotente para lidar com a complexidade da realidade social, por ter sido concebido com princípios deterministas, em que o cálculo se baseia na predição e não considera a capacidade de planejamento de outro ator, nem a ocorrência de surpresas ou a existência de incertezas, enquanto a realidade é um sistema complexo de *incerteza dura, com problemas quase-estruturados*.



### VAMOS SABER MAIS!

Chama-se de incerteza dura pela precariedade de previsão do futuro, uma vez que, dada a complexidade do contexto de um determinado problema, o leque de desdobramentos, assim como as consequências das atitudes do gestor são inúmeros: alguns conhecidos, outros possíveis de prever e grande parte desconhecidos. Além disso, há situações inimagináveis que ocorrem no meio de um processo e que frequentemente pegam de surpresa o gestor menos avisado, os chamados “incêndios”, e até mesmo os acidentes e as catástrofes naturais.

Consideram-se problemas bem-estruturados aqueles para os quais se podem enumerar todas as variáveis, precisar todas as relações entre elas e cuja solução é objetiva. Os problemas quase-estruturados podem ter apenas algumas de suas variáveis e as relações entre elas enumeradas; sua solução é situacional, discutível segundo interesses e posições.

O PES mostra-se adequado para lidar com os problemas quase-estruturados dos sistemas de incerteza dura, por respeitar os requisitos básicos necessários ao planejamento em sistemas complexos. Dessa forma:

- reconhece a existência de outros atores em situação;
- reconhece sua capacidade de planejamento;
- explica a realidade a partir dessa ótica.

Dispõe de métodos para lidar com surpresas e diferenciar os problemas bem-estruturados dos quase-estruturados, reconhece a existência de recursos escassos - político, econômico, cognitivo e organizacional -, é útil para tomada de decisões no presente e preparado para renovar o cálculo sobre o futuro, de acordo com as mudanças da realidade.

Algumas condições a que o gestor municipal deve estar atento, no sentido de garantir efetividade às ações desenvolvidas em seu governo, devem ser consideradas:

- o projeto de governo;
- sua capacidade para governar;
- sua governabilidade.

O projeto de governo ou proposta de governo consiste na seleção de problemas que o gestor se dispõe a enfrentar durante seu período de governo e a estratégia escolhida para esse enfrentamento. A escolha dos problemas deve ser criteriosa, estratégica, pois implica a capacidade de resolvê-los e a viabilidade política desse enfrentamento, assim como a obtenção de resultados dentro do período de governo do gestor.

A capacidade de governo pode ser entendida como o elenco de qualificações reunidas pelo gestor e seu *staff administrativo que lhes conferem a competência necessária à compreensão, elucidação e enfrentamento de problemas: bagagem intelectual, experiência, expertise, capacidade pessoal e institucional de governo.*

*A governabilidade diz respeito à relação entre o peso das variáveis que o ator controla e o das que não controla, somada à capacidade de percepção que o gestor tem dessa relação, ou seja, de sua limitação quanto ao controle majoritário de*

*determinada situação. É essa capacidade de percepção que lhe possibilita identificar entre os atores envolvidos aqueles que têm maior controle da situação, as alianças possíveis, os enfrentamentos inevitáveis, as operações mais viáveis; enfim, abre a possibilidade de uma análise estratégica da seleção de problemas.*

### 3.4.1 Como aplicar o PES

#### **I - Identificação, seleção e priorização dos problemas**

Neste passo é necessário fazer a análise da situação. Esse conceito é utilizado para expressar a existência de diferentes explicações da realidade a partir da interpretação dos distintos atores sociais e dos conflitos gerados pela diferença de interesses.

A seleção dos problemas deve atender aos seguintes critérios:

##### 1. Valor político do problema:

- para o ator central e outros atores;
- para o partido político do ator central;
- para a população em geral;
- para a população afetada.

##### 2. Tempo de maturação dos resultados:

- resultados fora ou dentro do período de governo;
- maturação em tempo humano;
- maturação em tempo social.

3. Vetor de recursos exigidos pelo enfrentamento do problema em relação ao vetor de recursos do ator:

- poder político;
- recursos econômicos;
- recursos cognitivos;
- capacidade organizativa.

4. Governabilidade sobre o problema:
  - controle dos nós críticos de maior peso no problema;
  - fraco controle dos nós críticos;
  - nós críticos fora do jogo.
  
5. Resposta dos atores com governabilidade:
  - colaboração dos atores com governabilidade;
  - rejeição dos atores com governabilidade;
  - indiferença dos atores com governabilidade.
  
6. Custo de postergação:
  - imediato e alto;
  - mediato, lento e baixo.
  
7. Exigência de inovação e continuidade:
  - problemas que exigem inovação;
  - problemas que exigem continuidade.
  
8. Impacto regional:
  - equilibrante;
  - desequilibrante.
  
9. Impacto sobre o balanço político de gestão ao término de governo:
  - da gestão política;
  - do balanço macroeconômico;
  - de intercâmbio de problemas específicos.



### VAMOS REFLETIR!

Se você não é o gestor, coloque-se no lugar dele e reflita...  
Como criar contextos favoráveis para implantar o PES no seu município?

## II - Descrição do problema

O problema deve ser declarado por um ator a partir da análise situacional do passo anterior. Segundo Matus, a diferença entre um problema e um simples incômodo é a capacidade de explicá-lo. A explicação do problema deve ser objetiva e permitir caracterizá-lo e mensurá-lo. Para tanto, é usado o conceito de Vetor de Descrição do Problema (VDP) - um conjunto de descritores que tornam a explicação do problema única, clara e objetiva a todos os atores envolvidos -, cujo objetivo é neutralizar a ambiguidade inerente ao título do problema e evitar que ele possa ter mais que uma interpretação e, portanto, mais que uma explicação, levando à total desorganização do processo de planejamento.

Características do VDP:

- os descritores devem enunciar o problema e não suas causas ou consequências;
- devem ser precisos e monitoráveis;
- cada um deve ser necessário à descrição e o conjunto, suficiente;
- não deve haver relações causais entre os descritores;
- a descrição será suficiente quando a eliminação da carga negativa resolver o problema.



### VAMOS REFLETIR!

Refleta sobre os problemas existentes no seu trabalho. Se possível, escute os integrantes de sua equipe e veja que considerações eles têm sobre os problemas que têm enfrentado.

Agora some sua reflexão à visão deles e faça uma lista dos problemas prioritários.

### **III - Explicação do problema**

Identificar as causas do VDP. Essas causas podem ser de três tipos: fluxos, acumulações ou regras formais ou informais. Cada causa é denominada “nó explicativo”. O conjunto de nós deve ser ordenado graficamente num fluxograma, situacional em que se distinguem outras três áreas:

- governabilidade: em que o controle total é do ator que declara o problema;
- área de influência: o ator tem capacidade de influenciar, mesmo que no momento atual essa influência seja zero;
- fora do jogo: área em que o ator não tem qualquer controle sobre as causas do problema.

Esses nós devem ser expressos de forma clara e telegráfica, e as relações de causalidade entre eles deverão ser representadas por setas. No fluxograma, as regras referem-se às leis e normas formais ou de fato, as acumulações, às causas com caráter cognitivo e os fluxos, àquelas que representam ações.

Alguns nós explicativos são críticos para a mudança dos descritores do problema. Estes são então denominados nós críticos e sua seleção deve seguir alguns critérios:

- ter alto impacto sobre o VDP;
- ser um centro prático de ação - algum dos atores deverá ter governabilidade sobre essa causa;
- ser um centro oportuno de ação política - ter viabilidade política durante o período do plano.

### **IV - Definição da situação objetivo**

Neste passo, devem-se definir os resultados esperados, isto é, a mudança que se pretende obter a respeito dos descritores dos nós críticos e dos descritores do VDP do problema.

## **V - Identificação das operações necessárias ao enfrentamento do problema**

Chamam-se operações àquelas que estão na área de governabilidade do ator que declara o problema, e demandas de operação, àquelas que estão na área de governabilidade de outro ator.

Cada operação deve apontar os resultados desejados e as atividades necessárias para alcançar esses resultados, definir os responsáveis pelas atividades e os atores que devem estar envolvidos, o prazo para sua realização, os recursos necessários e o cronograma.

## **VI - Análise de viabilidade**

Construir uma matriz de motivação dos atores, em que se analisará o vetor de motivação de cada ator em relação às operações desenhadas. Identificar os atores que são aliados, oponentes e indiferentes ao plano. Identificar as operações de consenso e de conflito e definir as táticas para viabilizar as operações de conflito.

## **VII - Implementação**

Definir o modelo de gestão e do processo de acompanhamento do plano. Desenhar um modelo de avaliação baseado em indicadores específicos ao problema em questão.

### **3.5 Método Altadir de Planificação Popular - MAPP**

O MAPP se fundamenta nos mesmos princípios do PES e, pelas suas características operativas, constitui-se no método de eleição para planejamento no nível local, particularmente naqueles altamente descentralizados. É simples e criativo, elaborado com o objetivo de viabilizar a planificação a partir de uma base popular.

Favorece o comprometimento da comunidade e de suas lideranças com a análise e enfrentamento de seus problemas em contraposição à atitude de geradores de demandas e de soluções. Porém, deve ser encarado como um método limitado à natureza e complexidade dos problemas.

Dessa forma, aplica-se à solução daqueles limitados ao espaço mais restrito do nível local, assim como daqueles que não se constituam numa rede de relações muito complexas. É, portanto, um método bastante coerente com os princípios do SUS e o recomendamos como instrumento para a elaboração do planejamento de unidades básicas de saúde.

### 3.5.1 Como aplicar o MAPP

A recomendação é que o processo de planejamento seja desenvolvido em oficinas de trabalho, reunindo funcionários da unidade, membros da comunidade, lideranças e monitores da Secretaria da Saúde.

As oficinas constituem-se num fórum pedagógico de trabalho cujo objetivo é favorecer a construção coletiva a partir da apreensão de conceitos e técnicas. A proposta é que os membros da equipe de trabalho sejam atores ativos no processo de elaboração do planejamento. Cada oficina deve ter como objetivo a elaboração de um produto e, ao seu término, algumas tarefas serão definidas para as oficinas seguintes.

Passo a passo do MAPP:

#### **Passo 1 - Seleção dos problemas do plano**

Feita mediante a avaliação dos resultados insatisfatórios que se observam na realidade. Esses são percebidos a partir do não cumprimento ou divergência em relação a normas ou padrões considerados válidos pelo senso comum e que são passíveis de intervenção no sentido de sua modificação no âmbito de ação

do ator. Porém, para que a identificação das divergências seja considerada um problema (e não um incômodo impreciso e sujeito a mais de uma interpretação), é necessário que este seja descrito.

### **Passo 2 - Descrição do problema**

Expressa os sintomas do problema, não devendo este ser confundido com suas causas ou consequências. Para tanto, deve-se elencar um conjunto de descritores. Entende-se por descritor o fato ou afirmação necessária e suficiente para descrever o problema, tal qual no método PES.

### **Passo 3 - Explicação do problema: árvore explicativa - árvore de problemas**

A árvore de problemas deve ser desenhada de maneira clara, sintética e precisa, a partir da identificação das causas do problema e da forma como estão relacionadas entre si. A árvore será construída a partir das respostas à seguinte pergunta: qual é o motivo que origina o problema descrito no passo anterior? Essa pergunta deve ser feita para cada um dos descritores do problema. O passo seguinte é encontrar a causa da causa e assim sucessivamente, até que o grupo de trabalho se sinta satisfeito com a explicação.

### **Passo 4 - Desenho da situação objetivo**

Neste momento, devem-se discutir os objetivos que podem ser alcançados e a forma de torná-los viáveis. Para tanto, é necessário avaliar o prazo de maturação do plano, identificar as operações capazes de produzir a mudança desejada e dimensionar o alcance e a natureza dessas operações. Deve-se construir um gráfico de duas colunas. Na coluna da esquerda, transcreve-se o VDP (Vetor de Descrição do Problema) e na coluna da direita, o VDR (Vetor de Descrição de Resultados). Cada vetor de resultados deverá corresponder à modificação

que se pretende alcançar para cada vetor de descrição do problema.

### **Passo 5 - Seleção dos nós críticos**

A seleção de nós críticos consiste em identificar entre as causas que explicam o problema aquelas que, quando modificadas, por si só promovem a alteração de outra ou de uma série de causas. A essa série denomina-se cadeia causal. Portanto, para alterar o VDP, é necessário construir operações capazes de alterar os nós críticos do problema.

### **Passo 6 - Desenhos das operações e demandas de operações**

Uma operação compreende um conjunto de ações destinadas a alterar um ou vários nós críticos do problema. Toda operação - OP - depende de ações que estão na área de governabilidade do ator. Quando essas ações não são de governabilidade direta do ator, mas este tem alguma influência sobre elas, denominam-se demandas de operação (DOP). São capazes de gerar um produto que origina um resultado, mediante a utilização dos chamados “recursos escassos” (poder, conhecimento, recursos econômicos, capacidade organizativa).

Cada operação deverá ter um responsável por sua execução; cada demanda de operação, um indivíduo que se responsabilize por demandar a cooperação pertinente e denunciar se ela não se efetivar.

### **Passo 7 - Definição das responsabilidades pelas operações**

Designar para cada operação um responsável por sua execução e prestação de contas junto ao ator que lidera o plano.

### **Passo 8 - Definição de responsáveis pelas demandas de operação**

Designar para cada demanda de operação um responsável pela monitorização da atuação do ator que tem governabilidade sobre ela.

### **Passo 9 - Avaliação e cálculo dos recursos necessários para desenvolver as operações - Orçamento**

A finalidade desse passo é definir os custos do plano a partir do custo de cada operação e, da mesma forma, determinar as contribuições das partes envolvidas para sua efetivação. No final deste manual, serão citadas algumas maneiras de construir orçamentos.

### **Passo 10 - Identificação de atores sociais relevantes e sua motivação frente ao plano**

Considera-se ator social uma pessoa ou um coletivo de pessoas capaz de atuar e transformar a realidade em que se insere. Para isso, o ator precisa ter controle sobre recursos de relevância para o problema, uma organização minimamente estável e um projeto para intervir sobre a realidade. No município, podemos considerar atores sociais o secretário municipal de Saúde, diretores de unidades, membros de conselhos gestores de unidades e do próprio conselho municipal de saúde, presidente de associação de amigos de bairro, presidente de associação comercial, diretor de escola, benzedeira, entre outros.

Ficam essas como sugestões, mas na verdade os atores devem ser identificados em cada realidade.



#### **VAMOS REFLETIR!**

Que atores você identifica na sua realidade?

### **Passo 11 - Identificação de recursos críticos para desenvolver as operações**

Naquelas operações em que a análise da motivação evidenciou a presença de conflito, deve-se identificar a variável crítica que poderá ter impacto negativo se não estiver sob a governabilidade do ator que controla o plano.

### **Passo 12 - Identificação dos atores que controlam os recursos**

Este passo consiste na elaboração de um quadro para quantificação do controle que cada ator tem sobre os recursos críticos necessários às operações de conflito e as adesões possíveis de serem estabelecidas entre os atores. Esse quadro permite avaliar se os oponentes a determinadas operações têm mais ou menos condições de impedir que elas se realizem.

### **Passo 13 - Seleção de trajetórias**

A sequência de realização das operações é importante para o sucesso do plano. Para encontrar a melhor trajetória, sugerimos que se inicie por uma qualquer. Através da análise da coerência da disposição de cada operação no tempo é que se chegará à trajetória ideal. Essa análise deve ser feita mediante o questionamento do grupo sobre por que é melhor concluir uma determinada operação antes de outra. Essa pergunta deverá ser feita tantas vezes quanto for necessário, até que o grupo conclua pela melhor sequência.

### **Passo 14 - Análise de vulnerabilidade do plano**

Consiste em colocar em evidência, em cada operação, a condição que a torna vulnerável, aquela que é imprescindível para que os resultados sejam alcançados. Significa que, se ela não ocorrer, a operação terá sido frustrada. Matus a denomina condicionante letal. Uma vez que ela seja identificada, deve-se planejar uma ação alternativa para garantir o sucesso da operação.

### **Passo 15 - Desenho de sistema de prestação de contas**

Tem por finalidade possibilitar a cobrança da responsabilidade pela execução e desempenho de cada operação. O foco do sistema está no cumprimento ou não dos condicionantes letais. Para que isso seja possível, é necessário definir um responsável para cada tarefa e as seguintes condições devem ser cumpridas (MAPP):

- o responsável deve ter governabilidade sobre a operação;
- o responsável deve participar da elaboração do sistema de prestação de contas;
- a elaboração do sistema deve preceder a prestação de contas;
- o sistema deve considerar as circunstâncias favoráveis ou desfavoráveis que estão fora da governabilidade do responsável.



#### **VAMOS REFLETIR!**

Que tal olhar para sua realidade e colocar o MAPP em prática?

### **3.6 Estimativa Rápida Participativa - ERP**

A Estimativa Rápida Participativa (ERP) é um método que apoia o planejamento participativo no sentido de contribuir para a identificação das necessidades de saúde de grupos distintos, inclusive daqueles menos favorecidos, a partir da própria população, em conjunto com os administradores de saúde.

Esse método de análise reúne algumas vantagens: simplicidade, baixo custo, rapidez e informações específicas de populações definidas.

Apoia-se em três princípios:

- coletar dados pertinentes e necessários;
- coletar informações que reflitam as condições locais e as situações específicas;
- envolver a comunidade na definição de seus próprios problemas e na busca de soluções.

Permite, dessa forma, conciliar o conhecimento teórico com o saber prático, de modo a facilitar ao tomador de decisão desenvolver o planejamento local em conjunto com a própria comunidade que recebe e avalia o serviço.

### 3.6.1 O método

A ERP propicia a identificação das condições de vida da população do município e a maneira como ela se distribui pelo território. Sua importância maior reside no fato de evidenciar os problemas que afetam a população e seus determinantes sociais, econômicos e ambientais. Apresenta como resultado um mosaico de necessidades específicas a determinados grupos populacionais. Esse recorte, a partir das informações coletadas, transportado para o mapa do território, permite e orienta sua divisão em áreas menores, denominadas “microáreas de risco”.

O método se fundamenta na análise da distribuição espacial das características socioeconômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas. Isso é muito importante, porque auxilia a identificação das particularidades e evidencia as áreas de maior prioridade, permitindo orientar o planejamento das ações de saúde realizadas pela administração municipal segundo a especificidade de cada microárea, de modo que os resultados alcançados venham a ser mais efetivos.

A estimativa rápida trabalha, fundamentalmente, com três fontes de dados:

- registros escritos, tanto de fontes primárias quanto de secundárias;

- entrevistas com informantes-chave;
- observação de campo.

Para garantir o sucesso da pesquisa, é preciso fazer um planejamento cuidadoso de todas as etapas, realizar uma seleção criteriosa dos informantes-chave e zelar pela coordenação do trabalho de campo.

Recomenda-se organizar a ERP em três etapas (SANTOS, GONÇALVES;1992):

**1. Momento inicial** de organização dos detalhes e das demais etapas da pesquisa: coleta e sistematização dos dados das diferentes fontes; preparação dos questionários; seleção e treinamento dos pesquisadores; organização da exploração do campo.

É importante coletar todos os dados existentes no município relacionados ao perfil demográfico - censo - e epidemiológico da população e, também, os registros das empresas públicas sobre a estrutura urbana existente - abastecimento de água, rede de esgotos, fornecimento de energia elétrica, instalações telefônicas, pavimentação de ruas, oferta de equipamentos de saúde e educação.

**2. Sistematização da área:** para facilitar a observação do território, é aconselhável que primeiro se percorra a área munido de um mapa. Esse reconhecimento inicial dará uma ideia importante, mesmo que superficial, para uma divisão empírica em microáreas, que na próxima etapa será aprimorada.

Sem isso, o trabalho de observação de campo propriamente dito se torna mais difícil, assim como a divisão do território. Essa divisão inicial deverá orientar a distribuição das equipes em campo para a observação e entrevistas, assim como para a análise dos dados estatísticos.

**3. Trabalho de campo:** realizar a observação do território e as entrevistas com os informantes-chave.

### 3.6.2 Como aplicar a ERP

#### I - Escolha da equipe

1. Deve-se dar preferência à formação de uma equipe multissetorial. A possibilidade de mesclar indivíduos de setores distintos - saúde, saneamento, habitação, educação, por exemplo - enriquecerá o trabalho, pelo fato de propiciar uma análise da situação sob distintos pontos de vista.

2. É importante que os membros da equipe tenham algumas habilidades (SANTOS, GONÇALVES; 1992), como:

- determinação para descobrir e examinar registros escritos;
- disposição de aprender a respeito da gente e dos recursos locais;
- ouvir atentamente durante as entrevistas e as conversas informais;
- atenção e sensibilidade a tudo o que possa ser observado;
- uso do bom senso na análise das informações.

#### II - Escolha dos informantes-chave

Identificar indivíduos que, por sua inserção na comunidade, sejam capazes de representar os pontos de vista da coletividade.

1. Sugestão de informantes: funcionários da saúde formais e informais - benzedadeiras, curandeiros -, professores, crecheiras, líderes comunitários, dono da farmácia local, moradores antigos, moradores que participam ativamente da vida da comunidade.

2. É necessário estar atento à situação e organização de cada território para definir, em cada caso particular, o elenco de informantes adequado.

### **III - Desenvolver um cronograma**

1. Programar o tempo que se julga necessário, em dias ou semanas, para:

- seleção dos membros da equipe;
- treinamento dos membros da equipe;
- análise dos dados existentes;
- reconhecimento inicial do campo;
- elaboração dos questionários;
- seleção dos informantes-chave;
- aplicação dos questionários;
- observação de campo;
- análise do conjunto de dados coletados das distintas fontes;
- definição das microáreas de risco e das necessidades de saúde.

2. Organizar essas atividades na sequência ideal e ordenadas no tempo - sugerimos a ordem apresentada neste manual. Isso permitirá saber quanto tempo será dispensado a essa atividade.

### **IV - Elencar os dados pertinentes à análise**

1. Dados sobre a comunidade: composição, movimentos migratórios, organização comunitária.

2. Descrição do ambiente: físico, socioeconômico, distribuição dos problemas de saúde.

3. Avaliação dos serviços e de suas condições: tipos de serviços existentes - saúde, educação, centros sociais, creches -, condições de acesso e suficiência da oferta em relação à demanda.

4. A equipe de trabalho deverá discutir o que considera relevante investigar, para que se acrescente isso ao rol de dados a serem coletados. É necessário ressaltar que essa pesquisa deve respeitar a especificidade da necessidade de cada município, território ou microárea.

## V - Fontes de dados

1. Censo: analisar com cautela os dados censitários em relação ao território. Considerar o impacto dos movimentos migratórios externos - de outros municípios ou de outros estados - e os internos. Esses movimentos costumam ser mais significativos em municípios de grande porte, particularmente aqueles que, por seu perfil socioeconômico, atraem pessoas de fora com a expectativa de ascensão social. Ou, contrariamente, aqueles que favorecem o êxodo para outros municípios mais atrativos em relação à oferta de empregos e possibilidade de melhoria das condições de vida.

Algumas políticas públicas municipais também podem propiciar movimentos migratórios internos, como, por exemplo, construções de vias de acesso inter ou intramunicipais quando associadas à desocupação do solo.

Populações de baixa renda, quando obrigadas a se transferir para outro local, geralmente passam para uma condição social pior, ocupando a periferia da periferia, disputando os recursos escassos, com a agravante do desconhecimento dos recursos do novo território e da desagregação social no novo ambiente.

Tais movimentos não ficam evidenciados nos dados censitários, sendo necessário provocar o comentário das lideranças locais ou mesmo dos informantes-chave.

2. Relatórios e outros documentos (SANTOS, GONÇALVES; 1992):

- registros de planejamento municipal;
- gastos orçamentários;
- pesquisas realizadas;
- registros históricos;
- registros de hospitais e/ou unidades de saúde do município;
- registros de outras secretarias - Habitação, Meio Ambiente, Educação, Serviços Sociais;
- outros documentos disponíveis.

## **VI - Observação de campo**

Fazer as anotações no ato da observação, e a análise no mesmo dia. A observação de campo tem uma técnica peculiar nesse método de pesquisa. Cada dia deve ser previamente planejado, de acordo com as observações do dia anterior e as pistas das entrevistas que vão sendo realizadas. O objetivo do trabalho de campo é o delineamento das fronteiras das microáreas de risco e a definição desses riscos.

Compete às duplas de entrevistadores, ao término do trabalho de campo do dia - observação e entrevistas -, analisar os dados coletados, classificá-los em tipologias e organizar a continuidade do trabalho para o dia seguinte. As notas de observação dizem respeito às impressões que o pesquisador tem durante a observação de campo referente aos itens do roteiro. São, portanto, subjetivas.

O trabalho de campo busca examinar:

1. o ambiente físico da área: características locais de infraestrutura urbana - rede de esgoto, arruamento, limpeza urbana, condições de habitação;
2. o perfil dos moradores: socioeconômico, cultural, nível de escolaridade, demográfico, epidemiológico e o que mais se julgar importante;
3. os tipos de serviços públicos oferecidos: quanto à acessibilidade, qualidade, adequação à demanda;
4. as atitudes dos informantes em relação à entrevista: se o entrevistado transmite sinceridade ou se parece ter algum interesse em manipular a entrevista em favor de interesses de grupos - agenda oculta.

## **VII - Elaboração dos questionários**

O modelo indicado pelo método é o de roteiro de entrevista semiestruturada. Considera-se um modelo muito apropriado para obter o tipo de informação que se pretende, ou seja, uma orientação quanto ao tipo de problema e sua causalidade e não somente a quantificação dos fenômenos.

A entrevista semiestruturada constitui-se de um guia - roteiro - que orienta o entrevistador em relação às questões consideradas relevantes à investigação e que não devem ser esquecidas. Porém, tudo se passa como se fosse uma conversa informal, em que o entrevistado deve ser deixado à vontade para comentar o tema abordado. É nesse contexto que podem, inclusive, ser abordadas pelo informante questões não previstas pela equipe técnica. O entrevistador deve estar atento às “surpresas” e “dar corda” ao informante quando o assunto parecer pertinente.

Deve-se ter sempre em mente que o objetivo da entrevista não é conhecer a opinião pessoal do entrevistado, mas apreender seu conhecimento sobre o território. Assim, na elaboração do questionário é preciso observar estas orientações:

1. Cada questão deve focar uma única ideia.
2. A questão deve ser simples e objetiva.
3. Evitar palavras que possam induzir ou influenciar a resposta, como: “Você não acha que...”, “Não é verdade que...”
4. Usar linguagem acessível ao entrevistado, evitar termos técnicos.
5. Dados de identificação: data, local (microárea hipotética), nome, idade, ocupação, tempo de residência, inserção na comunidade.
6. Dados sobre o território: sugere-se que sejam elaborados pelo conjunto dos membros da equipe da ERP. Não há uma receita pronta do roteiro; ele deve ser moldado a cada território. Independentemente disso, recomenda-se que se incluam algumas questões gerais, como referências históricas, características do solo, do meio ambiente, socioeconômicas e políticas, necessidades de saúde, doenças identificadas e riscos percebidos.

#### **7. Perfil dos entrevistadores:**

- nível profissional médio ou superior;
- se possível, com experiência prévia;

- boa comunicação;
- motivação para o trabalho de campo;
- capacitação física para caminhar no campo.

### **VIII - Análise dos dados**

1. Identificação das categorias: agrupar as respostas a cada questão segundo sua semelhança. Por exemplo, em relação a uma priorização da comunidade quanto à falta de coleta pública de lixo, podemos encontrar respostas do tipo “os moradores jogam o lixo nos terrenos porque desconhecem os riscos que isso causa à sua saúde; o caminhão de coleta não consegue passar em determinada região porque as ruas são muito estreitas; algumas caçambas de coleta ficam muito distantes das residências construídas no alto do morro; o lixo produzido não cabe nas caçambas do centro; a coleta é feita duas vezes por semana”. Essas respostas podem ser agrupadas nas categorias: informações de saúde, falta de infraestrutura de limpeza pública.

A definição das categorias deve ser compartilhada pelos membros da equipe. Não é necessário analisar todos os questionários para definir as categorias. Lembrar-se de que elas devem ser coerentes com o objetivo que motivou a elaboração da questão.

2. Classificação das respostas: uma vez definidas as categorias, devem ser lidos os questionários e fazer a classificação das respostas.

3. Interpretação das descobertas:

- tomar a decisão sobre a necessidade de fazer outras entrevistas;
- confrontar os resultados das entrevistas e da observação de campo com os dados dos registros. Se houver diferenças gritantes, o grupo deverá definir o estudo a ser feito e a metodologia mais apropriada para elucidar a questão;

- analisar os dados de cada categoria, condensá-los em documento final que contenha as principais conclusões e submetê-lo à aprovação da equipe.

#### **IX - Desenvolvimento de um plano de ação**

1. Definição de prioridades.
2. Identificação e planejamento de pesquisas consideradas necessárias ao processo.
3. Monitoração e avaliação.

---

## Seção 4 - GESTÃO ORGANIZACIONAL NA REDE BÁSICA<sup>4</sup>

---

O processo de descentralização dos serviços de saúde no Brasil tem resultado em expressiva ampliação da rede de estabelecimentos básicos sob responsabilidade das administrações locais, isto é, das prefeituras municipais. Isso decorre tanto da transferência de unidades que antes pertenciam à administração federal e às administrações estaduais, como da criação de novas unidades pelos próprios municípios.

A decisão das autoridades locais de assumir tais compromissos vem acompanhada da cobrança de retorno, em termos de aumento na oferta de serviços e de satisfação da população. Surge, então, a necessidade de melhorar a produtividade e a qualidade na prestação desses serviços. Consequentemente, o gerenciamento dos estabelecimentos de saúde é colocado em xeque, como importante fator limitante para alcançar esses objetivos. Por essa razão tem havido aumento progressivo da demanda por capacidade gerencial nas unidades da rede básica de saúde.

A demanda por capacidade gerencial nos serviços de saúde vem-se impondo de modo cada vez mais evidente, como consequência de uma série de fatores. O processo de descentralização dos serviços de saúde tem sido uma importante contribuição nesse sentido, uma vez que representa a multiplicação de pontos do sistema onde há que se equacionar

---

4 Esse texto é uma adaptação do texto Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS). José Paranaguá de Santana (org.), Izabel dos Santos, Maria Christina Fekete, Ena Araújo Galvão, Marcos José Mandelli, Maria Lúcia F. Penna, Maria Vaudelice Mota, Wellington Muniz Ribeiro. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 1997, por isso os créditos devem ser atribuídos aos autores e do texto A negociação como instrumento de Gerência nos serviços de saúde. José Paranaguá de Santana; (coordenador) et al., elaborado a partir de discussões do grupo de trabalho que fez a revisão final do Projeto GERUS.

o que e o como fazer - tomar decisões, orientar processos de produção, avaliar resultados. Tudo isso, no contexto peculiar da transição epidemiológica, em que novos problemas se agregam às mazelas crônicas que afrontam a saúde da população e em que os recursos disponíveis são escassos e mal aproveitados.

Outra razão, de ordem mais geral, para o crescimento dessa demanda relaciona-se à expectativa da sociedade pela melhoria da qualidade dos serviços públicos, aí incluídos os serviços de saúde. Na origem dessa aspiração social, podem ser apontados fatores como a elevação da consciência sanitária da população, bem como diversas carências resultantes da crise econômica que, ao agravar as condições de vida de largas faixas da população, faz aumentar o contingente de dependentes da ação pública.

Ao tratar da questão da demanda por capacidade gerencial, torna-se indispensável abordar o tema da concepção filosófica ou das bases conceituais que orientam as práticas vigentes na administração pública, particularizando o perfil gerencial demandado pelas organizações de saúde. Essa questão poderia ser enunciada do seguinte modo: quais os atributos desejáveis para o desempenho da função gerencial nos estabelecimentos de saúde, em termos de conhecimento, habilidades e atitudes?

O ponto de partida deve ser a análise das características das organizações prestadoras de serviços de saúde que, segundo Dussault, são “organizações profissionais” voltadas para o atendimento de necessidades “multidimensionais” e, no setor público, submetidas a influências ou injunções políticas e sociais ou, ainda, meramente burocráticas que, muitas vezes, nada têm a ver com suas finalidades precípuas.

Nos estabelecimentos de saúde, quem verdadeiramente exerce o controle do processo produtivo são os diversos profissionais que operam os serviços, cabendo aos gestores um papel bastante limitado no desempenho final da organização. O objeto ou razão de ser dos serviços de saúde, uma questão

aparentemente simples, envolve, na verdade, uma intrincada equação entre diferentes interesses: usuários, profissionais (corporações), gestores e dirigentes governamentais (políticos) e todos os segmentos empresariais envolvidos no suprimento de bens e serviços necessários ao funcionamento das organizações de saúde.

Todos esses argumentos levam ao reconhecimento dessas organizações como ‘espaços’ de realização de múltiplos interesses, verdadeiras ‘arenas de conflitos’, onde o desempenho da função gerencial não pode reger-se por regras fixas e rotinas burocráticas nos marcos do paradigma administrativo vigente no setor público.

O enfrentamento dessa demanda por capacidade gerencial terá que se desdobrar em planos interdependentes: o delineamento do perfil gerencial desejável e a concepção e implementação de estratégias de capacitação adequadas, partindo-se da adoção de novos conceitos e novas propostas de gestão.

Os traços mais relevantes desse novo perfil gerencial para os serviços de saúde incluem a capacidade de atuar num ambiente complexo, variável e cheio de limitações, atuação que se desdobra em três momentos que definem, por projeção, as áreas de capacitação gerencial:

- avaliação do quadro de necessidades de saúde, da oferta de serviços e da disponibilidade de recursos no ambiente institucional e sociopolítico;
- reorganização do processo de produção no ambiente particular de uma ‘organização profissional’ (programação de operações para enfrentar ou antecipar-se a problemas);
- condução das operações, ajustando decisões ao contexto em permanente mutação.

Nesse contexto, o novo perfil gerencial também pressupõe níveis de autonomia na avaliação, programação e operação da unidade, cujo desempenho passa pela capacidade de interagir com grupos da comunidade, com entidades de outros setores e com diferentes instâncias de poder da organização social, dentre outros atributos. Esse novo gerente, então, não pode deixar de ser um ‘negociador’.

É, portanto, razoável afirmar que a capacidade gerencial está relacionada à habilidade de negociação, que, quanto mais aperfeiçoada, melhor poderá contribuir para a solução ou mediação dos conflitos, resultando na melhor utilização dos recursos em função dos interesses comunitários.

Ao considerar o setor público, pode-se observar que o bom desempenho gerencial torna-se ainda mais dependente da capacidade de negociação, em função do pluralismo e da interdependência das instituições, ações e recursos que devem interatuar, complementando-se e orientando-se em uma mesma direção. Cada um dos níveis de gestão deve ter autoridade e capacidade para estabelecer compromissos, a fim de otimizar o uso dos recursos disponíveis em seu âmbito de ação. A negociação busca a harmonia democrática dos interesses dos atores que participam em igualdade de condições, desde o nível local até o nacional, na solução dos problemas que os afetam.

O processo de negociação no setor público deve pautar-se nos princípios constitucionais da ordem pública, da moral, da indisponibilidade do interesse público e da supremacia do interesse público sobre o interesse particular. Esses limites são os fundamentos da atuação do gestor público numa sociedade democrática e civilizada.

Numa abordagem inicial, pode-se considerar a negociação como um processo que permite aos atores sociais analisar e compatibilizar seus interesses e sua participação na resolução de situações complexas mediante acordos que sejam respeitados ao longo do tempo e que tenham como base a cooperação mútua.

Os dirigentes do setor público não estão habilitados a pensar como negociadores. No entanto, basta observar melhor para perceber que as atividades gerenciais desse setor não se diferenciam tanto daquelas de um dirigente do setor privado, em qualquer ramo de atividade, a não ser quanto à busca do lucro. Se não, vejamos:

- o setor saúde é grande consumidor de materiais e medicamentos que envolvem tecnologia sofisticada de prospecção, produção e comercialização, o que implica volumosos recursos de todas as ordens: cognitivos, financeiros, econômicos e comerciais disponibilizados pela sociedade para este setor;
- as instalações físicas e os equipamentos utilizados para realização de diagnóstico, tratamento e armazenamento de informações são sofisticados e caros;
- a mídia é forte veiculadora e instrumento poderoso de formulação de conceitos de saúde e de doença amplamente divulgados para a população;
- os conflitos decorrentes da ação da saúde pública em defesa do meio ambiente envolvem atores sociais poderosos e interesses maiores ainda;
- as questões relacionadas à bioética apaixonam pesquisadores de todas as áreas; a interface dessa problemática com as religiões e seus seguidores não pode ser relegada a segundo plano;
- enfim, todos os problemas da comunidade refletem-se, de algum modo, dentro das unidades de saúde pública.

Todos esses argumentos, e ainda tantos outros que poderiam ser avocados, demonstram a complexidade do 'objeto' gerencial que são os serviços públicos de saúde, o que exige, conseqüentemente, o preparo de seus gestores para o bom desempenho de suas responsabilidades, incluída aí a negociação.

Por esse motivo, além das discussões acerca do planejamento, vamos discutir também alguns elementos da negociação. Nessa perspectiva, será apresentada uma conceituação mais ampla, que busca captar as diferentes dimensões do processo de negociação.

**NEGOCIAÇÃO: ATO POLÍTICO destinado a GERAR VIABILIDADE mediante ACORDOS DURADOUROS E RESPEITADOS entre ATORES SOCIAIS que têm INTERESSES, PODER E RECURSOS para ENFRENTAR SITUAÇÕES que os AFETAM MUTUAMENTE através de PARTICIPAÇÃO CORRESPONSÁVEL E EQUÂNIME.**

#### 4.1 Etapas do Processo de Negociação

Pelo menos quatro etapas, não necessariamente consecutivas, compõem o processo:

##### **Propósito e Pauta:**

Nesta fase, discutem-se quais aspectos serão debatidos e em que ordem de prioridade. Procura-se definir com precisão o significado dos termos a serem utilizados. Também se transmite e se processa muita informação de parte a parte, principalmente para bem caracterizar as aspirações e expectativas presentes. É o momento em que:

- testa-se a energia dos atores para enfrentar situações a partir de problemas comuns;
- procura-se descrever o propósito com precisão, verificando se realmente se trata de uma questão que demande a atenção de todos os envolvidos;
- avaliam-se o potencial de cooperação (os afetados e os beneficiários), as consequências positivas e negativas, os fatores causais e a adesão das partes à matéria a ser negociada. Trata-se de identificar os interesses

em comum em relação aos problemas aventados. Este momento é crucial e deve ocorrer com a presença dos atores apropriados, em local e horário adequados, de modo a gerar um clima de confiança mútua.

**Agenda:**

Nesta etapa, busca-se detalhar o objeto, bem como estabelecer o conjunto de regras a serem obedecidas pelas partes durante todo o processo (o que e como se vai negociar). É neste momento que se procura diagnosticar o que os atores querem e o que podem fazer em relação ao problema objeto de negociação, relativizando as posturas, manifestações e posições das partes em relação ao contexto histórico, cultural e político.

Verificam-se também as expectativas das partes em relação ao custo/benefício que a negociação pode gerar. Os objetivos ou propósitos e a viabilidade dos mesmos são avaliados e discute-se o quanto o processo de negociação pode contribuir para o seu alcance. Define-se, portanto, a direcionalidade do processo.

**Ajuste de Interesses:**

Nesta fase definem-se as cláusulas possíveis de acordo, isto é, os pontos da agenda passíveis de entendimento e os campos de ação cooperativa. A experiência adquirida nas etapas anteriores definirá linhas de comportamento e limites nem sempre explicitados, mas subentendidos. Cada parte deverá trabalhar cooperativamente em função dos acordos, que incluem os pontos considerados estratégicos, a fim de facilitar a composição do resultado final, no sentido favorável aos objetivos globais delineados.

Contudo, poderá haver tendência para resistir à discussão de pontos potencialmente geradores de futuras dificuldades, quer pela possível diminuição de ganhos no resultado final daquela negociação, quer pela incerteza de apoio, no interior

da instituição ou do grupo representado, quanto à aprovação referente ao ponto em questão. Quando as partes se encontram diante de alternativas de difícil entendimento, a tendência comum é ‘jogar para levar vantagem’ em todas as cláusulas.

Persistindo esta posição, o conflito pode tornar-se grave e, se não houver um alinhamento dos interesses conflitantes em direção a um resultado final favorável a todos, o processo pode:

- prosseguir deteriorado, com uma das partes impondo-se à outra;
- ser interrompido, pois o conflito encaminhar-se-ia para o confronto;
- encerrar-se, sem ter ocorrido efetivamente a negociação.

A percepção clara de que é possível buscar alternativas leva ao aparecimento de novas ideias que, quanto mais numerosas e criativas, mais contribuirão para a possibilidade de resultados favoráveis. É neste momento que a habilidade, inteligência, criatividade, experiência prévia e visão estratégica de processo têm possibilidade e devem manifestar-se.

Aspectos culturais e históricos do contexto social influenciam, e muito, nesta fase do processo. Preconceitos, visão sectária, maniqueísmo, emoções negativas como raiva e ódio podem impedir a evolução do processo.

O negociador habilidoso e imbuído da ideia de cumprir seu papel (atributo esperado por parte do dirigente público) deve ter em mente alguns conceitos, princípios e valores que o ajudarão a decidir e a propor novos pontos. Algumas questões podem ser úteis como orientação nessas situações:

- O que está sendo proposto beneficia ou prejudica o usuário da instituição?
- Está de acordo com o projeto ou com a política da instituição ou do governo?
- Como reagirão os funcionários a esta proposta?

- Quanto isto vai influir na eficiência, eficácia, efetividade e equidade dos serviços prestados pela instituição?

A capacidade de responder tais perguntas facilitará a atuação do negociador e fará com que alimente o sentimento de segurança interior, necessário para atravessar essa etapa.

**Compromisso:**

Nesta fase, os acordos parciais conseguidos na mesa de negociação devem ser submetidos à apreciação das bases institucionais representadas para avaliação e ratificação. É possível que nesta etapa seja necessária uma rediscussão dos pontos já acordados durante as etapas anteriores, mas que não foram suficientemente compreendidos ou aceitos dentro das organizações representadas.



**VAMOS REFLETIR!**

Quais dessas etapas você já utilizou no seu cotidiano?  
Quais dessas etapas são possíveis de aplicar na realidade em que você se insere atualmente?

Essa tarefa final será muito facilitada caso as pessoas, sócios, cidadãos, governantes, técnicos, usuários, pacientes ou quem quer que esteja sendo representado na mesa de negociação tenham acompanhado passo a passo o que estava sendo decidido em seus nomes.

As cláusulas e protocolos aprovados por consenso são agrupados e trata-se de produzir novos acordos que garantam o cumprimento, o equilíbrio e a justiça do acordo final, o qual será mais duradouro e benéfico se houver consenso sobre:

- a distribuição equitativa dos benefícios;
- equivalência dos riscos políticos, sociais e econômico-

- financeiros;
- previsão de incentivos para cumprir os compromissos;
- riscos decorrentes da ruptura dos compromissos por qualquer das partes.

Finalmente, devem ser estabelecidos os mecanismos de controle e avaliação dos compromissos assumidos. Atendidas todas essas exigências processuais, procede-se à elaboração de um documento que passará a ter valor normativo com relação às ações pactuadas.

Esse documento, em linguagem jurídico-administrativa, recebe várias denominações: contrato, protocolo, convênio, termo de compromisso ou acordo. No caso do setor público, os compromissos estabelecidos poderão necessitar de instrumentos normativos do Estado: decretos, portarias, instruções normativas ou ordens de serviço para o Executivo; lei ou decreto Legislativo, quando se trata de matéria da alçada legislativa; sentenças, acórdãos ou pareceres, que são documentos do Judiciário.

Para o setor privado, todos os acordos e compromissos são válidos, desde que não infrinjam a lei; para o setor público, só é válido o que está previsto em lei. Isto significa que o processo de negociação no setor público só terá validade por meio da formalização dos compromissos através de instrumento normativo da ação do Estado, como os acima citados.



### VAMOS REFLETIR!

Você também tem altas demandas?  
E o que você tem alcançado?

## 4.2 A Prática de Negociação

Um processo de negociação quase sempre se inicia com os protagonistas aplicando o princípio da alta demanda inicial: trata-se de pedir o impossível para alcançar o desejável.

Cabe à liderança do processo orientar as discussões para, evitando a competição pura e simples, chegar ao modo coordenativo de negociar. As condições socioeconômicas e políticas fazem com que a maioria dos processos de negociação tendam a ocorrer de forma competitiva.

Nas negociações coletivas de trabalho, é frequente que os dirigentes sindicais adotem posições públicas agressivas com o intuito de reforçar a imagem junto a seus representados. Tal postura pode induzir ao modo competitivo de negociar, mas o negociador não deve esmorecer na tentativa de obter pequenos acordos que possam facilitar ou encaminhar resultados mais equilibrados entre as partes.

Qualquer que seja o modo de negociação adotado, quatro critérios devem ser atendidos para que se considere o processo como válido:

- considera os interesses legítimos apresentados por todos os participantes?
- apresenta soluções efetivas (de menor custo) para os pontos de conflito originalmente colocados?
- respeita o interesse coletivo (a ética)?
- mantém ou melhora o nível das relações entre os participantes?

ESTILO SUAVE	ESTILO DURO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• os participantes são amistosos</li> <li>• o objetivo é manter boas relações</li> <li>• faz concessões para manter a relação</li> <li>• comportamento suave com as pessoas e com os problemas</li> <li>• confia no outro</li> <li>• permuta facilmente as próprias posições</li> <li>• revela seu limite inferior aceitável</li> <li>• tolera perdas para chegar a um acordo</li> <li>• oferece resposta aceitável</li> <li>• persegue o acordo</li> <li>• cede para evitar o confronto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• os participantes são adversários</li> <li>• o objetivo é a vitória</li> <li>• exige concessões como condicionante da relação</li> <li>• comportamento duro com as pessoas e com os problemas</li> <li>• desconfia do outro</li> <li>• radicaliza nas próprias posições</li> <li>• esconde seu limite inferior aceitável</li> <li>• exige sempre ganhos para chegar a um acordo</li> <li>• ameaça para obter a resposta desejável</li> <li>• insiste na posição</li> <li>• pressiona para ganhar o duelo</li> </ul>

Fonte: A negociação como instrumento de gerência nos serviços de saúde

A forma mais comum de negociar consiste em tomar e depois ceder posições sucessivamente, movendo-se entre os estilos suave e duro.

Considerando que o processo de descentralização dos serviços de saúde no Brasil implica o funcionamento da rede básica de forma a prover serviços de acordo com a qualidade que os cidadãos, cada vez mais cômicos de seus direitos, exigem, muitos desafios precisam ser enfrentados com persistência, coragem e inteligência.

Seguramente, um dos mais importantes desses desafios diz respeito à capacidade gerencial das unidades de produção/oferta de serviços. O perfil gerencial demandado pelos serviços

primários de saúde não corresponde mais ao tipo de gerência caricaturizado pelas expressões: aquele que ‘toma conta’, ‘cumpre a programação’ ou ‘executa as determinações da Coordenação dos Programas ou da Direção Central’.

No novo perfil gerencial devem ser encontradas, na proporção que corresponda à dimensão organizacional do serviço e à complexidade inerente aos problemas de saúde enfrentados pela unidade, as mesmas qualificações gerais de qualquer função gerencial, que permitam:

- observar e analisar a realidade circundante ou imediata e global ou estrutural, identificando com a maior precisão demandas/necessidades;
- detectar recursos e obstáculos ao seu uso eficiente e eficaz; e
- manejar tecnologias que potencializem o uso desses recursos em função daquelas necessidades.

Como já discutido, a capacidade de negociação é um atributo indispensável para o desempenho gerencial. Essa afirmação aplica-se, igualmente, ao caso da gerência de uma unidade básica de saúde, desde que se entenda como tal uma estrutura de produção/oferta de serviços, responsável pela saúde num ‘território’ determinado.

Não é possível dirigir um serviço de saúde com essas características, sem interagir “com grupos da comunidade, com entidades de outros setores e com diferentes instâncias de poder da organização social” - e isso constitui a prática da negociação.

Não se deve esperar que o desenvolvimento dessa habilidade seja proporcionado apenas por cursos ou por qualquer tipo de treinamento formal, mas pela própria prática. Contudo,

experiências de aprendizagem em serviço podem ajudar a desenvolver e aperfeiçoar permanentemente a capacidade de negociação voltada para a construção de viabilidade das operações indispensáveis ao desempenho da Unidade de Saúde.



### VAMOS REFLETIR!

Que tal colocar essas habilidades em prática?



### VAMOS REFLETIR!

Algumas reflexões sobre Sistema de Informação já foram abordadas na Unidade 2.

Agora, vamos explorar um pouco mais sobre esse tema!

É importante vocês olharem para suas experiências e para a realidade que estão inseridas no seu local de trabalho.

Todo o nosso cotidiano é um processo permanente de informação e esta se constitui em suporte básico para toda atividade humana. E, no caso de instituições, empresas, organizações, conhecer seus problemas, buscar alternativas para solucioná-los, atingir metas e cumprir objetivos requerem conhecimento e, portanto, informação. Por isso, pode-se dizer que há um consenso de que não é possível exercer gerência em nenhum setor se não houver um sistema de apoio à decisão que se sustente na informação.

Da mesma forma, a informação em saúde deve ser entendida como um instrumento de apoio decisório para o conhecimento da realidade socioeconômica, demográfica e epidemiológica para o planejamento, gestão, organização e avaliação nos vários níveis que constituem o Sistema Único de Saúde.

---

5      Esse texto é uma adaptação do manual sobre Sistemas de Informação em Saúde para Municípios, volume 6. André de Oliveira Carvalho, Maria Bernadete de Paula Eduardo. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde & Cidadania). Realizadores: “Instituto para o Desenvolvimento da Saúde – IDS, Núcleo de Assistência Médico-Hospitalar – NAMH/FSP – USP, Banco Itaú”, por isso os créditos devem ser atribuídos aos autores.

As teorias sobre planejamento em saúde, visando aprimorar as técnicas de reordenação das instituições de saúde e racionalização de suas atividades, incorporam as noções sobre sistemas de saúde e sistemas de informação com base na “Teoria de Sistemas”. Segundo essa teoria, a constituição de um sistema implica uma interação entre todos os componentes da realidade que deverá ser captada por ele. Busca-se, através do sistema, a recomposição de um todo, que será possível mediante o conhecimento e a comunicação (fluxos) entre as partes.

Na gerência de serviços de saúde, é básica a necessidade de cadastros de pacientes, cadastro da população, cadastros de estabelecimentos, produção das atividades de saúde, conhecimento do perfil de doenças atendidas, da mortalidade, número de profissionais de saúde, número de consultórios, leitos, medicamentos utilizados, gastos efetuados e tantas outras informações.

Além disso, essas informações necessitam ser cruzadas para se conhecer o modus operandi dos serviços, o alcance de suas metas, objetivos e impactos. Com certeza, poderiam ser processadas manualmente, mas dificilmente de forma integrada e em tempo oportuno para a tomada de decisão, mesmo em municípios muito pequenos.

A informática, ciência do tratamento racional da informação, surge como uma resposta às complexidades diferentes dos sistemas de informação, às necessidades de informações integradas para a gerência e a tantas outras demandas da sociedade atual.

Passa a representar uma forma de suporte à administração para o alcance de seus objetivos, permitindo agilizar os fluxos de informações e seu acesso nas áreas prioritárias da organização. É por esse motivo que, no estágio atual de desenvolvimento tecnológico, que interfere nas atividades mais simples do cidadão e até nas mais simples e menores formas de

aglomerações humanas, torna-se difícil falar em sistemas de informação para a gerência sem se referir, como seu suporte, à informática.

No processo de tomada de decisões, torna-se essencial conhecer a origem das informações para garantir sua fidedignidade, bem como sua relevância, isto é, a importância delas no processo decisório. E, sobretudo, devem estar oportunamente disponíveis, ou seja, facilmente acessíveis ou recuperáveis para possibilitar uma resposta adequada, em tempo ideal, que permita subsidiar uma tomada de decisão.

Um Sistema de Informação (SI) pode ser definido como um conjunto de procedimentos organizados os quais, quando executados, provêm informação de suporte à organização. Um SI em geral processa dados, de maneira informatizada ou não, e os apresenta para os usuários, individuais ou grupos, que são os responsáveis pela sua interpretação. A forma como se processa essa interpretação, uma atividade inerentemente humana, é extremamente importante para a compreensão da reação da organização às saídas do sistema.

São diversos os resultados possíveis para uma organização quando ela recebe as saídas de um SI. Muitos sistemas são usados rotineiramente para controle e requerem pouco de tomada de decisão. Um sistema de agendamento de consultas, por exemplo, requer pouca atenção dos níveis diretivos da organização.

Em geral, essas aplicações são altamente estruturadas e previsíveis, sendo necessária somente atenção às exceções. Em contrapartida, outros sistemas são mais voltados ao planejamento estratégico da organização, como os sistemas de priorização e alocação de investimentos. Nesses casos, os sistemas dão suporte à decisão dos gerentes. Embora os SI sejam anteriores ao fenômeno da computação eletrônica e, em alguns casos, não dependam em absoluto de um computador, a explosão da informação e as necessidades de processar grandes volumes de dados requerem novas ferramentas.

## 5.1 Tipos de Sistemas de Informação

É importante reconhecer que Sistemas de Informação podem ser classificados segundo diversas categorias. Um modelo para essa definição é o de Keen e Morton, que classifica os sistemas de informação em: Sistemas de Informação Transacional (SIT), Sistemas de Informação Gerencial (SIG) e Sistemas de Apoio à Decisão (SAD). Cabe observar que as fronteiras entre esses diversos sistemas não é muito nítida, uma vez que sistemas gerenciais são também sistemas de apoio à decisão.

A diferenciação entre esses sistemas é definida pela possibilidade de estruturá-los e, conseqüentemente, informatizá-los. Outras classificações, como os sistemas especialistas, os sistemas de informação executiva, os sistemas de informação geográfica, são tidas como englobadas pelas três classificações usadas a seguir:

### **Sistemas de Informação Transacional - SIT**

Têm como características:

- objetivar tarefas estruturadas, em que são claros os procedimentos, as regras de decisão e os fluxos de informação;
- visar à eficiência, que pode ser traduzida por redução de custos, tempo ou pessoal, ou ainda, por aumento de produtividade;
- relevância indireta dos gerentes.

### **Sistemas de Informação Gerencial - SIG**

Têm como características:

- ajudar gerentes no processo de decisão em tarefas semiestruturadas;
- apoiar e não substituir o julgamento do gerente;
- aumentar a efetividade do processo de decisão em vez de sua eficiência.

## Sistemas de Apoio à Decisão - SAD

Têm como características:

- apoiar as decisões: prescinde de estruturação suficiente para que recursos analíticos ou computacionais possam fornecer apoio ao discernimento e julgamento do gerente;
- aumentar o alcance e capacidade do gerente, assim como sua efetividade;
- relevância dos gerentes na criação de uma ferramenta de suporte, portanto não devendo objetivar automatizar o processo de decisão, predefinir objetivos ou impor soluções, mas apenas prover o suporte para o processo decisório.

Esses sistemas têm sido enfocados em paralelo à evolução do uso dos computadores. A quebra do paradigma da computação centralizada, focalizada no processamento de dados, permitiu o surgimento do enfoque de uso dos dados como componentes de informação de apoio à gerência e ao processo de decisão.

Por outro lado, a evolução das tecnologias, com o advento dos microcomputadores, das redes, da computação distribuída, das ferramentas voltadas para o usuário final, a redução global dos custos, permitiu o acesso departamental a dados relevantes, quebrando de certa forma o monopólio dos Centros de Processamento de Dados (CPD) no acesso e manipulação dos dados.

Portanto, o ambiente propício à criação dos novos SI é grandemente favorecido pelos avanços tecnológicos que tornaram possível o desenvolvimento de aplicações para os gerentes e pelos gerentes.

## 5.2 As especificidades dos Sistemas de Informação em Saúde

Gerenciar um serviço de saúde significa cuidar dos aspectos organizacionais e funcionais, tal como em qualquer empresa. Isso quer dizer que gerenciar sistemas de saúde requer lidar com aspectos administrativos, como controlar estoques de materiais, equipamentos, gerir finanças, recursos humanos etc., isto é, controlar aspectos que representam as condições de organização e funcionamento dos serviços de saúde.

Em saúde, além disso, há os aspectos gerados pela prática de saúde, aqueles decorrentes do atendimento prestado, do ato clínico, ao indivíduo ou à coletividade. Compõem obrigatoriamente os sistemas de gerência em saúde, os sistemas informativos da condição do doente, de sua vida, do meio ambiente e de outros fatores que interferem no processo saúde-doença e que constituem os Sistemas de Informação em Saúde (SIS).

Essa especificidade exige, para o desenho e implementação dos SIS, uma clara fundamentação clínica e epidemiológica em planejamento, programação e avaliação em saúde, além dos conhecimentos em SI e TI. Isso porque esses sistemas deverão informar sobre a doença dos indivíduos e seu perfil na comunidade, sobre as causas e condições que propiciam o aparecimento delas, sobre a atividade clínica, condutas, normas técnicas, tecnologias utilizadas em saúde, ações programáticas e resultados, como extensão e impacto das ações na população ou grupos de risco.

Assim, a construção de Sistemas de Informação em saúde requer equipe multiprofissional, a fim de que confluam os vários saberes técnicos para essa confecção, sendo fundamental a opinião dos profissionais usuários.

### 5.3 Sistema de Informação e Indicadores de Saúde

Obtidos a partir dos Sistemas de Informação, os Indicadores de Saúde são formas numéricas ou não, utilizadas para mensurar as atividades realizadas, ou o grau de risco de um evento ou agravo à saúde, e para atribuir valor a dados ou aspectos da realidade que se deseja conhecer, quantitativa ou qualitativamente e, a partir desse conhecimento, intervir para alcançar metas e objetivos.

O desenho de um Sistema de Informação em saúde começa pela definição dos indicadores mais apropriados para se mensurar ou conhecer o que se quer avaliar ou monitorar.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), é necessário, ao proceder a avaliações em saúde, um número mínimo básico de indicadores para que se possam conhecer os principais aspectos da situação de saúde da população e das práticas de saúde.

A OMS classifica os indicadores em:

- específicos - aqueles que refletem as mudanças decorrentes da introdução de uma determinada medida de saúde;
- não específicos - aqueles que se referem a inúmeros fatores que afetam o estado de saúde da população, como o desenvolvimento socioeconômico, as condições de vida, habitação, trabalho, dentre outros.

Esses indicadores propostos, utilizados na avaliação de eficácia e efeitos dos serviços, foram agrupados em relação à política sanitária, às condições socioeconômicas, ao estado da prestação de atenção à saúde e ao estado de saúde da população.

Os indicadores de política sanitária e da prestação de atenção à saúde são voltados à análise de eficácia dos serviços. Os sociais e econômicos e do estado de saúde devem ser utilizados nos estudos de efeitos ou resultados.

Os indicadores de saúde podem ser classificados da seguinte maneira:

- Indicadores da política sanitária, que englobam o compromisso político de alcançar saúde para todos, distribuição de recursos suficientes para a atenção primária em saúde, o grau de equidade na distribuição de recursos, o grau de participação da comunidade na obtenção de saúde, existência de estrutura orgânica e administrativa adequada como estratégia nacional ao alcance de saúde para todos e as manifestações práticas de compromisso político internacional em favor de saúde para todos;
- Indicadores sociais e econômicos, como taxa de crescimento da população, produto nacional bruto (PNB) ou produto interno bruto (PIB), distribuição de recursos e gastos com a saúde, condições de trabalho, índice de analfabetismo de adultos, condições de habitação e disponibilidade de alimentos energéticos por habitante;
- Indicadores da prestação de atenção à saúde, como aqueles relacionados com disponibilidade, acessibilidade econômica e cultural, utilização dos serviços e indicadores da qualidade da assistência;
- Indicadores da cobertura da atenção primária de saúde, como o nível de “alfabetismo sanitário”, disponibilidade de sistemas adequados de água e esgoto, acesso das mães e crianças à atenção de saúde local, assistência adequada ao parto, cobertura vacinal adequada das crianças em relação às principais doenças infecciosas imunizáveis, disponibilidade de medicamentos essenciais durante todo o ano, acesso aos serviços de referência e relação adequada de profissionais de saúde por habitante, tanto no nível da atenção primária quanto no da referência;

- Indicadores do estado de saúde, como percentagem de recém-nascidos com baixo peso ao nascer, taxas de mortalidade perinatal e infantil, estado nutricional e psicossocial das crianças.

Os indicadores podem se transformar em sinais:

- Sinal de conformidade: o indicador está dentro da norma estabelecida;
- Sinal de atenção: quando existe a tendência de se desviar da norma;
- Sinal de alarme: o indicador está fora da norma.

#### 5.4 As características das informações

Na atividade de planejamento em saúde e gerência são necessários dados inter e extrassetoriais, gerados pelas mais diversas fontes, tais como censos, pesquisas populacionais, estatísticas vitais, produção e utilização de serviços, dentre outras.

Podemos classificar os Sistemas de Informação em saúde, conforme sua *natureza*, em:

- Sistemas de Informações Estatístico-epidemiológicas: incluem o conhecimento da mortalidade e suas causas determinantes, do padrão de morbidade da população ou da demanda atendida pelos serviços, dos aspectos demográficos, sociais e econômicos e suas relações com a saúde da população.
- Sistemas de Informações Clínicas: referem-se aos dados clínicos sobre o paciente, desde sua identificação, problemas de saúde relatados, diagnóstico médico, até exames clínicos, laboratoriais, radiológicos, gráficos, procedimentos cirúrgicos realizados ou medicamentos prescritos, dentre outros.
- Sistemas de Informações Administrativas: são as de

controle de estoque, materiais, equipamentos, gestão financeira, já referidas anteriormente. O conjunto das informações clínicas, estatístico-epidemiológicas e administrativas compõe o Sistema de Apoio à Decisão em Saúde.

Segundo sua origem de produção, por tipo de instituição de saúde ou espaços coletivos, ou finalidade, tais como grupos populacionais de risco, ações programáticas, especialidades etc., as informações podem ainda ser reconhecidas como:

- Sistemas de Informação Ambulatorial
- Sistemas de Informação Hospitalar
- Sistemas de Informação de Mortalidade
- Sistemas de Vigilâncias à Saúde
- Sistemas de Informação das Ações Programáticas
- Outros

Cabe ainda destacar os Sistemas de Informação Necessários. Esses sistemas de informação em saúde são aqueles que irão permitir conhecer as características sociais, econômicas, físicas, demográficas e outras que possam afetar a saúde; aqueles que permitem conhecer os problemas de saúde do município, não apenas os percebidos pelas autoridades de saúde, mas também os sentidos pela população; aqueles que possibilitam acompanhar a programação de saúde dirigida ao atendimento individual e coletivo, não apenas para a detecção de doenças e tratamento, mas também para a prevenção da doença e promoção à saúde, gerando indicadores de eficácia e efeitos dos serviços de saúde, além dos que informam mais estritamente os aspectos administrativos.

Assim, hoje, a responsabilidade da gerência no planejamento, programação, coordenação e supervisão dos programas e atividades de saúde assenta-se no alcance dos objetivos da instituição de saúde, que são a maior eficácia

técnica, eficiência e efetividade, devendo refletir a qualidade alcançada, não somente do ponto de vista técnico, mas do usuário de saúde.

Dada essa complexidade, os administradores terão de adotar novas condutas e modelos de administração. Não será possível trabalhar apenas com sistemas informais, isto é, com subjetividades. Será necessário incorporar a produção e análise das informações como suporte básico para a tomada de decisão racional e eficiente.

O desenho dos sistemas dependerá essencialmente das atividades de planejamento e programação, das estratégias e políticas de saúde, da correta priorização de atividades e investimentos e, certamente, de uma firme vontade política de reformular o modelo de gerência, com entendimento de que informação é o suporte básico para uma gerência eficiente.

### 5.5 Os principais sistemas

A seguir estão relacionados os principais Sistemas de Informação municipais ou extramunicipais necessários que devem estar ao alcance da gerência:

- Demográfico/econômico-social e cultural: permite conhecer a estrutura de uma população em determinada área geográfica, por sexo, idade - constituindo as “pirâmides de população”-, estado civil, religião, nacionalidade e outras características sociais, econômicas e culturais.
- Eventos vitais: referem-se ao registro de nascimentos vivos, nascimentos mortos, óbitos, casamentos, divórcios, adoções, legitimações, reconhecimentos, anulações e separações, isto é, a fatos relacionados com o começo e fim da vida do indivíduo.
- Morbidade: registro das doenças por sexo, idade, raça, nacionalidade, procedência, procedimentos médicos e

outras variáveis de interesse clínico, epidemiológico, social, econômico e cultural.

- Classificação Internacional de Doenças: tabelas que agrupam as doenças ou eventos segundo as características semelhantes apresentadas, criando-se a nomenclatura de doenças e sua classificação. Além da padronização e universalização do diagnóstico, fornece os códigos das doenças para os fins clínicos, epidemiológicos e de processamento das informações.
- Avaliação hospitalar: censo médio diário, porcentagem de ocupação, mortalidade hospitalar, necropsia hospitalar, infecção hospitalar e outros.
- Produção dos serviços - especificados por tipo de programa de saúde: fornece dados sobre número de consultas produzidas por idade, sexo, tipos de procedimento e outras variáveis de interesse.
- Qualidade: refere-se, principalmente, aos sistemas de avaliação sanitária dos estabelecimentos prestadores de serviços de saúde ou produtores de alimentos, medicamentos, equipamentos, saneantes etc., bem como do meio ambiente e do trabalho, em decorrência das ações de vigilância sanitária ou de pesquisas ocasionais.
- Administrativos: gestão financeira/orçamento, folha de pagamento/recursos humanos, gestão de estoques de materiais de consumo, equipamentos e outros bens patrimoniais, controle de processos/expediente administrativo, banco de legislação da saúde, documentos e biblioteca, controle de medicamentos, cadastros de estabelecimentos, dentre outros.

## 5.6 Principais Fontes de Informações e de Sistemas em Saúde Nacional

Aqui foram relacionadas as principais fontes de informações e de Sistemas de Informação em saúde, de âmbito nacional, muitas das quais já estão disponíveis através da internet.

Em alguns desses sistemas, a coleta tem sido feita pelo próprio município, sendo os dados enviados para o nível regional e estadual do SUS e, posteriormente, para os órgãos responsáveis pelo processamento em todo o país.

Há, com certeza, uma enorme variedade de sistemas produzidos pelos estados e municípios que não foram incluídos aqui, não apenas pela extensão do que isso representaria, mas porque não é objetivo deste trabalho.

Os municípios, ao implementarem seus Sistemas de Informação, podem recorrer aos respectivos níveis regionais e estaduais e a outros municípios, para conhecer as outras alternativas que, se eficientes em seus objetivos e consoantes com as necessidades de saúde e prioridades definidas, poderão ser adotadas.

Apresentar os sistemas disponíveis na internet tem como objetivo mostrar a importância de uma rede de comunicação, de fácil acesso e baixo custo, que permite a obtenção rápida de dados importantes para o gerenciamento em saúde. Sem dúvida, é uma fonte de informações, de artigos científicos, de experiências e de comunicação com vários órgãos de saúde estaduais, nacionais e de diversos países, que permite obter várias respostas em tempo oportuno. Um instrumento bastante valioso para subsidiar a gerência.

Convém ainda lembrar que o processo de inserção de informações nas páginas da Internet é bastante dinâmico, e muito do que se apresenta aqui poderá modificar-se em pouco tempo, tais como endereços, páginas de apresentação, produtos disponíveis etc.



### VAMOS REFLETIR!

Para refletirmos sobre a Gestão da Qualidade, precisamos colocar uns óculos, cujas lentes nos permitam ver, a todo momento, ‘qualidade para quem’, ‘qualidade para quê’...

Qualquer discussão a respeito de qualidade traz, implícita ou explícita, a noção de avaliação. Trata-se de um processo por meio do qual se determina o valor de algo, ou seja, determinar se certo objeto, descrito e especificado, ao qual se põe uma definição prévia sobre como deveria ser, é bom, mau, correto, incorreto, vale ou não a pena, está sendo realizado da maneira mais eficiente ou mais eficaz. A descoberta de novos procedimentos, a geração de conhecimentos e o relacionamento entre partes estão mais relacionadas com o que se chama de “investigação”.

Esse tipo de julgamento aumenta sua legitimidade frente à explicitação dos critérios utilizados, uma vez que a avaliação, não necessariamente, deve ser partilhada por todos os que dela tomam conhecimento. Ter ciência dos critérios permite saber se o julgamento pode ou não ser considerado válido pelo observador. Apenas dizer “gosto” ou “não gosto” é emitir juízos de valor, caracterizando um julgamento, porém não uma avaliação.

---

6 Este texto é uma adaptação do manual Qualidade na Gestão Local de Serviços e Ações de Saúde, volume 3. Ana Maria Malik, Laura Maria Cesar Schiesari. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde & Cidadania) Realizadores: “Instituto para o Desenvolvimento da Saúde – IDS, Núcleo de Assistência Médico-Hospitalar – NAMH/FSP – USP, Banco Itaú”, por isso os créditos devem ser atribuídos aos autores.

É possível o gerenciamento da qualidade no setor público?

O desafio é, portanto, manter os padrões de produção ideais ou adequados diante de diferentes demandas. Fala-se muito da resistência à mudança existente dentro do setor público, atribuída muito ao estereótipo de hábitos arraigados de seus funcionários.

Por um lado, a resistência não é apanágio do setor público. Por outro, diante da constatação de benefícios provenientes das mudanças, nenhum trabalhador se recusa a considerar a importância de alterar as rotinas. A pesada estrutura burocrática costuma ser um entrave às modificações, mas a máquina pública tem sido modificada em todos os seus aspectos.

O tradicional orçamento do setor público, fixo e ignorando o desempenho institucional, acaba por não estimular esforços setoriais que permitam realocação de recursos. Também inibe a criatividade na busca de alternativas.

A escassez de recursos de boa parte de nossas instituições pode fazer com que a afirmação anterior pareça incongruente, mas, verificando o que foi feito até o momento no nível central, nos estados, nos municípios e nos serviços, constatamos a necessidade de modificar as práticas em todas as instâncias. Se fosse possível a inventividade e a contenção de gastos reverterem em benefícios para as instituições, isso poderia estimular ao menos a mudança no pensamento do planejamento no setor público.

Além disso, na esfera privada, os ganhos trazidos pelo GQT podem ser contabilizados individualmente, estimulando assim a adoção da ideia da qualidade. A adoção desse modelo pode também resultar na redução do número de funcionários. Essa é realmente uma ameaça para trabalhadores do setor privado (desde o começo da implantação desse modelo, mesmo que as teorias pregassem o contrário) e hoje concretamente colocada também para o funcionalismo público.

Os administradores públicos, assim como todos os demais trabalhadores do setor, dificilmente são pagos segundo seu desempenho. Assim, não são estimulados a considerar inovações na gestão. O controle político exercido sobre as várias instituições públicas é outro fator inibidor de iniciativas diferenciadoras.

A pressão política, direcionada para a obtenção de resultados em curto prazo, também interfere tanto na alocação de recursos, quanto na seleção de prioridades, fugindo da perspectiva de longo prazo preconizada nas teorias.

A transição do papel do Estado, num momento em que este deixa de ocupar função de destaque em todos os setores, passando a exercer atividade reguladora, porém mantendo preponderância nas áreas consideradas prioritárias, aponta para a oportunidade da adoção do modelo da qualidade total, ou da garantia de qualidade onde esse tipo de racionalidade administrativa possa ser benéfico.

Para que seja possível atingir o Controle de Qualidade Total, é fundamental que a responsabilidade seja partilhada por todos os envolvidos, utilizando trabalho em equipe.



### VAMOS REFLETIR!

**Importante!**

Dentro da temática da Qualidade, alguns aspectos fundamentais precisam ser considerados quanto aos sujeitos envolvidos: sua inserção, sua participação e sua capacidade crítico-reflexiva. Essa consideração torna-se relevante para que os sujeitos sejam ativos e não meros 'fazedores passivos' no processo de construção da Qualidade dentro dos serviços de saúde.

Estudiosos de Controle de Qualidade Total elaboraram estratégias, princípios e ações para se alcançar a qualidade. Para caminharmos nessa reflexão, alguns destes estudiosos são apresentados a seguir:

## 6.1 Deming

Deming define qualidade como “atender continuamente às necessidades e expectativas dos clientes a um preço que eles estejam dispostos a pagar”. Sua contribuição considerada mais importante é o trabalho estatístico no sentido de definir a variabilidade dos processos em termos de causas especiais e causas comuns.

Para ele as causas comuns são responsáveis por 94% dos casos de variação desnecessária e costumam ser de responsabilidade do gerente. Em seu livro *Out of the Crisis (Qualidade: a Revolução da Administração)*, propõe os chamados 14 pontos descritos a seguir, de forma a alcançar a qualidade total.

### Os 14 pontos do método Deming

1. Crie constância de propósitos para a melhora do produto e do serviço.
2. Adote a nova filosofia.
3. Cesse a dependência da inspeção em massa.
4. Acabe com a prática de aprovar orçamentos apenas com base no preço.
5. Melhore constantemente o sistema de produção e de serviços.
6. Institua treinamento.
7. Adote e institua liderança.
8. Afaste o medo.
9. Rompa as barreiras entre os diversos setores.
10. Elimine slogans, exortações e metas para a mão-de-obra.
11. a) Suprima as quotas numéricas para a mão-de-obra.  
b) Elimine objetivos numéricos para o pessoal de administração.
12. Remova as barreiras que privam os profissionais do justo orgulho pelo trabalho bem executado.
13. Estimule a formação e o auto-aprimoramento de todos.
14. Tome iniciativa para realizar a transformação.

Fonte: W. E. Deming. *Qualidade: a Revolução da Administração*. Tradução de Clave Comunicações e Recursos Humanos SC Ltda., RJ, Marques Saraiva, 1990, pp. 19-72.

## 6.2 Juran

Para ele, a administração da qualidade compreende três processos básicos - planejamento, controle e melhoria -, a chamada trilogia de Juran. Considerando esses três pontos, ele admite que a administração da qualidade pouco difere das práticas financeiras tradicionalmente utilizadas. Define qualidade como “adequação ao uso”, isto é, aquilo que atende às necessidades do cliente. Para ele, um produto ou serviço deve estar livre de defeitos ou erros e essa premissa precisa ser incorporada ao processo desde o início.

Quadro 3 - Os componentes da Trilogia de Juran - Infraestrutura

PLANEJAMENTO DA QUALIDADE	CONTROLE DA QUALIDADE	MELHORA DA QUALIDADE
<ul style="list-style-type: none"><li>• Determine quem são os clientes</li><li>• Determine as necessidades dos clientes</li><li>• Desenvolva características dos serviços que respondam às necessidades dos clientes</li><li>• Transfira o plano para o nível operacional.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Avalie o desempenho do serviço</li><li>• Compare o desempenho real com os objetivos do serviço</li><li>• Atue sobre a diferença</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Estabeleça a infra-estrutura</li><li>• Identifique os projetos de melhoria</li><li>• Estabeleça os projetos dos times</li><li>• Forneça aos times recursos, treinamento e motivação para diagnosticar as causas, estimular a implantação das soluções, estabelecer controles para garantir os ganhos.</li></ul>

Fonte: E. R. Davis. Total Quality Management for Home Care, Aspen Publishers, Gaithersburg, Maryland, 1994.

### 6.3 Crosby

Segundo Crosby, GQT é um sistema de gerenciamento estratégico e integrado para alcançar a satisfação do cliente, envolvendo todos os trabalhadores, gerentes e técnicos, utilizando métodos quantitativos para aprimorar continuamente os processos da organização. Traz o conceito de “defeito zero”. Sua maior contribuição foi a quantificação da qualidade em termos financeiros, levando os gerentes a entender que atingir a qualidade é mais barato do que não atingi-la.

Para Crosby, são quatro os princípios da qualidade:

1. A definição de qualidade é a conformidade com os padrões.
2. O sistema de qualidade é a prevenção.
3. O padrão de desempenho é o defeito zero.
4. A mensuração da qualidade é o preço da não conformidade.

### 6.4 Ishikawa

Ishikawa foi um químico japonês responsável pela criação de importantes instrumentos de auxílio ao monitoramento dos processos de controle de qualidade: os círculos de controle de qualidade e as sete ferramentas. Para ele, a qualidade pode ser obtida, com a utilização das ferramentas, por qualquer trabalhador.

**Círculo de qualidade:** pequeno grupo instituído para executar as atividades de controle de qualidade de maneira voluntária no local de trabalho. Esse grupo integra as atividades de controle de qualidade em toda a empresa.

Ideias básicas:

- Contribuir para o aprimoramento e desenvolvimento do empreendimento.
- Criar um ambiente de trabalho harmônico.

- Exercitar as capacidades humanas.

Princípios gerais:

- atividade voluntária;
- autodesenvolvimento;
- atividades em grupo;
- participação de todos os empregados;
- utilização das técnicas de CQ;
- atividades estreitamente ligadas à realidade de trabalho;
- vitalidade e continuidade nas atividades de CQ;
- desenvolvimento mútuo;
- originalidade e criatividade;
- consciência da qualidade, dos problemas e do melhoramento.

Como iniciar as atividades dos Círculos de Qualidade?

Os Círculos de Qualidade são parte integrante de um programa de Controle de Qualidade Total. São propostos oito passos:

1. Administradores, chefes de divisão e de seção, além daqueles que serão responsáveis pelo CQ são os primeiros a começar a estudar o CQ e as atividades dos círculos.
2. Aqueles envolvidos no programa devem assistir às conferências dos círculos e visitar outras empresas que estejam implantando atividades semelhantes.
3. Uma pessoa, para ser identificada como a responsável pelos círculos de qualidade na organização, deverá estudar o assunto e preparar um texto simplificado para o treinamento dos líderes e dos membros dos círculos de CQ.
4. A organização deve começar a recrutar líderes para os círculos, dando-lhes treinamento em CQ e em suas atividades. O conhecimento a ser passado aos líderes deve ser o indispensável: fundamentos das atividades

- dos círculos, como olhar a qualidade, garantia e controle de qualidade, utilização de ferramentas estatísticas.
5. Os líderes retornarão ao seu local de trabalho após o treinamento. Ali organizarão círculos de qualidade em grupos de, no máximo, dez pessoas.
  6. O líder deverá ser inicialmente uma das pessoas treinadas, posteriormente deverá ocorrer alternância na liderança.
  7. Os líderes ensinarão aos demais membros noções básicas de CQ. Os problemas do próprio local de trabalho deverão exemplificar esse momento.
  8. Um problema, comum aos membros da equipe e parte de sua realidade de trabalho, será selecionado. Os próprios trabalhadores devem identificar esses problemas sem a interferência de níveis hierárquicos superiores.

Como colocar em prática as atividades do círculo:

- definir um tema (estabelecimento de objetivos);
- esclarecer os motivos que levaram à escolha desse tema;
- avaliar a situação atual;
- analisar suas causas;
- estabelecer medidas corretivas e colocá-las em prática;
- avaliar os resultados;
- padronizar, prevenir deslizes e reincidências;
- refletir num segundo momento, considerando os problemas remanescentes;
- planejar para o futuro.

Avaliação das atividades dos círculos de qualidade

A avaliação deve considerar a condução dos círculos, as atitudes e os esforços para solucionar problemas e a cooperação existente no grupo. Evidentemente, devem-se também

considerar os resultados, a padronização resultante e a reflexão constante.

### 6.5 Donabedian

Avedis Donabedian desenvolveu um quadro conceitual fundamental para o entendimento da avaliação de qualidade em saúde, a partir dos conceitos de estrutura, processo e resultado, classicamente considerados uma tríade, que corresponde às noções da Teoria Geral de Sistemas: *input-process-output*.

#### Quadro 4 - Tríade da Qualidade em Saúde

**ESTRUTURA** - recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários para a assistência médica. Inclui financiamento e disponibilidade de mão-de-obra qualificada.

**PROCESSO** - atividades envolvendo profissionais de saúde e pacientes, com base em padrões aceitos. A análise pode ser sob o ponto de vista técnico e/ou administrativo.

**RESULTADO** - produto final da assistência prestada, considerando saúde, satisfação de padrões e de expectativas.

Fonte: A. Donabedian. *The Definition of Quality and Approaches to its Assesment (Explorations in Quality Assesment and Monitoring, volume I)*, Health Administration Press, Ann Arbor, 1980.

Em outro modelo, Donabedian ampliou o conceito de qualidade, utilizando o que chamou de “sete pilares da qualidade”: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade (Donabedian, 1990).

## Quadro 5 - Os Sete Pilares da Qualidade segundo Donabedian

**EFICÁCIA** - capacidade de a arte e a ciência da Medicina produzirem melhorias na saúde e no bem-estar. Significa o melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis, dado o estado do paciente e mantidas constantes as demais circunstâncias.

**EFETIVIDADE** - melhoria na saúde, alcançada ou alcançável nas condições usuais da prática cotidiana. Ao definir e avaliar a qualidade, a efetividade pode ser mais precisamente especificada como sendo o grau em que o cuidado, cuja qualidade está sendo avaliada, alça-se ao nível de melhoria na saúde que os estudos de eficácia têm estabelecido como alcançáveis.

**EFICIÊNCIA** - é a medida do custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada. Se duas estratégias de cuidado são igualmente eficazes e efetivas, a mais eficiente é a de menor custo.

**OTIMIZAÇÃO** - torna-se relevante a medida que os efeitos do cuidado da saúde não são avaliados em forma absoluta, mas relativamente aos custos. Numa curva ideal, o processo de adicionar benefícios pode ser tão desproporcional aos custos acrescidos, que tais “adições” úteis perdem a razão de ser.

**ACEITABILIDADE** - sinônimo de adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e de suas famílias. Depende da efetividades, eficiência e otimização, além da acessibilidade do cuidado, das características da relação médico-paciente e das amenidades do cuidado.

**LEGITIMIDADE** - aceitabilidade do cuidado da forma em que é visto pela comunidade ou sociedade em geral.

**EQUIDADE** - princípio pelo qual determina o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado e de seus benefícios entre os membros de uma população. A equidade é parte daquilo que torna o cuidado aceitável para os indivíduos e legítimo para a sociedade.

Fonte: A. Donabedian, tradução de Roberto Passos Nogueira, R. P. Nogueira. *A Gestão da Qualidade Total na Perspectiva dos Serviços de Saúde, Qualitymark, Rio de Janeiro, 1994*

## 6.6 Berwick

Donald Berwick, pediatra americano, envolveu-se com o gerenciamento da qualidade a partir do Plano de Demonstração Nacional - PDN (em inglês, National Demonstration Project - NDP), tendo contribuído para que os profissionais de saúde se apropriassem das ideias da qualidade através de um livro, traduzido para o português sob o título Melhorando a Qualidade dos Serviços Médicos, Hospitalares e da Saúde, em que adapta para a saúde os conceitos utilizados na indústria e oferece exemplos de efetiva aplicação das ferramentas da qualidade.

No seu livro, apresenta estes princípios:

- o trabalho produtivo é realizado através de processos;
- relações sólidas entre cliente e fornecedor são imprescindíveis para uma segura administração da qualidade;
- a principal fonte de falhas de qualidade são os problemas nos processos;
- a má qualidade é cara;
- a compreensão da variabilidade dos processos é a chave para melhorar a qualidade;
- o controle de qualidade deve concentrar-se nos processos;
- a abordagem contemporânea de qualidade está fundamentada no pensamento científico e estatístico;
- o envolvimento total do empregado é crucial;
- estruturas organizacionais diferentes podem ajudar a obter melhoria da qualidade;
- a administração da qualidade emprega três atividades básicas, estreitamente inter-relacionadas: planejamento da qualidade, controle da qualidade e melhoria da qualidade.

Todos esses modelos de Controle de Qualidade Total ou Gestão de Qualidade Total (CQT ou GQT) fornecem ferramentas importantes direcionadas tanto para a qualidade técnica de determinados procedimentos, como para o funcionamento dos serviços. Algumas dessas ferramentas têm alto valor para conferir maior profundidade à avaliação.



### VAMOS REFLETIR!

Quais dessas ferramentas lhe parece mais adequada para contribuir para a Qualidade no seu trabalho?

---

## Seção 7 - GESTÃO DO POTENCIAL HUMANO<sup>7</sup>

---

A administração pública burocrática, implantada a partir da segunda metade do século XIX, cujos princípios norteadores foram, entre outros, a impessoalidade, o formalismo, a ideia de carreira, a profissionalização e o controle rígido dos processos administrativos, demonstra nítidos sinais de cansaço.

A máquina administrativa, cada vez mais pesada e lenta, encontra dificuldades de acompanhar as transformações ambientais, resultando na ineficiência do Estado no atendimento às demandas a ele dirigidas, sobretudo na área social. A burocracia e a centralização excessiva fizeram com que o Estado perdesse a noção de sua missão básica, que é atender à sociedade. Criar condições para a reconstrução da administração pública em bases modernas e racionais, com ênfase na qualidade e produtividade do serviço público, constitui-se no grande desafio da atualidade.



### VAMOS REFLETIR!

Vocês também se veem diante desse mesmo desafio?

---

<sup>7</sup> Esse texto é uma adaptação do texto de apoio Gerência de pessoal nos serviços de saúde, elaborado por Janete Lima de Castro para o Curso de Especialização em Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde – CADRHU, por isso os créditos devem ser atribuídos à autora. O presente texto parece bastante oportuno para discutir essa temática uma vez que podemos contar com vasta experiência da escritora como docente e pesquisadora na área de recursos humanos em saúde e consultora em Recursos Humanos da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS-OMS) e do Ministério da Saúde.

No cenário das políticas sociais, o Sistema Único de Saúde - SUS - constituiu, conforme afirma Tavares de Almeida, “a mais audaciosa reforma da área social empreendida sob o novo regime democrático”. É evidente que não podemos afirmar que a implantação do SUS encontra-se completamente efetivada, contudo é possível dizer que o caminho até agora percorrido já significa uma transformação profunda do sistema público de saúde.

A criação do SUS resultou de um longo processo de discussão e de uma política deliberada e radical de descentralização, construída no movimento social pela democratização da saúde, envolvendo o Executivo e Legislativo. Este processo de descentralização não tem sido fácil. As mudanças necessárias a sua concretização supõem a existência de capacidade para operar um sistema gerencial complexo e, sobretudo, de recursos humanos qualificados, nem sempre encontrados nas instituições de saúde.

No contexto, em que o ambiente organizacional torna-se a cada dia mais instável, acelerado e revolucionário, passando a exigir profissionais com novas faces, dotados de talentos, como ousadia, criatividade e capacidade de responder rapidamente a pressões imediatas, **a descentralização** representa uma das palavras chaves para o repensar das práticas administrativas, em especial, aquelas referentes à gestão dos recursos humanos.

Esse contexto de reformas e transformações precisa ser considerado por todos aqueles que trabalham na área de recursos humanos. É imprescindível que os profissionais de recursos humanos superem a barreira da rigidez administrativa e reformulem a sua prática, revendo o processo de trabalho, reavaliando os instrumentos de administração historicamente utilizados, superando preconceitos na busca de alternativas, enfim, redefinido o seu papel em estreita sintonia com a missão e projetos institucionais, na tentativa de acompanhar os tempos e não se tornarem elementos em extinção.



## VAMOS REFLETIR!

Vamos refletir sobre a necessidade de revisar e recriar as atribuições da gerência de pessoal, tendo em vista responder prontamente às demandas do Sistema Único de Saúde.

### 7.1 Recrutamento e seleção

O recrutamento é um termo de origem militar e significa convocação, convite; para o serviço militar, a convocação é obrigatória, diferentemente das instituições civis, nas quais não existe a obrigatoriedade do comparecimento. É um conjunto de procedimentos que visa atrair candidatos potencialmente qualificados e capazes de ocupar cargos dentro da organização. É o momento em que a organização divulga a oferta e oportunidade de empregos.

A seleção representa o momento de escolha daqueles indivíduos mais adequados às vagas existentes na organização. É um processo de comparação entre duas variáveis: de um lado, os requisitos do cargo a ser preenchido (requisitos que o cargo exige de seu ocupante) e, de outro lado, o perfil das características dos candidatos que se apresentam. É o momento de análise das características do indivíduo e do trabalho, quando identificamos os candidatos com melhores chances de desenvolver o trabalho, de forma a elevar ou, pelo menos, manter o nível de qualificação dos serviços prestados. Em resumo, podemos dizer que a seleção cumpre seu objetivo quando ela introduz, nos cargos oferecidos pela instituição, os indivíduos mais adequados aos mesmos.

O recrutamento compreende as fases: planejamento, execução e avaliação dos resultados.

O planejamento deve contemplar:

- Determinação das necessidades de pessoal - deve ser o primeiro passo do processo de recrutamento. Centralizado nas coordenadorias de recursos humanos, é impossível de ser realizado, com precisão, a distância. É plausível admitir que os gerentes dos serviços possam prever, com certo rigor, os recursos humanos necessários, a curto e médio prazo. Caso esse pressuposto não seja verdadeiro, é de extrema importância a preparação dos gerentes.
- Solicitação ou requisição de pessoal - uma vez levantadas as vagas, os gerentes locais devem encaminhar as requisições para o setor de recursos humanos, que iniciará o trabalho de consolidá-las.
- Análise do mercado de trabalho - tarefa usualmente não realizada. São raros os departamentos de recursos humanos que “olham” para o mercado de trabalho antes de iniciar qualquer processo de recrutamento e seleção, o que, muitas vezes, determina o insucesso do recrutamento e, conseqüentemente, da seleção. Esta etapa consiste em identificar as fontes de recrutamento: onde estão os candidatos, em potencial, para ocuparem os postos vagos? Existem candidatos disponíveis no município ou estado? É necessário atrair candidatos de outras regiões?
- Escolha das técnicas de recrutamento - as técnicas de recrutamento são os meios, através dos quais a instituição informa ao público, interno ou externo, que dispõe de vagas a serem preenchidas. Existem diversas técnicas para recrutar pessoas, o importante é escolher a mais apropriada para o propósito do momento. Entre as técnicas mais usadas, podemos citar: afixação de cartazes em locais estratégicos; anúncios em jornais, rádio e televisão; distribuição de informes em outras

instituições da mesma natureza.

- Escolha do conteúdo do recrutamento - é, talvez, a mais importante etapa do planejamento do recrutamento. É a fase de escolha das informações que serão transmitidas aos candidatos. Essas informações devem ter como bases: a legislação e as normas institucionais existentes; consideração dos direitos trabalhistas e os acordos estabelecidos entre o trabalhador e a organização; esclarecimento sobre as vagas que estão sendo oferecidas e pré-requisitos para o seu preenchimento. Um edital de concurso pode ser utilizado para dirimir dúvidas futuras e respaldar ou descaracterizar possíveis reclamações.
- A Execução - corresponde ao momento de divulgação dos conteúdos, através das técnicas previamente estabelecidas na fase de planejamento. Pode parecer simplória a preocupação com esta fase, porém não há quem possa negar a importância da divulgação na venda de determinado produto. Pois bem, o raciocínio é semelhante. Quanto maior e melhor a divulgação, maior será o número de recrutados.
- Avaliação dos resultados - usualmente, o recrutamento é avaliado pela quantidade de inscritos no processo seletivo e o número de pessoal admitido. Apesar de esta relação ser uma variável importante para a avaliação do recrutamento, ela não deve ser a única, outras devem ser consideradas, tais como: rapidez, qualidade (número de candidatos com qualificações adequadas para os postos vagos) e custos.

Ao encerrar a atividade de recrutamento, inicia-se a atividade da seleção propriamente dita. O recrutamento atrai os candidatos, faz uma primeira triagem e entrega-os à seleção para fazer a escolha final. Desse modo, podemos afirmar que,

quanto melhor for o resultado do recrutamento, mais fácil será o trabalho da seleção.



### VAMOS REFLETIR!

Você já participou de algum recrutamento ou seleção dentro dos moldes acima mencionados?

## 7.2 Recrutamento e seleção nas instituições de saúde

A contratação de empresas especializadas em seleção de pessoal tem sido uma prática bastante utilizada pelas organizações de saúde. Apesar da qualificação dessas empresas, os resultados dos processos seletivos realizados pelas mesmas não têm sido satisfatórios. São repetidas as observações sobre o distanciamento entre o perfil dos profissionais selecionados e as necessidades que se apresentam nos serviços.

O crônico afastamento existente entre o ensino e serviço costuma ser apontado como uma das principais causas dessa incompatibilidade de perfil e necessidade.



### VAMOS REFLETIR!

Você concorda com a afirmação acima? Era assim quando você estava na faculdade e ia fazer estágio nos serviços de saúde? E hoje, com acadêmicos que fazem estágio no seu serviço, como é?

No entanto, todos sabem que esse distanciamento não é a única causa. Considerando o tema em discussão, alguns aspectos poderiam ser ressaltados como fatores responsáveis pelos precários resultados dos processos seletivos:

- Dificuldade dos gerentes dos serviços em indicar, com precisão, a necessidade de pessoal. Na maioria das vezes, a técnica do “eu acho” é a mais utilizada.
- São raros os gerentes que se preocupam com o perfil do cargo a ser preenchido. Esta informação, usualmente, fica indevidamente sob a responsabilidade exclusiva da coordenação de recursos humanos.

Existe comunicação entre gerência e coordenação de recursos humanos?

- São raras as Secretarias de Saúde que possuem um sistema de informação que permita diagnosticar, com agilidade e precisão, a insuficiência de recursos humanos no serviço.
- É comum o público (candidatos em potencial) procurar as instituições promotoras dos processos seletivos em busca de informações sobre os mesmos. Em geral, as citadas organizações não atentam para essa demanda e, conseqüentemente, não se organizam para atendê-las, ficando as informações, muitas vezes, centralizadas em uma única pessoa da coordenação de recursos humanos.
- Algumas instituições de saúde entregam todo o processo, desde a primeira fase do recrutamento até a divulgação dos resultados, para a empresa contratada. O resultado dessa atitude tem se mostrado catastrófico.

Como se pode observar, diversos fatores podem interferir no processo de seleção de pessoal. Esse processo envolve diversos atores, com diferentes responsabilidades, que vão desde o levantamento das necessidades de pessoal de acordo com o trabalho a ser desenvolvido, até a divulgação dos candidatos aprovados, por ordem de classificação. Terminado esse processo, deve-se iniciar, imediatamente, a etapa da admissão.



### VAMOS REFLETIR!

Qual foi o intervalo de tempo entre sua aprovação e sua admissão?

Na etapa admissão, também é relevante destacar a importância da informação ao público (candidatos reprovados e aprovados). A lista de classificação deve ser rigorosamente seguida (esperamos que esta afirmação seja redundante) e os departamentos de pessoal precisam distribuir as tarefas, de modo que todos possam informar, a qualquer hora, os documentos exigidos para a admissão e o que o selecionado deve providenciar para a contratação ou nomeação. O setor de lotação deve estar munido com o mapa de necessidades de pessoal, por local de trabalho, para proceder à lotação de acordo com os critérios previamente estabelecidos.

### 7.3 Movimentação de pessoal

Diariamente as pessoas se movem, saem do seu setor de trabalho por diferentes motivos: são remanejadas, aposentam-se, pedem licenças (gestante, interesses particulares, doenças e outras), afastam-se para curso, enfim, representa um número significativo a quantidade de processos que tramitam entre a

gerência das unidades de saúde, a coordenadoria de recursos humanos e os departamentos de pessoal.

Dentre esses processos, talvez seja plausível afirmar que os mais constantes são os requerimentos para remanejamentos entre as unidades de saúde e as solicitações de afastamentos para cursos. Analisaremos esses dois enquanto objeto de nossas considerações. Alguns aspectos têm sido apontados como responsáveis pelo ineficiente gerenciamento dessa questão e, entre tantos, ressaltamos os mais repetidos:

- Inexistência de critérios e normas administrativas referentes ao remanejamento de pessoal;
- Desconhecimento das leis que ordenam o afastamento do servidor;
- Indefinição do quantitativo de profissionais necessários aos serviços, considerando as atividades previstas para cada unidade ou setor;
- Ingerência de outros atores. Para não se cometer injustiças, faz-se mister destacar que as ingerências, nesta área, não são prerrogativas dos vereadores e dos deputados.

Por outro lado, observamos, em algumas instituições, a superação desse estado de “inexistência e indefinições”, assim como a redução das ingerências políticas. No entanto, percebemos uma morosidade no andamento dos requerimentos de afastamento e/ou remanejamentos. A pergunta que se faz é: qual o motivo do acúmulo desses requerimentos nas mesas dos técnicos e dirigentes de recursos humanos?

Vários questionamentos poderiam aqui ser levantados com o propósito de ajudar nesta reflexão. Vejamos as possibilidades: desinteresse das chefias em encaminhar os processos? Requerimento mal preenchido? Não posicionamento da chefia local sobre o assunto? O departamento de pessoal não consegue fornecer informações que qualifiquem corretamente o servidor?

As informações fornecidas não são suficientemente claras? Descaso com o ato de informar um processo? Desconhecimento da finalidade das informações prestadas? Indefinição institucional no que se refere à tramitação dos processos?



### VAMOS REFLETIR!

Essas perguntas são coerentes com a realidade de trabalho na qual você se insere?

Todos que trabalham com a gerência de pessoal, seja coordenador de recursos humanos, chefia de departamento de pessoal, técnicos administrativos, gerentes de serviços, entre outros, sabem ou deveriam saber que um processo mal instruído impossibilita qualquer análise sobre o assunto. Infelizmente, esta é uma realidade corriqueira nas instituições de saúde. Não é raro encontrar processos “recheados” de assinaturas e carimbos, sem conter qualquer informação, tramitando nos diversos setores da instituição.

Portanto, não é novidade quando estes processos retornam ao setor de trabalho do servidor, solicitando posicionamento da chefia imediata sobre o assunto em pauta e ao departamento de pessoal para complementação dos dados. Diante do exposto, parece ser possível afirmar que há certo descomprometimento dos técnicos com a qualidade das informações prestadas, quer seja por puro descaso, quer seja pelo desconhecimento da sua importância para a tomada de decisão em nível gerencial.

#### 7.4 Avaliação de Desempenho

Essa não é a primeira vez que fazemos uma discussão sobre avaliação e certamente essa discussão não se encerra aqui.

Agora a abordagem é sobre Avaliação de Desempenho (AD), na qual se destaca a importância de refletir sobre ela compreendê-la enquanto uma ferramenta de gestão das pessoas na sua relação com o trabalho e com os objetivos institucionais.

Nessa perspectiva, compreendendo “o desempenho como a atuação da força de trabalho na produção de resultados”, a avaliação não trata apenas de comparar o resultado alcançado com a meta estabelecida, mas também de garantir que o desempenho dos trabalhadores produza o resultado esperado. Isto só será possível se for assegurado um método de trabalho que possibilite identificar os problemas de desempenho e permita agir sobre as causas destes problemas.

Em qualquer processo que envolve mais de um setor, é necessário definir a coordenação responsável pelo funcionamento desse processo. No caso específico da Avaliação de Desempenho, parece não haver dúvidas que esta responsabilidade pertence à área de recursos humanos e cabe a este departamento conceber o sistema de Avaliação de Desempenho, definir seus objetivos e normas, elaborar manuais, formar avaliadores, acompanhar a execução, identificar pontos fracos, promover avaliação do processo, cuidar para que as informações sejam devidamente registradas, entre outras atividades.

Contudo, é importante lembrar que a execução vai envolver outros atores e não pode ser centralizada nos setores de RH. A implantação de mecanismos formais de Avaliação de Desempenho não é um processo fácil, possui certo grau de complexidade que exige articulação e negociação entre os diversos níveis da instituição. Envolve diversos atores, cujas responsabilidades vão desde a decisão política de fazer algo que modificará padrões operacionais de trabalho, influenciará atitudes, comportamentos, até o registro dos resultados nas fichas funcionais.

As discussões sobre Avaliação de Desempenho não têm sido abordadas apenas pelas instituições empregadoras e

seus departamentos de Recursos Humanos e de Pessoal, mas, sobretudo, pelos trabalhadores que são ou serão submetidos aos processos de avaliação. Não é sem propósito que o movimento sindical tem incluído, em sua pauta de reivindicações, questões que demandam a elaboração de mecanismos de Avaliação de Desempenho.

Destinada a avaliar o desempenho da força de trabalho de uma dada instituição, a Avaliação de Desempenho não tem o caráter de aparente neutralidade que a técnico-burocracia costuma empregar. Ela precisa ser entendida como algo estreitamente inserido nas relações sociais concretas estabelecidas pelo mundo do trabalho. Não há dúvida de que a sua implantação representa um desafio para os profissionais de recursos humanos.

É preciso refletir sobre uma nova compreensão para os processos de Avaliação de Desempenho, seja no nível do desempenho individual, seja no nível do desempenho coletivo como resultado do trabalho em equipe e das condições do ambiente institucional. O quadro a seguir aponta algumas mudanças em certos aspectos dos tradicionais processos de Avaliação de Desempenho.

Quadro 6 - Mudanças em aspectos dos tradicionais processos de Avaliação de Desempenho

PROCESSO TRADICIONAL	EXPECTATIVAS DO PROCESSO PROPOSTO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• A A. D. como um programa da área de RH, desarticulado do negócio.</li> <li>• Objetivos confusos ou inadequados.</li> <li>• Ênfase na avaliação da capacitação profissional e comportamental, pouco importância ao desempenho.</li> <li>• Criação de um formulário.</li> <li>• Formulário pré-definido, padronizado, inflexível, burocrático.</li> <li>• Periodicidade anual ou semestral.</li> <li>• Controlador de pessoas.</li> <li>• Conflitos não resolvidos. Prestação de contas uma vez por ano.</li> <li>• Não comprometimento da alta administração.</li> <li>• Resultado da avaliação: média de pontos; enquadramento em classificações rígidas.</li> <li>• Visão tecnista e isolada da área de RH.</li> <li>• Processos de gestão de RH: meios de trabalho da área de RH.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A A. D. como ferramenta gerencial para administrar o negócio e o desempenho da equipe.</li> <li>• Objetivos claros, especificando padrões de desempenho esperados.</li> <li>• Ênfase no processo de gerência do desempenho, orientado para resultados.</li> <li>• Criação de um processo de gestão do desempenho.</li> <li>• Processo contínuo de negociação e de feedback.</li> <li>• Orientador de pessoas.</li> <li>• Conflitos trabalhados proativamente durante o processo.</li> <li>• Liderança do processo pela alta administração.</li> <li>• Resultado da avaliação: qualidade e produtividade. Valorização do empregado.</li> <li>• Como podemos contribuir para o desenvolvimento do negócio e das pessoas?</li> <li>• Ferramentas gerenciais de gestão dos recursos humanos.</li> </ul>

Fonte: Castro, Janete Lima. Gerência de pessoal nos serviços de saúde.

Outra questão muito importante para ressaltar é que, ao iniciar um programa de Avaliação de Desempenho, é preciso ter claro que ele expõe as pessoas, do ponto de vista profissional

e administrativo. A consequência natural dessa situação é o surgimento de barreiras de resistência que precisam ser identificadas corretamente, caso contrário o insucesso do projeto é inevitável.

Para finalizar, ao refletir à luz da municipalização dos serviços de saúde e da redefinição dos papéis dos níveis estadual e federal, é indiscutível a necessidade de aprofundar os debates sobre as questões de recursos humanos, não apenas aquelas questões que fazem referência direta à valorização do servidor, mas também as relacionadas com a organização do trabalho.

A modernização dos instrumentos de gerência de recursos humanos ocupa lugar destacado na agenda de necessidades dos gestores do setor saúde. Discussões referentes à ineficiência dos recursos humanos tornaram-se recorrentes nos fóruns sobre as políticas de saúde e no cotidiano das instituições.

Na atual conjuntura de descentralização dos serviços de saúde, não faz sentido insistir em conceber a gestão de pessoal de forma centralizada. Como já afirmamos, as empresas privadas já iniciaram o seu movimento de “abrir as portas dos feudos”, e o Sistema Único de Saúde - SUS - exige, na prática, a revisão do arcabouço jurídico-normativo e institucional da administração de pessoal. A pergunta que fazemos é: estamos dispostos a rever as nossas práticas?

O futuro surge de várias formas, as instituições respondem em velocidades diferentes; o mesmo ocorre entre os setores. Alguns parecem ser mais lentos, menos inovadores. O de recursos humanos parece ser um exemplo ideal. No entanto, uma questão está suficientemente colocada: é preciso melhorar a eficácia da administração de pessoal.

“Tudo começa e termina em pessoas”

Rubens Abrão dos Santos

---

## Seção 8 - GESTÃO DE RECURSOS MATERIAIS<sup>8</sup>

---

O objetivo básico da administração de materiais consiste em colocar os recursos necessários ao processo produtivo com qualidade, em quantidades adequadas, no tempo correto e com o menor custo.

Materiais são produtos que podem ser armazenados, ou que serão consumidos imediatamente após a sua chegada.

Baseado nesse conceito, estão excluídos os materiais considerados permanentes, como equipamentos médico-hospitalares, mobiliário, veículos e semelhantes, e incluídos, portanto, os demais produtos, como medicamentos, alimentos, material de escritório, de limpeza, de conservação e reparos, de uso cirúrgico, de radiologia, de laboratório, reagentes químicos, vidraria etc.

Uma das maiores dificuldades da administração de materiais reside na distância entre o processo produtivo e os sistemas de apoio.

### 8.1 Por que falta material?

Uma maneira interessante de formular essa questão é: em que medida as faltas são resultantes de falhas da administração de materiais? Ou ainda: por que os sistemas meio e fim funcionam de forma tão dissociada?

A resposta à questão é fundamental, pois identifica as causas e orienta as ações necessárias para sua correção. O

---

8       Esse texto é uma adaptação do manual sobre Gestão de Recursos Materiais e de Medicamentos, volume 12. Gonzalo Vecina Neto, Wilson Reinhardt Filho. São Paulo : Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. – – (Série Saúde & Cidadania). Realizadores: “Instituto para o Desenvolvimento da Saúde – IDS, Núcleo de Assistência Médico-Hospitalar – NAMH/FSP – USP, Banco Itaú”, por isso os créditos devem ser atribuídos aos autores.

diagnóstico inadequado leva a uma ação que não produzirá os efeitos desejados.

As causas da falta de materiais podem ser identificadas em três diferentes grupos:

#### Causas estruturais

- Falta de prioridade política para o setor: baixos investimentos, baixos salários, corrupção, serviços de baixa qualidade etc.
- Clientelismo político: diretores incompetentes, fixação de prioridades sem a participação da sociedade, favorecimentos etc.
- Controles burocráticos: agem sobre os instrumentos, particularmente aqueles de caráter econômico, levando à desvalorização das ações executadas e invertendo o referencial das organizações. É importante lembrar que não basta fazer as coisas corretamente, deve-se também fazer as coisas certas. A burocracia somente se preocupa com o rito - a ela não interessa o produto final.
- Centralização excessiva: produz danos imensos na área de materiais. Compras centralizadas e baseadas exclusivamente em menores preços são exemplos que devem ser evitados.



### VAMOS REFLETIR!

Como é feita a administração dos materiais no seu trabalho?  
Quem são as pessoas responsáveis por essa administração?

#### Causas organizacionais

Decorrem, em geral, das descritas anteriormente.

- Falta de objetivos: quando os objetivos não estão claros, cada unidade cria seu próprio sistema de

referência. Como consequência, pode ocorrer uma dissociação entre a área fim e as áreas meio;

- Falta de profissionalismo da direção;
- Falta de capacitação e de atualização do pessoal;
- Falta de recursos financeiros;
- Falta de controles;
- Corrupção;
- Falta de planejamento;
- Rotinas e normas não estabelecidas adequadamente.

#### Causas individuais

Em parte, também derivam das anteriores.

- Diretores improvisados: inseguros ou incapazes de inovar, sem condições de manter um diálogo adequado com a área fim;
- Funcionários desmotivados: sem compromisso com a instituição. Seu principal objetivo é a manutenção do emprego;

Considerando-se tudo o que foi colocado até agora, a pergunta passa a ser: a administração de materiais possui os elementos adequados para evitar as faltas? Se a resposta for positiva, a administração de materiais, equipada de tecnologia adequada, poderá evitar, em parte, a falta de materiais, porém essa ação isolada não é suficiente sem a eliminação das causas.

A administração de materiais não é capaz de evitar as faltas isoladamente. O sistema de materiais deve ser entendido como um subsistema do sistema de produção, que funciona como meio para que se alcancem os objetivos. Trata-se, portanto, de uma área que depende do processo de formulação de objetivos e metas da organização.

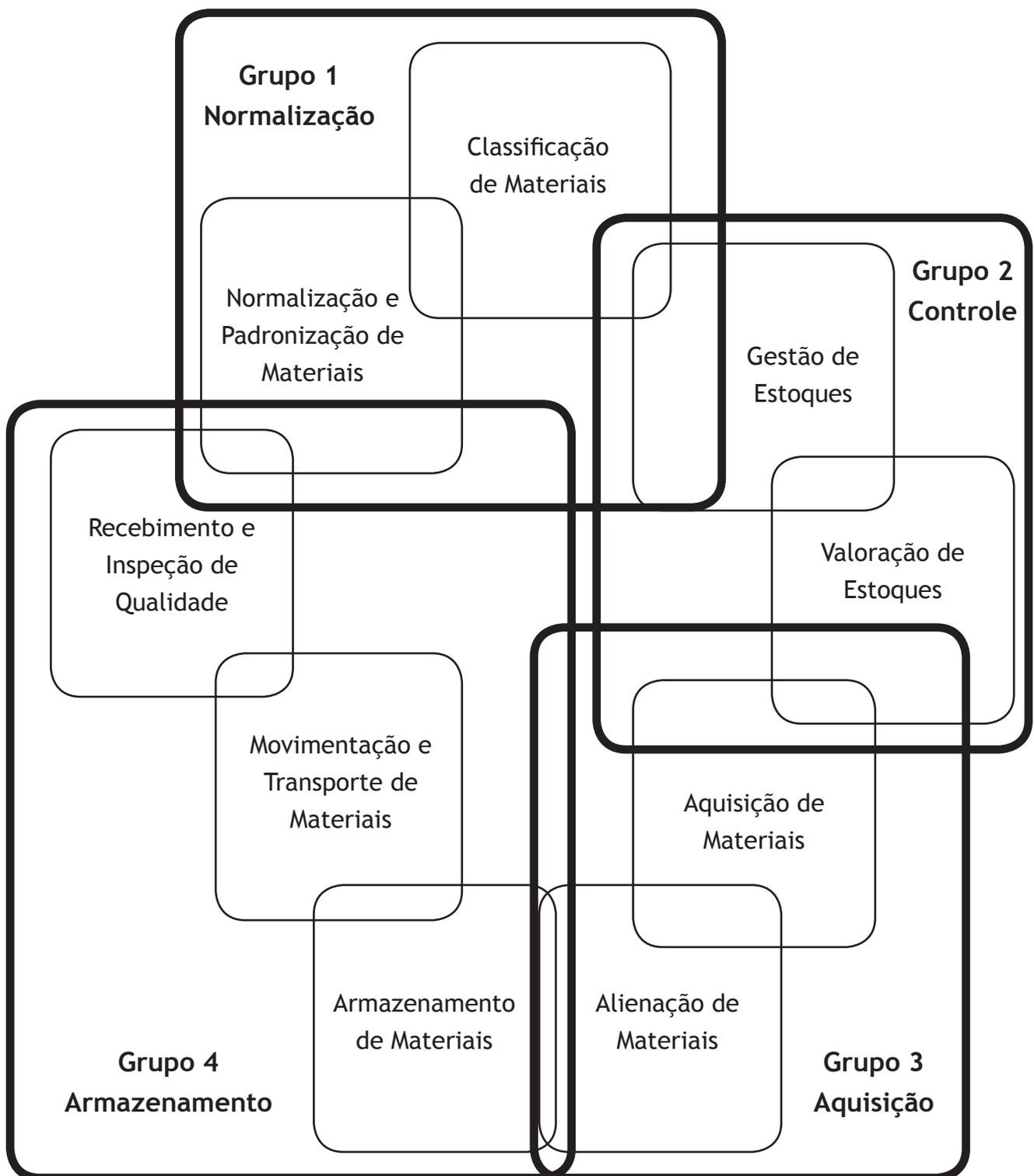
## 8.2 Funções da administração de materiais

Vários e conflitantes interesses estão envolvidos na administração de materiais.

- O ponto de vista do usuário: deseja o material correto, em condições apropriadas de utilização, entregue no lugar certo e a tempo de evitar a sua falta. Podemos ainda acrescentar que o usuário gostaria que o tempo despendido na entrega fosse o menor possível e que se gastasse o mínimo de tempo no preenchimento de formulários e seu arquivamento.
- O ponto de vista da área econômico-financeira: deseja adquirir o material ao menor custo e maiores prazos de pagamento; busca uma redução do valor do estoque e não quer que ocorrências relacionadas a materiais (como compras erradas, falta de itens críticos etc.) sejam frequentes.
- O ponto de vista dos fornecedores: desejam fornecer a maior quantidade de material possível, vendê-lo ao maior preço, receber em curto prazo e não ter qualquer responsabilidade futura a respeito da utilização dos itens.

A administração de materiais deve conciliar esses interesses tão diversos. Para tanto, utiliza técnicas cujas funções são agrupadas em quatro subsistemas ou grupos, representados na Figura 1 abaixo:

Figura 1 - Subsistemas ou Grupos da Administração de Materiais



Fonte: Gestão de Recursos Materiais e de Medicamentos, 1998. Série Saúde & Cidadania.

Grupo 1 - Subsistema de normalização: responsável por responder à pergunta: o quê? (comprar, armazenar e distribuir). É composto das funções de normalização, que vão selecionar, padronizar e especificar os materiais, e de classificação/codificação de materiais.

Grupo 2 - Subsistema de controle: deve responder às questões: quando e quanto? Suas funções são gestão e valoração de estoques.

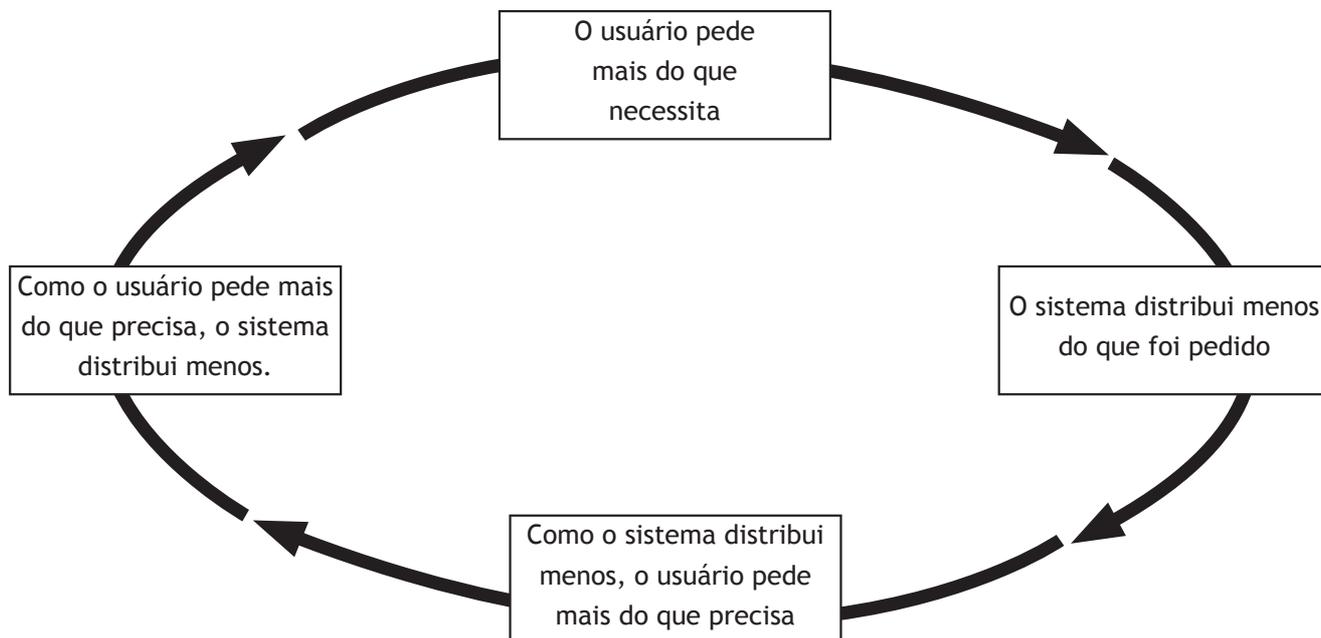
Grupo 3 - Subsistema de aquisição: possui duas funções - a aquisição, que responde pela compra dos materiais, e a alienação, que cuida da venda de materiais não utilizados ou inservíveis.

Grupo 4 - Subsistema de armazenamento: responsável pelo recebimento de materiais, armazenamento e distribuição. Nesse subsistema há as funções de armazenamento, movimentação e transporte de materiais e o controle de qualidade.

#### 8.2.1 A função distribuição

A função de distribuição gera um dos problemas mais graves do sistema de materiais, principalmente quando se aborda um sistema sem os instrumentos adequados para desempenhar as tarefas. O estabelecimento de um ciclo acumulativo (figura 2) é algo muito comum de ocorrer e deve ser rompido para que o sistema como um todo possa ser aprimorado.

Figura 2 - Ciclo Acumulativo



Fonte: Gestão de Recursos Materiais e de Medicamentos, 1998. Série Saúde & Cidadania.

A observação desse ciclo leva a uma única possibilidade de rompimento: estoques suficientes para garantir o abastecimento. Sem essa medida, não há como obter um equilíbrio do sistema.

Quando não há confiança entre o usuário e a administração de materiais, instala-se o ciclo acima, que leva a uma relação de sabotagem mútua e à criação de estoques periféricos que prejudicam ainda mais o sistema. A principal regra de distribuição, a ser aplicada após a ruptura do ciclo de desconfiança, é que o sistema deve distribuir a menor quantidade que a sua logística permitir.

Esse procedimento se justifica pelo fato de que o usuário em geral não possui condições adequadas de armazenamento, e os estoques periféricos significam aumento dos recursos imobilizados.

Outras condições a serem implementadas são:

- Estabelecer um registro dos usuários: significa saber quem pode solicitar o material, como contatar o usuário, qual o tempo para se efetuar o contato.
- Fazer um cadastro dos itens que podem ser consumidos pelo usuário: Cada usuário, tendo em vista o seu papel na organização, possuirá um elenco de produtos que poderá solicitar. A comissão de normalização (que especificará os produtos) poderá colaborar ou mesmo definir quem pode pedir o quê. Assim como a normalização, o cadastro deve ser revisto periodicamente e atualizado com inserções e exclusões sempre que necessário.
- Definir as quantidades de cada item a serem concedidas ao usuário, inicialmente de acordo com a previsão. Fazer o monitoramento e as correções, conforme as solicitações.
- A auditoria dos estoques dos usuários, com apoio da direção da organização, deve ser feita periodicamente, buscando verificar as condições de armazenamento e auxiliando o usuário a aprimorar os seus sistemas de controle.
- Estabelecer um sistema de atendimento às emergências para que o usuário possa confiar no sistema, diminuindo-se, com isso, a formação de estoques nas áreas.
- Difundir entre os usuários a prática de utilizar o material e reduzir ao mínimo possível o tempo despendido com as ações relacionadas à administração de estoques periféricos e distribuição de produtos.

A função de distribuição pode ser desenvolvida seguindo-se modelos já estabelecidos, entre os quais se podem sugerir:

- Sistema de complementação da previsão: tomando-se a previsão como ponto de partida, determina-se a data de requisição do material. O usuário, no momento

adequado, informa o estoque existente na unidade e recebe uma quantidade suficiente para complementar os níveis de estoque constantes de sua previsão.

- Sistema de unidades móveis: nesse modelo, o usuário recebe todos os itens de sua previsão em um carrinho e nesse momento devolve a unidade que estava em uso, com as sobras existentes. É bastante utilizado nos centros de material esterilizado, postos de enfermagem e centros de saúde.
- Sistema de ordem de produção: utilizado para dispensar medicamentos, com base nas prescrições para que se embalem quantidades suficientes para atender aos pedidos. Apesar de ser um sistema complexo, que exige vários funcionários e depende de disciplina para entrega dos pedidos, traz grande economia - segundo publicações especializadas, podem-se reduzir de 20 a 30% os gastos com esses produtos.

### **8.3 Estrutura organizacional para a administração de materiais**

A estrutura da área de materiais pode assumir várias formas, desde completamente descentralizada, em que cada unidade cuida da renovação de seus estoques, compra e demais funções de seu próprio material, até completamente centralizada, em que todas as aquisições, em todos os níveis da organização, são realizadas por um único departamento de materiais. Entre as duas formas extremas existem configurações intermediárias.

Há na literatura especializada vasta argumentação a favor da adoção de um ou outro modelo. Uma avaliação adequada, levando em consideração o tamanho da organização e a aplicação de modelos matriciais ou não em seus diferentes níveis, pode auxiliar a escolher a melhor forma de estruturar o sistema de materiais.

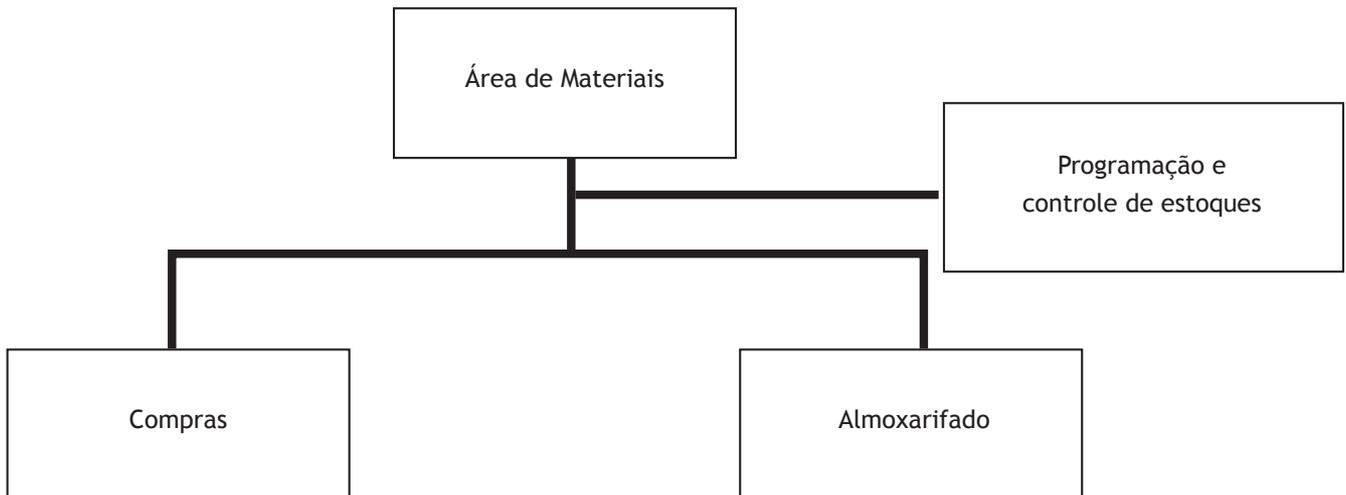
De uma forma geral, as funções de padronização de materiais estão vinculadas às comissões de planejamento de materiais e comissões de farmacologia, que são multiprofissionais e ligadas à administração superior.

As funções de especificação, classificação e codificação são desenvolvidas internamente e em geral pela área de compras, auxiliada pela área de armazenamento. A criação de uma área específica para o desempenho da função de estoque responsabiliza-se pela programação e controle dos estoques, definindo quantidades a serem adquiridas, o período de aquisição e emitindo os documentos necessários para os inventários. Essa medida cumpre duas funções básicas: a primeira delas deixa que os responsáveis pelas compras cuidem de fazê-las e não defini-las; a outra retira do almoxarifado a decisão a respeito da movimentação de estoques.

As funções de aquisição são desempenhadas pela área de compras, que, por sua vez, é apoiada pelas comissões de registro cadastral e de julgamento de licitações. O almoxarifado responde pelas funções de recebimento, armazenamento e distribuição dos materiais.

A área de materiais está usualmente subordinada à diretoria administrativa. Uma estrutura que pode ser proposta para a área de materiais é mostrada abaixo, na figura 3.

Figura 3 - Estrutura da Área de Materiais



Fonte: *Gestão de Recursos Materiais e de Medicamentos, 1998. Série Saúde & Cidadania.*

Finalmente, é importante ressaltar que a administração de materiais não tem tido um tratamento profissional como seria desejável que ocorresse, considerando-se a importância do setor, os valores envolvidos e o estabelecimento de um sistema como tal. É mais comum do que se imagina entregar a responsabilidade de desenvolvimento de tais funções a funcionários sem a devida qualificação, usualmente de nível médio, sem o domínio da linguagem do setor e os conhecimentos básicos que norteiam as diversas atividades do sistema de materiais.

Na falta do administrador de materiais, há a alternativa de utilizar-se, por exemplo, um farmacêutico ou mesmo um nutricionista para exercer essa função. Cursos especializados para tais profissionais, para que possam assimilar os conceitos mais importantes, resultam em ganho de tempo importante.

## 8.4 Propostas de rotinas para o sistema de administração de materiais

As rotinas apresentadas a seguir servem de ponto de partida para adaptações a serem utilizadas pelo sistema de materiais, de acordo com as necessidades locais.

### 8.4.1 Rotina operacional para reposição de estoques

Desempenhada pelo auxiliar administrativo responsável pela programação e controle de estoques.

- Recebe a nota fiscal enviada pelo almoxarifado (proveniente do recebimento de materiais) e as requisições de materiais procedentes das unidades.
- Registra as entradas e saídas, utilizando as notas fiscais de entrada e as requisições de materiais das unidades e posteriormente envia os documentos aos destinatários.
- Quando a quantidade em estoque atinge o ponto de ressuprimento, emite duas cópias do pedido de compra de material, indicando a quantidade a ser reposta. Uma das cópias é enviada para a comissão de planejamento e normalização de materiais e medicamentos e a outra, arquivada na unidade. Esta última é eliminada quando da chegada dos produtos.
- Quando a quantidade em estoque atinge o nível de reserva, emite um pedido de compra de emergência em duas vias.

### 8.4.2 Rotina de compras sem licitação

Aplicável, por exemplo, a compras de emergência.

- Quando a quantidade em estoque atinge o nível de reserva, o auxiliar administrativo da unidade de programação e controle de estoques emite o pedido

de compra de emergência em duas vias e faz constar a anotação de que o produto atingiu o nível de estoque de reserva. Uma via é enviada para a chefia da unidade e a outra, arquivada.

- A chefia da unidade de programação e controle de estoques descreve a necessidade, justificando-a, e solicita a dispensa da licitação, encaminhando-a à comissão de planejamento e normalização de materiais e medicamentos. Em casos particulares, essa solicitação (igualmente em duas vias, com as justificativas) pode ser feita diretamente pelo usuário.
- A comissão de planejamento e normalização de materiais e medicamentos analisa os pedidos, avalia as justificativas e emite parecer conclusivo destinado ao diretor-geral da instituição.
- O ordenador da despesa, aceitando as condições e recomendações da comissão de planejamento e normalização de materiais e medicamentos, autoriza a dispensa e abertura do processo. Nesse caso, há necessidade de manifestação da consultoria jurídica, que pode ser eliminada se esta expedir uma formulação genérica para os casos mais corriqueiros. O expediente é remetido para a unidade de comunicação e arquivo para providências. Caso não seja aprovada a dispensa, o expediente retorna para conhecimento dos interessados.
- A unidade de protocolo e arquivo abre o processo, remetendo-o para o departamento financeiro para que seja feita a reserva de recursos.
- O departamento financeiro classifica a despesa, efetua o compromisso, faz os registros necessários e envia o processo para o departamento de compras.
- O departamento de compras efetua a aquisição e envia o processo para o departamento financeiro.

- O departamento financeiro emite o empenho e o contrato, remetendo-os ao diretor-geral.
- O diretor assina o contrato e o encaminha para a área que receberá o material.
- O responsável pelo recebimento solicita ao fornecedor para efetuar a entrega dos produtos.
- O almoxarifado recebe o produto, confere os dados constantes do empenho com os da nota fiscal.

Os passos iniciais das aquisições com licitação variam conforme o produto e se ele é um item de estoque ou não. Abaixo são descritos os passos para cada uma das possibilidades. Após os passos iniciais, os demais são comuns a todos os processos.

#### 8.4.3 Rotina operacional de compras com licitação

Para materiais mantidos em estoque (passos iniciais):

- O auxiliar administrativo da unidade de programação e controle de estoques emite o pedido de compra em duas vias. Uma via é enviada para a comissão de planejamento e normalização de materiais e medicamentos e a outra, arquivada.
- A comissão de planejamento e normalização de materiais e medicamentos analisa o pedido de compra de material, aprova-o com ou sem alterações. A autorização implica o consentimento para abertura de processo e compromisso orçamentário.
- Caso o pedido não seja aprovado (ou alterado), a unidade de programação e controle de estoques receberá o pedido de volta e o encaminhará ao expediente e posterior arquivo.

Para materiais não mantidos em estoque (passos iniciais):

- O solicitante emite pedido de compra em duas vias,

arquiva uma delas e remete a outra à comissão de planejamento e normalização de materiais e medicamentos.

Para equipamentos, serviços e reformas (passos iniciais):

- O solicitante preenche em duas vias o formulário específico para aquisição de material permanente, em que faz constar, além da justificativa, uma descrição do equipamento, principais características e as necessidades para instalação (reformas, adaptações, pontos de energia elétrica etc.), envia a primeira via para a comissão de planejamento e arquiva a cópia.
- A comissão de planejamento recebe o documento, compara com os projetos existentes, analisa e emite parecer conclusivo. Caso a decisão seja favorável, a aprovação já autoriza a abertura de processo e compromisso.

O expediente é enviado para o setor de protocolo e arquivo. Se a comissão não autorizar a compra, o expediente é devolvido ao solicitante para conhecimento e arquivo.

Os passos descritos a seguir são comuns a todas as rotinas com licitação:

- A unidade de protocolo e arquivo abre o processo e remete-o para o departamento financeiro para que seja feita a reserva de recursos.
- O departamento financeiro classifica a despesa, efetua o compromisso, faz os registros necessários e envia o processo para o departamento de compras.
- O departamento de compras define a modalidade de licitação, toma as medidas necessárias para dar publicidade à licitação, fixa as datas de recebimento das propostas e de abertura e encaminha o expediente, juntamente com os comprovantes de entrega e de

publicidade, para a comissão de julgamento de licitações.

- A comissão de julgamento de licitações recebe as propostas identificadas e lacradas, procede à abertura na data e horário estipulado, faz uma ata da abertura, procede à qualificação ou desqualificação dos participantes, faz os registros internos de controle de processos, realiza um estudo comparativo de preços, convoca, se necessário, a pessoa responsável para emitir o parecer técnico, julga as propostas, classifica-as e adjudica a licitação, publicando o ato. Aguarda o prazo legal para recebimento de recurso e envia o processo para o ordenador da despesa.
- O diretor-geral da instituição recebe o processo, analisa-o e, estando de acordo, homologa-o e remete-o ao departamento financeiro. Caso não esteja de acordo, procede à revogação do processo e devolve-o ao solicitante, por meio da comissão de julgamento de licitações.
- O departamento financeiro recebe o processo homologado e emite o contrato, que é enviado ao diretor-geral.
- A autoridade superior assina as três vias do contrato, anexando duas delas ao processo, e remete a terceira ao departamento financeiro para processamento. O processo completo é enviado para a área de compras.
- O departamento de compras recebe o processo, registra os dados necessários para controle, convoca o fornecedor e entrega cópia do empenho e/ou contrato. Remete o processo para o almoxarifado.
- O almoxarifado recebe o processo, arquiva-o e controla o prazo de recebimento. Recebe o material. Confere os dados da nota fiscal, encaminha o processo e respectiva nota fiscal para a unidade de programação e controle

de estoque. Se necessário, convoca o usuário ou ainda procede a um recebimento provisório (o processo só será liberado após o recebimento definitivo). No caso de equipamentos, comunica o recebimento ao departamento de controle e patrimônio.

- A unidade de programação e controle de estoques registra a entrada do material nas fichas apropriadas, anota que a compra está encerrada e remete o processo ao departamento financeiro.
- O departamento financeiro emite a ordem de pagamento e remete o processo para arquivamento.

#### 8.4.4 Rotina operacional de distribuição

Sub-rotina de estabelecimento de nível de consumo:

- O usuário confecciona, conforme calendário estabelecido, uma lista de itens de consumo com as quantidades necessárias para atendimento de suas necessidades. Envia duas cópias para a comissão de planejamento e normalização de materiais e medicamentos e arquiva uma terceira para controle interno.
- A comissão de planejamento e normalização de materiais e medicamentos avalia as solicitações e remete uma das cópias da lista para a unidade de programação e controle de estoques e devolve a outra ao solicitante para que tome conhecimento de eventuais modificações.
- A unidade de programação e controle de estoques recebe a lista e arquiva por ordem de usuário.

Sub-rotina de estabelecimento de calendário de distribuição:

- O almoxarifado estabelece o calendário, considerando:

os recursos disponíveis para distribuição, a periodicidade estabelecida para distribuição, a data de envio das informações do estoque existente para o usuário, a data de distribuição do material.

Sub-rotina de envio de informação de nível de estoque para requisição de material:

- O usuário faz o pedido de reposição de material em quatro vias, arquivando uma delas e remetendo as demais para a unidade de programação e controle de estoques.
- A unidade de programação e controle de estoques estabelece a quantidade a ser distribuída, considerando a posição de estoques, atualiza as fichas de controle, preenche os campos do pedido de reposição de material relativos às quantidades a serem dispensadas e respectivas alterações. Uma via é arquivada e as demais, enviadas para o almoxarifado.
- O almoxarifado recebe as duas vias, atualiza as fichas do kardex, arquiva uma via do pedido de reposição de material, envia a outra para o usuário, junto com o material solicitado.

Sub-rotina de requisição de material de caráter emergencial

- O usuário faz o pedido de material urgente em quatro vias, arquivando uma delas e levando as demais para a unidade de programação e controle de estoques.
- A unidade de programação e controle de estoques aprova a solicitação, atualiza as fichas de controle, preenche os campos do pedido de emergência de material relativos às quantidades a serem dispensadas e respectivas alterações. Uma via é arquivada e as demais, enviadas para o almoxarifado.
- O almoxarifado recebe as duas vias, atualiza as fichas do kardex, arquiva uma via do pedido de emergência de material, envia a outra para o usuário junto com o material solicitado.

#### 8.4.5 Rotina operacional de devolução de materiais

- O usuário identifica os materiais que não serão utilizados ou cuja data de expiração esteja próxima, preenche a nota de devolução em duas vias e remete-as ao almoxarifado.
- O almoxarifado recebe o material, confere-o, retém uma via da nota e devolve a outra ao usuário. Quando o material é inservível, envia a cópia, juntamente com o material, para descarte. Deve-se tentar proceder à troca dos produtos com os fornecedores. Caso o material possa ser utilizado, procede-se à entrada desse item e encaminha-se a cópia para a unidade de programação e controle de estoques.
- A unidade de programação e controle de estoques registra a entrada nas fichas, contabilizando-a como doação. Finalmente, deve-se ressaltar que as rotinas propostas são genéricas. Cada instituição deve estudá-las e promover as alterações necessárias para que possam ser adaptadas à sua realidade. É importante realçar também que, com a informatização e em particular com o uso de redes, essas rotinas podem ser processadas via e-mail. No entanto, o processo ainda deve ser constituído e nele devem existir provas de todos os passos, pelo menos até que os Tribunais de Contas acordem para os novos tempos e proponham novas sistemáticas mais consentâneas com estes tempos.

Observação: Tanto a autorização para a abertura, quanto aquela destinada à reserva de recursos são atos da autoridade maior; portanto, devem ser especificamente delegadas se essas rotinas forem aplicadas.

## REFERÊNCIAS

### Textos Base utilizados no módulo

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Gestão Administrativa e Financeira no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília: CONASS, 2007. 152 p. (Coleção Progestores - Para entender a gestão do SUS, 2).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Sistema de planejamento do SUS : uma construção coletiva : formulação de políticas específicas de saúde/Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. - Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 28 p. : il. - (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Cadernos de Planejamento; v. 7).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS - ParticipaSUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. - 2ª. ed. - Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 44 p. - (Série B. Textos Básicos de Saúde).

CARVALHO, André de Oliveira; Eduardo, Maria Bernadete de Paula. Sistemas de Informação em Saúde para Municípios, volume 6. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde & Cidadania).

CASTRO, Janete Lima. Gerência de pessoal nos serviços de saúde. Texto de apoio elaborado especialmente para o Curso de Especialização em Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde - CADRHU.

MALIK, Ana Maria; Schiesari, Laura Maria Cesar. Qualidade na

Gestão Local de Serviços e Ações de Saúde, volume 3. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde & Cidadania).

OPAS. Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS)./ José Paranaguá de Santana (org.). -- Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 1997.

SANTANA, José Paranaguá; (coordenador) et al. A negociação como instrumento de Gerência nos serviços de saúde. Texto elaborado a partir de discussões do grupo de trabalho que fez a revisão final do Projeto GERUS.

TANCREDI, Francisco Bernadini; Barrios, Susana Rosa Lopez; Ferreira, José Henrique Germann. Planejamento em Saúde, volume 2. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde & Cidadania).

VECINA, Gonzalo Neto; Reinhardt, Wilson Filho. Gestão de Recursos Materiais e de Medicamentos, volume 12, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde & Cidadania).

### **Referências Citadas pelos autores dos Textos Base**

BERWICK, D. Qualidade dos Serviços Médicos, Hospitalares e da Saúde. São Paulo, Makron, 1991.

DEMING, W. E. Qualidade: A Revolução da Administração. Rio de Janeiro: Marques-Saraiva, 1990.

DONABEDIAN, A. The Definition of Quality and Approaches to its Assessment (Explorations in Quality Assessment and Monitoring, volume I). Ann Arbor, Health Administration Press, 1980.

DRUCKER, P. Administração: Tarefas, Responsabilidades e Práticas, São Paulo: Ed. Pioneira, 1975, vol. 1.

ISHIKAWA, K. Controle de Qualidade Total. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

LEEVEY, S. e Loomba, N. P. Health Care Administration: A Managerial Perspective, Philadelphia, Leppincott, 1973.

MATUS, C. O Método PES - Roteiro de Análise Teórica, São Paulo: Ed. FUNDAP, 1996, p. 6. (Mimeografado).

MEHRY, E. E. Razão e Planejamento, 1ª ed., São Paulo: Ed. HUCITEC, 1994, p. 118.

SANTOS, M. A., GONÇALVES, S. M. F. Notas sobre a Metodologia da Estimativa Rápida Participativa. Belo Horizonte, NESCON/UFMG, 1992, (Texto didático para o II Congresso Nacional de Epidemiologia - Mimeografado).

EAD - UFMS

REVISÃO:

Prof. Dr. Ricardo Magalhães Bulhões

EDITORAÇÃO ELETRÔNICA E PROJETO GRÁFICO:

Marcos Paulo dos Santos de Souza

DESIGNER:

Alana Montagna

DESIGN INSTRUCIONAL:

Carla Calarge

FOTO DA CAPA:

Roberto Higa









Foto: Gretta S. R. de Paula

ISBN 978-85-7613-344-5



9 788576 133445

**SES**  
Secretaria de Estado de Saúde

Ministério da Educação  
Ministério da Saúde

Secretaria de  
Gestão do Trabalho e da  
Educação na Saúde

