

Ministério da Saúde  
Fundação Oswaldo Cruz  
Escola Nacional de Saúde Pública

*Eficácia e eficiência gerencial em uma organização pública de saúde de  
nível municipal:  
estudo de caso em Campo Grande, Mato Grosso do Sul*

por

**Ana Rita Barbieri**

Tese apresentada com vistas à obtenção do Título de Doutor em Ciências na  
área de Saúde Pública.

Orientadora: **Virginia Alonso Hortale**

Dezembro, 2003

Ana Rita Barbieri, 2003

## *Agradecimentos*

- À Júlia e André, filha e filho amados, “quase-vítimas” do processo de doutoramento da mamãe;
- Ao Paulo, meu companheiro, amigo e grande incentivador;
- Ao meu pai, pelo carinho e apoio;
- À Virginia;
- Às colegas do Departamento de Enfermagem da UFMS que aceitaram minhas ausências e poucos compromissos assumidos;
- Aos funcionários da SESAU que colaboraram prontamente em minha pesquisa, disponibilizando tempo e informações preciosas para a discussão deste estudo de caso;
- À Vera, responsável pela Casa Amarela (Vila Residencial da FIOCRUZ), que me recebeu em todos os momentos;
- Aos colegas do Serviço de Auditoria, novos amigos.

*“Tenho algo a descobrir de próprio, algo que ninguém possui a tarefa de descobrir em meu lugar. Se minha existência tem um sentido, se ela não é vã, tenho uma posição que é um convite a colocar uma questão que ninguém pode colocar no meu lugar. A estreiteza de minha condição, de minha informação, de meus encontros e de minhas leituras já esboça a perspectiva finita de minha vocação para a verdade. No entanto, por outro lado, procurar a verdade quer dizer que aspiro a dizer uma palavra válida para todos, que se destaca sobre o fundo de minha situação como um universal. Não quero inventar, dizer o que me agrada, mas aquilo que é.” (Paul Ricoeur)*

## RESUMO

A transformações na administração pública, no ocidente e no Brasil trouxe a necessidade de rever conceitos e práticas. De modo geral, as teorias a este respeito têm o foco nos serviços públicos que precisam tornar-se mais eficientes e eficazes. O setor saúde, com o processo de descentralização, iniciado com a promulgação da Constituição Brasileira em 1988, desencadeou mudanças que anteciparam transformações administrativas. Uma delas, foi a desconcentração, com mando único, que tornou os municípios gestores dos sistemas de saúde locais. Esta pesquisa partiu da premissa de que os significativos avanços obtidos no campo da regulação do setor saúde podem estar em descompasso com a situação gerencial interna das organizações municipais de saúde, limitando as possibilidades de ampliação da eficácia e eficiência das ações. Por meio de um estudo de caso, discutiu-se o sistema de gerenciamento da Secretaria de Saúde de Campo Grande (SESAU) objetivando conhecer os processos internos da administração de uma organização municipal de saúde, identificar e mapear as atividades gerenciais mais desenvolvidas pelos gerentes em todos os níveis administrativos e discutir os principais problemas que limitam o pleno desenvolvimento da eficácia e eficiência das ações administrativas dos gerentes da SESAU. Com base na revisão bibliográfica foram definidas atividades inerentes à gerência e elaborado um modelo de análise e um instrumento para a coleta de dados. As informações obtidas permitiram algumas considerações acerca dos limites individuais e organizacionais para o pleno desenvolvimento da eficiência e eficácia nas atividades gerenciais. Para a gerência a pesquisa pode fomentar discussões acerca do desempenho administrativo, principais limites e possibilidades de ampliar a eficácia e a eficiência nas atividades cotidianas. Quanto aos gestores, a pesquisa observou que grande parte do desempenho gerencial está fortemente relacionado ao modo de organizar e conduzir a organização como um todo e que, a gestão mais ou menos centralizada resulta em gerentes mais ou menos “responsabilizados e estimulados” a desenvolver as funções que lhes são atribuídas.

Palavras-chave: administração pública; sistema de saúde; eficiência e eficácia gerencial;

## ABSTRACT

To transformations in the public administration, in the occident and in Brazil brought the need to review concepts and practices. In general, the theories to this respect have the focus in the public services that need to become more efficient and effective. The decentralization process in the health sector begun after the Brazilian Constitution was approved in 1988. An extensive administrative reform was initiated and one of the transformations were deconcentration, where municipal health districts turned into local health systems. The proposal of this research is that significant progresses obtained in the field of the health sector regulation is not in accordance with managerial situation inside municipal health organizations, bringing some limitations to a potential efficacy and efficiency amplification of actions. By means of a case study, it was discussed the managerial system of the Campo Grande Secretariat of Health (SESAU), intending to reveal management processes inside a municipal health organization, identify and map out well developed managerial activities in all administrative levels and discuss main problems that could not bring a full development of the efficacy and efficiency of SESAU managers' actions. Based on a bibliographical revision the manager essential activities were defined; a framework model and a questionnaire to data collection elaborated. The information gathered allowed highlight some considerations concerning individual and organizational limits for the full development of the efficiency and effectiveness in managerial actions. For the management field this research could bear discussions concerning the administrative acting, main limits and possibilities of enlarging the effectiveness and the efficiency in the daily actions. Related to managers, this research observed that a great part of managerial action has a strong relationship to the way of organizing and driving the organization as a whole and also that a centralized administration reinforces responsible and stimulated managers to develop actions usually attributed to them.

Key words: public administration; health system; efficiency and managerial effectiveness;

## SUMÁRIO

|  |     |
|--|-----|
| <b>RESUMO</b> .....  | iv  |
| <b>ASBTRACT</b> .....  | v   |
| <b>INTRODUÇÃO</b> .....  | 1   |
| <b>HIPÓTESES E OBJETIVOS</b> .....   | 18  |
| <br>   |     |
| <b>CAPÍTULO I</b>  |     |
| <b>O MODELO TEÓRICO DESENVOLVIDO PARA ANÁLISE DA EFICIÊNCIA E EFICÁCIA</b> .....   | 19  |
| 1 Eficiência e eficácia em uma organização de saúde: categorias do modelo teórico de análise.....                                  | 20  |
| 2 As dimensões da análise: planejamento, organização, direção e controle.....  | 30  |
| <br>   |     |
| <b>CAPÍTULO II</b>   |     |
| <b>O MÉTODO DE ANÁLISE DO ESTUDO</b> .....   | 38  |
| 1 O método de análise do estudo.....   | 38  |
| 2 A opção pelo estudo de caso.....   | 39  |
| 3 Instrumento de coleta de dados: roteiros para entrevistas.....   | 41  |
| 4 Plano de análise das entrevistas.....  | 42  |
| 5 Critérios de validade e confiabilidade da pesquisa.....  | 44  |
| <br>   |     |
| <b>CAPÍTULO III</b>  |     |
| <b>A SAÚDE PÚBLICA EM CAMPO GRANDE</b> .....   | 46  |
| 1 A constituição dos serviços de saúde em Campo Grande.....  | 47  |
| 2 O desenvolvimento da área da saúde em Campo Grande.....  | 48  |
| 3 Considerações acerca da morbi-mortalidade no Município.....  | 53  |
| 4 A organização dos serviços do Sistema Único de Saúde em Campo Grande.....  | 54  |
| <br>   |     |
| <b>CAPÍTULO IV</b>   |     |
| <b>ANÁLISE DA EFICIÊNCIA E EFICÁCIA DOS GERENTES DA SESAU</b> .....  | 62  |
| 1 A eficiência e eficácia dos gerentes de unidades assistenciais.....  | 65  |
| 2 A eficiência e eficácia dos gerentes de infra-estrutura.....   | 73  |
| 3 A eficiência e eficácia dos gerentes técnicos.....   | 78  |
| 4 As relações entre os diferentes níveis hierárquicos.....   | 86  |
| <br>   |     |
| <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....  | 93  |
| <b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....  | 101 |
| <b>APÊNDICES</b> .....   | 112 |
| Apêndice 1: Roteiros para entrevista junto aos gerentes da SESAU.....  | 113 |
| Apêndice 2: Distribuição das respostas, em números absolutos, por formulários.....   | 151 |
| Apêndice 3: Distribuição das respostas, em números absolutos, entre os níveis hierárquicos, para as dimensões administrativas..... | 152 |
| Apêndice 4: Quadro 4.....  | 153 |

## LISTA DE QUADROS E FIGURAS

|   |     |
|---|-----|
| Quadro 1: Parâmetros para a análise das categorias de eficiência e eficácia para os diferentes níveis gerenciais da SESAU.....            | 34  |
| Quadro 2: Valores mínimo e máximo atribuídos para cada função administrativa, conforme nível hierárquico.....                             | 43  |
| Quadro 3: Análise das respostas e seus valores percentuais.....   | 43  |
| Quadro 4: Distribuição percentual das respostas dos gerentes dos quatro níveis hierárquicos para as quatro dimensões administrativas..... | 153 |
|   |     |
| Figura 1: Modelo teórico para análise da eficiência e eficácia da gestão na SESAU...  | 37  |
| Figura 2: Organograma da SESAU .....  | 56  |
| Figura 3: Mapa com divisão geográfica do município por Distritos Sanitários.....  | 58  |
| Figura 4: Distribuição dos servidores segundo o tempo de ocupação do cargo.....   | 63  |
| Figura 5: Distribuição percentual das respostas dos gerentes de unidades de saúde por função administrativa.....                          | 65  |
| Figura 6: Distribuição percentual das respostas dos gerentes de serviço de infraestrutura por função administrativa.....                  | 74  |
| Figura 7: Distribuição percentual das respostas dos gerentes técnicos por função administrativa.....                                      | 78  |

## ***INTRODUÇÃO***



## ***INTRODUÇÃO***

No âmbito da administração direta, o setor saúde inovou na implementação de mudanças na gestão dos serviços. A reestruturação do setor apresenta-se como um marco de desenvolvimento dos processos administrativos do Estado (Motta, 2001). A promulgação da Constituição em 1988, acompanhada pelo advento das Leis Orgânicas, o processo de transferência de recursos e responsabilidades aos estados e, em seguida, aos municípios permitiram avanços importantes que sinalizam favoravelmente para a formulação das propostas transformadoras da administração pública. De forma cada vez mais amadurecida, as políticas regulatórias definem leis, normas e regras tais como as Normas Operacionais Básicas, Instruções Normativas, Sistema Nacional de Auditoria, Agência Nacional de Vigilância Sanitária e outros que ajustam transferências financeiras a resultados comprometidos com metas nacionais (Costa et al, 1999; Costa; Mendes, 2001).

Apesar de sempre haver propostas para inovar a organização dos serviços públicos, a atual Reforma Administrativa, iniciada em 1994, não é um acontecimento original e inovador de nosso país. Ao contrário, com divergências sobre os reais motivos e formas de implantação, diversos países como Reino Unido, Nova Zelândia, França, Canadá, Suécia, Estados Unidos, Dinamarca a deflagraram a partir dos anos 80. Para Kettl (1998), nos anos 80 iniciou-se uma onda global de reforma do setor público, de causas pouco conhecidas, em que a redução do Estado tornou-se uma questão discutida nos diversos países que possuem diferentes aparelhos de administração pública. Greer (1994) que analisou a reforma do setor público inglês, um dos primeiros países a dar início à reforma administrativa do setor público, afirmou que a idéia de um novo modelo nesse setor surgiu do aguçamento de fatores como a necessidade de aderir à utilização de novas ferramentas administrativas, introduzir novas tecnologias principalmente em comunicação e também devido à crise fiscal no campo econômico. Dupas (2000) afirma que fatores como a transnacionalidade do mercado, a internacionalização de agentes econômicos e as privatizações, associados à mudanças estruturais como envelhecimento da população, aumento do desemprego e agravos em saúde suscitam a revisão das funções do Estado e da administração pública.

O mesmo autor sugere que os rumos do mercado internacional ampliam a exclusão social e a pobreza em escala mundial e, nesse sentido, os governos precisam

desempenhar papel de “indutor-normativo-regulador” do mercado por meio de políticas de proteção social, uma vez que os mercados podem ser planetários mas a riqueza e o desenvolvimento econômico ainda estão localizados nas nações. Diversos países concordam que, distantes do estado liberal amplamente debatido nos anos 80, é preciso elaborar um novo modelo de administração pública que leve em consideração um Estado atuante.

Keinert (2000) situa a Reforma Administrativa como uma proposta alternativa à administração burocrática. Afirma que o modelo econômico diversificou-se e atualmente congrega desde empresas transnacionais, internacionais, nacionais, macro e micro-regionais até organizações não governamentais além do próprio cidadão com capacidade ampliada de acesso a informações e serviços. Assim, o modelo de administração pública pós-burocrática precisa suprir as necessidades emergentes dos indivíduos e da sociedade cada vez mais pluralistas, com interesses diversificados e conflituosos considerando que o conflito passa a ser uma característica inerente e inevitável nas atividades organizacionais. Na organização com sistema político pluralista, o poder é uma variável de fundamental importância uma vez que é por seu intermédio que o conflito de interesses e as disputas são analisados e resolvidos.

No caso brasileiro, a crise do Estado apontou para um crise de inefetividade e ineficiência da administração pública direta que, segundo Ribeiro & Costa (s/d,:9) “favoreceu apenas o aumento da estabilidade dos servidores, do formalismo e da autonomia da burocracia pública” desencadeando uma crise de governança entendida pelos autores como incapacidade de os governos tornarem reais as decisões políticas.

Para Keinert (2000: 104),

*a sociedade civil adquire então uma nova definição, como espaço público não estatal, o qual é necessário distinguir das formas de representação corporativa de interesses: uma rearticulação das relações entre sociedade e estado, que transite de uma matriz centrada no Estado a uma matriz centrada na sociedade.*

Observa-se que todas as reformas da administração pública já analisadas enfrentam uma forte contradição: a necessidade de organizar os aparelhos de Estado de modo que funcionem melhor com gastos menores e o reconhecimento de que cortes nos orçamentos podem comprometer a médio e longo prazo um melhor desempenho das organizações (Bresser Pereira, 1998 a; Kettl, 1998).

Alguns temas são comuns à reforma nos países europeus, membros da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). Dentre eles, os mais citados são: devolução da autoridade e flexibilidade; análise de desempenho, controle e responsabilidade; competência; garantia de serviços adequados que satisfaçam aos cidadãos; melhoria na gestão de recursos humanos; informatização dos serviços; garantia de regulamentação com qualidade e fortalecimento das funções centrais do governo (Ormond & Löffler, 1999).

A principal preocupação na ótica liberal, de acordo com Kettl (1998), é o esforço de algumas nações em reduzir as dimensões da administração pública adotando para isso, ações como a redução do setor público, a privatização de órgãos públicos, descentralização, desconcentração, adoção de mecanismos típicos de mercado e criação de novas funções para órgãos públicos centrais. No entanto, outros países adotaram modelos mais contratuais com uma lógica de desconcentração voltada à eficiência e eficácia, sem a privatização de setores do Estado, como a França (Trosa, 1999).

A busca por uma nova gestão pública inspira cautela até mesmo pela imprecisão do seu verdadeiro significado. Preocupados com o uso inadequado do conceito bem como de suas práticas, Ormond & Löffler (1999) analisando experiências das nações-membros da OCDE verificaram que a nova gerência pública deve atender a alguns requisitos:

- Adaptar-se às complexas necessidades atuais para manejar problemas futuros, o que inclui a capacidade de gestão das organizações públicas em propor, orientar, implementar e avaliar as reformas;
- Adaptar modelos e não possuir um modelo único porque não há uma solução única e geral para a totalidade do setor público dado que a complexidade atual requer flexibilidade na adoção de modelos;
- Enfatizar produtos e resultados efetivos em conformidade com os princípios orientadores da administração pública;
- Reconhecer que grande parte dos elementos da nova gestão pública não são novos de fato, alguns referem-se à adoção de novas tecnologias em informática e comunicação;

- Admitir que a nova gestão pública não é idealizada, assim como não o foi a denominada “weberiana”;

Diante do panorama mais geral das reformas e seus mecanismos de execução, Keinert (2000) identifica dois modelos de estruturação do setor público. Um pautado em um modelo de gestão, cuja proposta inclui a descentralização dirigida para a eficiência e produtividade; e outra mais direcionada para o controle social e participação dos cidadãos, baseada em experiências com vistas à eficácia e equidade.

*Estas duas vertentes, além de serem não-excludentes, aparecem conjuntamente nas experiências que procuram se contrapor ao modelo burocrático, embora, normalmente, uma delas seja enfatizada. Iniciativas provenientes das comunidades normalmente têm conteúdo político mais explícito e, por razões óbvias, aquelas que partem do Estado acentuam o caráter técnico. Alguns traços comuns garantem seu entrelaçamento – a descentralização com efetiva autonomia, a defesa da “coisa pública”, a responsabilização social (accountability) e o foco no cliente-cidadão. (Keinert, 2000:106).*

Em síntese, a Reforma Administrativa foi iniciada e sua implementação depende muito do tipo de Estado que se deseja, sem muito discutir o modelo liberal, já descartado devido a sua baixa capacidade em responder às demandas sociais. Se conduzido exclusivamente pelo governo pode guiar-se apenas por questões técnicas e pressões internacionais sem efetivamente corresponder às expectativas da nação quanto à eficiência de políticas públicas distributivas.

Discute-se reforma administrativa desde os anos 30 em diversos setores da administração pública brasileira. Vista como uma necessidade, no sentido de modernizar-se para acompanhar as mudanças econômicas do momento e para otimizar a eficiência e eficácia das suas ações, a Reforma Administrativa foi diversamente sugerida e implementada em 1936 como Reforma Burocrática e em 1967 para modernizar, descentralizar e desburocratizar o serviço público (Bresser Pereira, 1998a; Keinert, 2000; Meirelles, 1998).

A concepção básica e origem da Reforma Administrativa no Brasil dos anos 90, denominada Administração Pública Gerencial<sup>1</sup> surgiu em meados do século XX como resposta à crise do Estado.

---

<sup>1</sup> Discutida como uma alternativa à administração burocrática uma vez que tem sua ênfase na eficiência, eficácia e resultados. Este termo adotado oficialmente para a Reforma Administrativa Brasileira pode ser

Na década de 60 começa a ser vista como substituta da administração burocrática. No Brasil, o Decreto-Lei nº 200 de 1967, considerado o primeiro passo em direção a uma administração pública gerencial, focaliza a descentralização e cria mecanismos de administração indireta (Equipe Atlas, 1991; Meirelles, 1998).

De acordo com Franco Sobrinho (1983:76), esse Decreto propõe a descentralização em três planos principais: internamente, nos quadros da administração; da União para as unidades federadas por meio de convênio; da União para o setor privado mediante “*contratos, concessões ou delegação de competências*”.

Considera-se, que os avanços propostos em termos de autonomia para a administração indireta sofreram retrocessos com a promulgação da Constituição de 1988 que, ignorando as orientações acerca da administração pública, sacramentou uma administração pública centralizada, burocratizada e muito rígida, com ênfase na administração direta. (Bresser Pereira, 1998). Ainda hoje, a burocracia excessiva e a morosidade nos trâmites administrativos da maior parte das organizações públicas, coloca o país em destaque negativo, como em pesquisa encomendada pelo Banco Mundial, que apresenta a situação brasileira como ineficiente, além de acarretar distorções como a informalidade para assuntos econômicos e o uso de influência (clientelismo) para burlar a regulamentação formal (Chaim, 2003)

Em meados da década de 90, com a mudança da condução política do País, entra na agenda de governo a Reforma Administrativa do Estado motivada, principalmente, pela crise econômica e fiscal e, no plano político, por uma profunda crise de governabilidade, que diz respeito à capacidade governamental em criar e assegurar a prevalência de regras universalistas nas transações sociais, políticas e econômicas e penaliza ou, pelo menos, desestimula o comportamento de apropriação indevida dos bens do Estado e uso particular de seus aparelhos por pessoas ou grupos, fortalecendo a idéia de trabalho público para atender ao interesse público.

Em 1995, no primeiro mandato do presidente Fernando Henrique Cardoso, Bresser Pereira foi convidado para conduzir uma reforma administrativa do setor público para modernizar e flexibilizar setores muito burocratizados e reduzir o tamanho do Estado com vistas à redução de gastos com a máquina pública.

---

entendida como administração por resultados e as vezes confundida com administração por objetivos (diferente por ter métodos específicos de utilização)

Associada a reestruturação do Estado em setores, estava a política de privatizações e enxugamento da máquina administrativa para adaptar-se às exigências do mercado internacional. Estes projetos de governo decorriam de uma macro-política de modernização e introdução do País à globalização de modo mais competitivo, projeto este, iniciado no governo anterior.

A partir de experiências internacionais e com uma visão de estado mínimo, desenvolveu e denominou o modelo de reforma administrativa como Administração Pública Gerencial. Também possibilita a sua introdução em substituição à administração burocrática por se dirigir ao cidadão e para resultados. Utiliza como estratégia a descentralização sem controle excessivo do processo, o que dá maior liberdade e criatividade aos executores. Adota como instrumento de gestão, entre outros, o contrato de gestão. (Bresser Pereira, 1998)

Para o governo brasileiro, a reforma é entendida como uma redefinição de seu papel e suas funções. Assim, o governo fortalece sua função de formulador de políticas, regulador e fiscalizador das atividades e deixa de ser o provedor direto do desenvolvimento econômico e social, enquanto produtor de bens e serviços. Em termos operacionais, o projeto de Reforma Administrativa define diferentes níveis de complexidade de ações e seus respectivos “responsáveis” que podem ser o serviço público direto, público não estatal, indireto e privado. A concepção desses novos níveis de complexidade permite uma discussão mais profunda acerca da conceituação de público e não estatal e propicia o surgimento de uma “terceira possibilidade”: as Organizações Sociais (OS) que podem receber patrimônio e absorver o funcionalismo público. Atualmente, admitem severas críticas no que diz respeito ao recebimento de recursos, via contratos de gestão, independente da verificação do desempenho na vigência do contrato e a impossibilidade de controle por meio de auditoria pública (Egler, 2003).

Pelo Plano Diretor de Reforma Administrativa do Estado de 1995, a característica fundamental é a adoção do modelo conceitual de segmentação do Estado em setores, que possibilita a identificação de estratégias distintas para cada um desses segmentos do Estado, em consonância com as recomendações mais atuais em administração que procura aumentar a eficácia e a eficiência do aparelho do Estado como um todo além de um controle maior dos resultados. Bresser Pereira e Spink (1998) afirmam que na lógica gerencial a administração pública avança para além da

capacidade reguladora de propriedade e contratos para atender também a necessidade de formular e implementar políticas públicas com participação da sociedade.

As principais características da administração pública gerencial no Brasil contidas na Reforma Administrativa vigente são:

- a) *orientação da ação do Estado para o cidadão-usuário ou cidadão cliente;*
- b) *ênfase no controle dos resultados por meio de contratos de gestão (ao invés de controle de procedimentos);*
- c) *fortalecimento e aumento da autonomia da burocracia estatal, organizada em carreiras ou “corpos” de Estado, e valorização do seu trabalho técnico e político de participar, juntamente com os políticos e a sociedade, da formulação e gestão das políticas públicas;*
- d) *separação entre as secretarias formuladoras de políticas públicas, de caráter centralizado, e as unidades descentralizadas, executoras dessas mesmas políticas;*
- e) *distinção de dois tipos de unidades descentralizadas: as agências executivas, que realizam atividades exclusivas de Estado, por definição monopolistas, e os serviços sociais e científicos de caráter competitivo, em que o poder de Estado não está envolvido;*
- f) *transferência para o setor público não-estatal dos serviços sociais e científicos competitivos;*
- g) *adoção cumulativa, para controlar as unidades descentralizadas dos mecanismos de (1) controle social direto, (2) contrato de gestão em que indicadores de desempenho sejam claramente definidos e os resultados medidos, e (3) da formação de quase-mercados em que ocorre a competição administrada;*
- h) *terceirização das atividades auxiliares ou de apoio, que passam a ser licitadas competitivamente no mercado. (Bresser Pereira, 1997: 42).*

Pensando na ampliação da eficiência e eficácia das ações do aparelho do Estado, Pimenta (1997) considera urgente o desenvolvimento de instrumentos de gestão com ênfase nos resultados. Isso implica em “uma nova filosofia de gestão” ágil, capaz e com competência regulatória.

Na Carta da décima Conferência Nacional de Saúde (CNS, 1996), o texto repudia tal reforma e a atribui a uma política econômica de cunho neoliberal implementada pelo governo federal e por alguns governos estaduais. Afirma que sob o discurso da modernização, há a lógica de implantação de um estado mínimo para as políticas sociais e máximo para o capital financeiro.

Apesar das severas críticas às propostas, não é possível negar que, primeiro, parte significativa do ocidente desencadeou processos de reforma da administração pública com os objetivos, primeiro de reduzir custos e aumentar a eficiência e eficácia das ações; segundo, superar o modelo burocrático, insuficiente para atender as necessidades dos cidadãos atualmente.

A busca de eficácia e eficiência das ações no serviço público, implica em encontrar ferramentas adequadas que consigam aferir seu desempenho para, em médio prazo estabelecer um bom padrão de funcionamento. As reformas administrativas do setor público no ocidente, que orientam as ações com vistas aos resultados, evidenciaram a necessidade de elaborar sistemas de aferição de desempenho<sup>2</sup> administrativo (Barzelay, 2002).

Porém, a busca pela eficiência e eficácia pode favorecer o aparecimento de um falso dilema citado por Kettl et al (1996) que bem se aplica ao momento brasileiro relativo ao objeto a ser mensurado: resultados ou produção. Apesar da complexidade dos sistemas de avaliação, ambos objetos devem ser considerados nos processos avaliativos, desde que tenham pesos diferentes conforme a finalidade da organização a ser avaliada. Outro aspecto relevante nesse sentido é a seleção das variáveis para a análise dos objetos.

De acordo com Kettl (1998), a avaliação de desempenho é uma ação administrativa que, muito difundida nas teorias mais modernas, é uma das principais ferramentas da nova Administração Pública. Por não ser um procedimento universal, adaptável a diversas organizações, é elaborada caso a caso, a partir do conhecimento e da análise da missão, das metas, dos objetivos, da aferição da produção e dos resultados de cada organização.

---

<sup>2</sup> Desempenho aqui não é discutido como um objetivo claramente identificável, com variáveis e instrumentos definidos, mas como um conjunto de afazeres e competências definido pelas partes interessadas. Ao desempenho, quase sempre está associada a noção de responsabilização como uma meta em movimento e que agrega “forças” políticas, sócio-culturais e organizacionais (Barzelay, 1992; Kearns, 1996)



A missão é a própria razão de ser da organização; surge da definição de políticas e leis (Kettl, 1998). A Escola Nacional de Administração Pública (ENAP) entende missão enquanto uma declaração sobre sua razão de ser, definindo a organização como é hoje, seu propósito e como pretende atuar no seu cotidiano (ENAP,2002; Fontes Filho, s/d). Esta é a abordagem adotada nesta pesquisa. É a partir da missão que as decisões são tomadas, os objetivos construídos e as metas definidas, criando um ambiente de comprometimento entre as pessoas e os setores da organização. A partir daí, cada setor ou departamento transforma as metas amplas em procedimentos que orientam a ação em um processo interno podendo ser transformadas em avaliações de desempenho individual ou do conjunto do setor em particular. Na construção de metas e objetivos, as condições organizacionais e os fatores de natureza política devem ser considerados tanto quanto para avaliar o desempenho individual ou de equipes (Motta, 2001). O estabelecimento de metas e indicadores, construídos e acordados, facilita a função do gestor ao acompanhar e avaliar o processo de trabalho e os resultados.

As avaliações de desempenho devem ser utilizadas para aferir a eficiência com ênfase no quanto é produzido com os investimentos aplicados na organização; e a eficácia no que diz respeito às metas acordadas e alcançadas (Kettl, 1998). Em síntese, a avaliação de desempenho faz parte da administração pública. Recomenda-se que cada organização construa suas avaliações de desempenho próprias, considerando que não deve ser um processo autoritário e sim democrático em que a avaliação objetive melhorar o desempenho individual e das equipes de uma maneira geral (Motta, 2001).

A necessidade de avaliar o processo, o resultado e produção permite, quanto ao primeiro, conhecer o comportamento de gestores e subordinados, localizar problemas que interferem na produção e nos resultados, quanto aos resultados, a avaliação ajuda a melhorar estratégias, definir metas e, em tempo, avaliar se a produção contribui para explicar os problemas que interferem nos resultados (Kettl et all, 1996).

O conceito de regulação no Estado Contemporâneo vem, ao longo do tempo, sendo aprimorado e usado conforme as mudanças políticas, sociais e econômicas. Para Crozier (1989: 84), regulação pode ser entendida como os meios de que dispõe uma nação para controlar seus sistemas. Ou seja:

*Nas ciências sociais, o termo regulação se impôs para designar a ação de mecanismos corretores que mantêm a existência de um sistema. Ao contrário dos sistemas físicos, que não podem admitir senão regulações automáticas, os sistemas sociais são*

*mais abertos, muito menos 'subjugados': a presença em seu seio de fenômenos de poder e de consciência os torna mais vulneráveis, mas, ao mesmo tempo, mais capazes de adaptação.*

Boyer (1990:181) entende regulação enquanto uma “*conjunção dos mecanismos que viabilizam a reprodução do conjunto do sistema, em função do estado das estruturas econômicas e das formas sociais*”. Para Di Ruzza (apud Boyer, 1992: 184), a regulação é contraditória porque reúne práticas sociais antagônicas onde, para manter o sistema capitalista, o Estado estabelece normas e regras pluralistas. Afirma também que a regulação só é possível em momentos estáveis e que em momentos de crise, a ausência de coerência nos procedimentos sociais, anula a capacidade regulatória do Estado.

A regulamentação, enquanto instrumento legal da regulação, deve ser atribuição das autoridades públicas e, em seu princípio não deve ser contestada uma vez que garante o cumprimento de contratos e a segurança das atividades econômicas. Atualmente, o debate não está em torno da necessidade de regulamentação e sim no tipo de autoridade que irá desenvolver e fiscalizar (Barbieri & Hortale, 2002).

Para Crozier e Friedberg (1977) a intervenção sobre a sociedade e as relações econômicas é necessária. Primeiro, devido à complexidade das transações de mercado e as conseqüências destas na sociedade que precisa ser protegida quanto aos indivíduos e quanto aos bens. Segundo, a intervenção prevê igualdade de acesso e igualdade de condições entre os participantes. Crozier (1989) faz três afirmações de caráter sociológico acerca da regulação: a) não é automática. Depende da complexidade das relações entre os atores envolvidos, ou seja, não é a regulação que adapta a ação. A regulação é o resultado da organização das relações entre as pessoas; b) só pode ser implantada a partir da transformação do sistema humano que alicerça as relações econômicas; c) só é eficaz quando desenvolvida por seus agentes. Friedberg (1997), acrescenta mais tarde, que a regulação implica em processos negociados uma vez que não há ação social sem poder e este é percebido na medida em que a qualidade das trocas são desiguais prevalecendo o domínio de um sobre o outro.

Crozier considera que antes as funções de regular e operar só eram possíveis em ações pequenas e limitadas. Hoje, a complexidade das ações, a necessidade de preservar

a confiança, a cooperação entre pessoas e a especialização, exigem autoridades mais neutras, capazes de estabelecer regras e fiscalizá-las.

Para Crozier (1989), na regulação, as funções técnicas e as operacionais estão em vias de se separar. Para o autor, na lógica capitalista, há uma intensa concentração da concepção na cúpula e o trabalho para todos os setores (Prestes Motta, 1986; Crozier, 1974). No entanto, a separação entre Estado regulador e Estado executor fundamenta-se na idéia de que o sistema administrativo não pode julgar assuntos que executa diretamente ou nos quais tem interesses. Esta separação amplia a confiança na regulação e execução e favorece a colaboração entre os cidadãos que fornecem e recebem os serviços.

Conforto (1998:31) discute a regulação enquanto um marco regulatório entendido como:

*Um conjunto de regras, orientações, medidas de controle e valoração que possibilitam o exercício do controle social em atividades de serviços públicos, gerido por um ente regulador que deve poder operar todas as medidas e indicações necessárias ao ordenamento do mercado e à gestão eficiente do serviço público concedido, mantendo, entretanto, um grau significativo de flexibilidade que permita a adequação às diferentes circunstâncias que se configuram. Uma das questões principais na estruturação do ente regulador é a equidistância em relação aos atores sociais envolvidos e uma composição que dificulte sua captura por qualquer área de interesse vinculada à prestação de serviço específica.*

A autora define mecanismos eficientes de regulação, ações orientadas por metas e normas previamente definidas, tarifas a custos reais, transparência e legitimidade como princípios de eficácia de quem regula a independência para equilibrar os interesses.

A busca por otimização das ações dos serviços públicos passa tanto pela regulação quanto pelo controle de gestão uma vez que ambos fazem parte do mesmo processo. A regulação estabelece as linhas de conduta externas à instituição e o controle de gestão, assegura a atenção à missão e aos objetivos institucionais com controle de resultados e melhoria no desempenho administrativo como um todo (Barbieri & Hortale, 2002).

O conceito de controle, tal como formulado pelo Decreto-Lei nº 200, apesar de editado em 1967, ainda é dominante na administração pública brasileira. Nessa

perspectiva, o controle é visto como uma necessidade inerente ao serviço público e pode ser desenvolvido sob duas formas. Uma que se refere à vigilância dos atos administrativos, é interna e observa as ações sob à luz de metas e objetivos. A outra é o controle externo, sob responsabilidade do poder judiciário e conduz a administração pública à legalidade.

Para Oliveira Sobrinho (1983), o controle interno deve ter instrumentos estratégicos para impor respeito às normas, divulgar práticas e avaliar os procedimentos em relação ao planejamento e, ainda ter profissionais com capacidade pessoal e imaginação criadora.

Este mesmo autor, no que diz respeito ao controle interno, afirma que o controle, enquanto não é o da legalidade, consiste em avaliar atividades frente às metas, aferir erros e corrigi-los e atinge pessoas, coisas e atos. Nesse sentido, avalia resultados, pessoal e uso dos recursos empregados.

Bergeron (apud Medauar, 1993) acredita que o controle permite estabelecer relações, mensurar e fazer comparações. Para o autor, todo controle possui elementos básicos: atua sobre um objeto concreto; pressupõe um padrão que estabelece relação entre o objeto controlado e um ideal; e, finalmente, além desses dois primeiros elementos, todo controle tem um objetivo e propósito.

Para Medauar (1993) controle é, em essência a atividade que permite ao controlador adotar medidas de correção frente ao controlado (pessoas, atividades, processos). Sendo esta a característica essencial do controle. Na administração pública é a verificação da conformidade com medidas corretivas em decorrência do juízo formado.

Waline (1993) considera que na Administração Pública o controle transcorre em dois momentos, no primeiro assegura a melhor forma de executar o serviço e no segundo analisa a execução para aprimorá-la.

Para Peleias (1992), o controle é um processo administrativo contínuo e recorrente que avalia o grau de aderência entre os planos e a sua execução; analisa os desvios, procura conhecer as causas e direciona ações corretivas.

Nesse sentido, pode-se afirmar que o controle é indissociável da administração e o controle interno, visto dessa forma, é uma função gerencial. O controle interno

permite coordenar tarefas para alcançar objetivos e metas estratégicas, avaliar a organização e racionalidade dos procedimentos, garantir informações e qualidade de serviços e produtos; assegurar recursos financeiros, humanos e materiais com eficiência e eficácia. (Silva, 1993).

Há inúmeras tipologias de controle interno na administração pública: auto-controle; controle hierárquico; controle de eficiência; inspeção; auditoria; ouvidoria; supervisão e outros. Controle de gestão, auditoria. E mecanismos mais democráticos de controle como ouvidoria são os formatos que mais se compatibilizam com as propostas formuladas para a nova Administração Pública.

Dentro do controle de gestão, Costet (1973: 78) propôs a gestão por objetivo que possui 3 fases: “*determinação dos objetivos e programas; medidas dos resultados e verificação dos desvios, execução de ações corretivas*” Nesse sentido, o controle se baseia nos resultados ou realização de tarefas e para isso, cada centro de responsabilidade tem fixado objetivos para a realização de resultados discutidos previamente. Da mesma forma que os centros de responsabilidade recebem obrigações para serem cumpridas, recebem também delegações de autoridade, indicadores de gestão, orçamento baseado em análise de custos e quadros de informações a serem alimentados periodicamente, que em comparação aos objetivos, permitem ações corretivas.

Com estas premissas, Costet (1973) afirma que no controle de gestão é possível prevenir a diluição da responsabilidade dos executores e estruturar a técnica da gestão por objetivos, orientando-a para os resultados e realizações. Estabelece a definição de objetivos, fixados para cada ação, e dos meios disponíveis a fim de realizá-la.

Também, o controle de gestão permite o acompanhamento simultâneo da atuação gerencial, com possibilidade de aplicar medidas corretivas a cada passo, impedindo a dispersão e mau uso de recursos, enquanto quebra a rigidez da estrutura hierarquizada, sem deixar de observar um certo escalonamento, pela existência de um agente controlador e de um chefe de projeto.

Em síntese, as discussões acerca da administração pública buscam estratégias para bem utilizar e modernizar elementos fundamentais do setor público quanto ao melhor atendimento ao usuário mediante serviços eficientes e eficazes e fortalecimento da capacidade regulatória das instituições públicas. Ao adotar concepções modernas de

controle interno, amplia o foco por estender o controle não apenas aos processos, mas também a produção e aos resultados.

Se, sob o ponto de vista de Bresser Pereira (1998), a Constituição Federal de 1988 é um retrocesso face ao processo de descentralização administrativa, na formatação do sistema de saúde, ela propõe avanços tão importantes que se pode considerar que o setor é o precursor da reforma administrativa brasileira, visto que se ancora no princípio de descentralização, com atendimento integral e participação da comunidade (Senado Federal, 2002). Paralelamente, para efetivação desse princípio e suas diretrizes, dispõe de mecanismos de regulação com alcance de eficiência e eficácia.

Costa (1998) relata que de meados da década de oitenta até o momento, o processo de descentralização acontece graças a políticas regulatórias que explicitam leis, normas e regras que conferem autonomia (em diferentes graus) aos sistemas municipais de forma a responsabilizar, cada vez mais, o poder local pelo acesso e qualidade da assistência de saúde, desde as regulações postas na Constituição Federal, as Leis Orgânicas nº 8.080 e nº 8.142, as Normas Operacionais Básicas, as Instruções Normativas, o Sistema Nacional de Auditoria, dentre outros (Brasil, Ministério da Saúde, 2001).

O Ministério da Saúde, mediante a elaboração e aplicação de normas visando à descentralização, amplia a capacidade de gestão dos municípios sem perder sua capacidade de formular e controlar a política de saúde. Como exemplo, podemos citar a Norma Operacional Básica de 1996 (NOB/SUS-96) que, por meio de regras de financiamento, enseja a mudança da lógica assistencial curativa na condução dos serviços no nível local e implementa os programas de saúde da família (PSF) e de agentes comunitários (PACS) voltados à assistência preventiva e integral do indivíduo no seu núcleo familiar. Depois da Norma Operacional Básica de 1996 (NOB/SUS-96), progredem os avanços nas normas operacionais, especialmente, a Norma Operacional da Assistência à Saúde de 2002 (NOAS 2002) que se dirige mais à organização do sistema nas regiões e estados, definindo-lhes um novo papel na gestão e, em particular, atribuindo-lhes responsabilidade pela regionalização e hierarquização dos serviços, pelo acesso da população aos níveis de média e alta complexidade mediante sistemas de referência (Brasil, Ministério da Saúde, 2002).

É preciso observar que, embora os mecanismos de regulação para a atenção básica comecem a se voltar para resultados, tais como cobertura assistencial e pactos

para melhoria nos indicadores de agravos com transferência de recursos automática, o controle exercido nos serviços de alta e média complexidade ainda não superaram o modelo do extinto INAMPS, que se detém no pagamento por procedimentos realizados.

Nesse campo, o principal objeto de regulação é o sistema de saúde como um todo. Ou seja, a saúde, considerada um bem essencial e de relevância pública, tem a formulação de políticas e o controle sob responsabilidade governamental. Guardando-se as particularidades do setor público e privado, o controle, no primeiro, tem um sentido mais forte com atribuições de domínio no que diz respeito à direção, limitação e fiscalização e, no segundo, o termo representa uma função pública predominantemente fiscalizadora.

Há dois tipos de instâncias que desempenham funções de controle no campo da saúde: as internas ao setor, que fazem parte das instituições de saúde, tal como o Ministério da Saúde, o Sistema Nacional de Auditoria, os Conselhos de Saúde, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária; e as externas ao setor tal como o Tribunal de Contas e Ministério Público (Ribeiro et al, 2000). Observa-se que, controle como o adotado pelo Tribunal de Contas, ainda é dedicado aos aspectos formais e legais dos atos administrativos e, quando desejam examinar os resultados de tais atos, esbarram na falta de legitimidade e de profissionais capacitados (Schwartzman, 1996).

Para Almeida (1999), o objetivo da reforma no setor saúde é garantir melhor atendimento com controle adequado e para isso há três estratégias: intensificar a descentralização com a flexibilização dos critérios de habilitação para estados e municípios; organizar um sistema de atendimento orientado por dois sub-sistemas um para a atenção básica e outro para referência ambulatorial e hospitalar; desenvolver um sistema de informação que gere indicadores para aferir resultados e qualidade da atenção além do desempenho dos serviços, custos e despesas e controle epidemiológico.

Motta (2001) adverte que essa nova visão do público, a partir da Reforma Administrativa Brasileira, no que respeita ao setor saúde, pode aumentar o risco de fragmentação dos serviços, ampliar as iniquidades e reduzir a governabilidade. Ao mesmo tempo, o autor a entende como uma oportunidade de melhorar a eficiência referente aos gastos e elevar a qualidade dos serviços. Acredita, também, que a eficácia na gestão pode modificar a qualidade das ações e promover a satisfação dos usuários.

A concepção de administração por resultados é uma alternativa às organizações de saúde. Para isso é preciso haver transformações como o desenvolvimento de ações mais competitivas e a introdução de novos estilos de gestão a partir do incremento da descentralização e autonomia institucional, especialmente com maior autonomia nos processos de trabalho (Motta, 2001).

No entanto, observa-se que nas organizações de saúde, o controle permanece burocrático atendo-se ao cumprimento das determinações oriundas do executivo cuja maior preocupação consiste em atender às normas regulatórias do setor para não correr o risco de perder benefícios financeiros. Dessa forma, os gestores desenvolvem suas atividades, abdicando do controle do processo, ou seja, sem a plena capacidade de planejar, organizar, dirigir e controlar. Neste caso, trata-se do processo de desconcentração e não, exatamente, de descentralização, que se evidencia, segundo Hortale (1996) pelo maior poder de decisão no interior de uma organização e por sua capacidade de responder mais rapidamente às demandas externas.

Nesse sentido Rivera (2003), ao debater o planejamento estratégico situacional nas organizações de saúde, acrescenta a responsabilidade como um requisito e, neste caso, sua escassez gera tendências no caminho da centralização e ingovernabilidade. Rivera defende a prestação de contas por resultados, com uma gestão voltada para objetivos ou operações em uma organização com desconcentração de poder e delegação permanente, com responsabilidade<sup>3</sup> que implica em planejamento criativo e descentralização. Cunha & Santos (2001) consideram a gerência local, de unidades em todos os níveis do sistema municipal de saúde como premissa para a garantia da descentralização, autonomia e democratização dos serviços de saúde. Os autores consideram possível construir um processo mais democrático e participativo se a essas gerências for possível atribuir a responsabilização por meio do planejamento descentralizado com autonomia nos processos decisórios.

Atualmente, o que está posto é a necessidade de cumprir todas as exigências regulatórias do setor e o controle de gestão, propriamente dito, centrado no cumprimento de objetivos e metas institucionais pactuadas externamente. Comprova essa situação, a Portaria GM/MS nº 548, de abril de 2001, pela qual foram criados instrumentos de gestão do SUS, em todas as esferas governamentais:

---

<sup>3</sup> Responsabilidade ligada “à possibilidade de controle dos processos de produção técnica e organizativa por parte de quem se coloca como objeto de controle(...)a responsabilidade opera como um freio a uma



1 Agenda de Saúde: com prioridades e estratégias detalhadas, com eixos de intervenção, objetivos, metas e indicadores para cada exercício anual. A Agenda tem fluxo descendente sendo iniciada pelo Ministério da Saúde;

2 Plano de Saúde: contém as intenções políticas, diagnóstico de saúde da população e dos aparelhos existentes em todas as complexidades do sistema de saúde contidos na respectiva esfera do Plano. Deve descrever metas, estratégias e servir como base para o orçamento. Seu fluxo é ascendente sendo iniciado no município;

3 Quadro de metas: parte do Plano de Saúde, corresponde aos objetivos e metas do Plano por ano de exercício e constitui a base para elaboração dos Relatórios de Gestão;

4 Relatórios de Gestão: são relatórios avaliativos da gestão de cada exercício com os problemas encontrados, metas pactuadas e alcançadas e destino e aplicação dos recursos destinados à saúde na respectiva esfera de governo. Seu fluxo é ascendente (Brasil/Ministério da Saúde apud CONASS, 2003).

Além desses instrumentos, há acordos sobre indicadores de atenção pactuados por região e cada programa assistencial estabelece metas tanto para captação, tratamento e acompanhamento de doentes ou de grupos quanto para ações de prevenção de doenças e promoção da saúde.

A descentralização e a administração por resultados vêm acontecendo entre as esferas de governo sem, no entanto, otimizar os processos administrativos internos de organizações como as secretarias municipais de saúde, que mantêm uma rotina de trabalho que pouco considera a análise dos resultados. Coordenação e controle são fundamentais para promover melhorias administrativas, porém a sua efetiva implantação e desenvolvimento, em termos de mecanismos concretos, ainda são dificuldades a serem vencidas.

Nessa perspectiva, um dos desafios deste estudo é encontrar subsídios para a aferição da eficácia e eficiência administrativas de gerentes de serviços de saúde em uma organização municipal.

## HIPÓTESE E OBJETIVOS

Este estudo foi suscitado pela observação empírica de que, embora exista um processo político e jurídico de transformações na administração pública e, em particular no setor saúde e sistemas municipais de saúde, isto não está ocorrendo no interior das organizações municipais de saúde, diminuindo as possibilidades de potencializar a eficácia e a eficiência gerenciais.

Atualmente, congregação de pessoas e produção é a chave para a modernidade administrativa amplamente difundida. Porém, uma organização pode ser eficiente sem ser eficaz, uma vez que o uso eficiente de recursos é uma condição necessária porém não suficiente para assegurar a eficácia. Com base nesta premissa esta pesquisa buscou analisar a eficácia e a eficiência agrupadas como uma só finalidade da função gerencial.

Teve como objetivo geral analisar o sistema de gerenciamento da Secretaria de Saúde de Campo Grande (SESAU)

Buscou como objetivos específicos:

- Caracterizar os processos internos da administração da SESAU no que diz respeito à eficácia e eficiência;
- Identificar as atividades gerenciais que podem favorecer o melhor desempenho da organização;
- Mapear as atividades gerenciais executadas pelas chefias em todos os níveis administrativos da SESAU;
- Discutir os principais problemas que limitam o pleno desenvolvimento da eficácia e eficiência das ações administrativas no cotidiano dos gerentes da SESAU;

O desafio posto é buscar subsídios teóricos que favoreçam a construção de ferramentas capazes de aferir o desempenho administrativo no que diz respeito a eficiência e eficácia das ações gerenciais.

## ***CAPÍTULO I***

### ***O MODELO TEÓRICO DESENVOLVIDO PARA ANÁLISE DA EFICIÊNCIA E EFICÁCIA.***

## **1 EFICIÊNCIA E EFICÁCIA EM UMA ORGANIZAÇÃO DE SAÚDE: CATEGORIAS DO MODELO TEÓRICO DE ANÁLISE**

Genericamente, o termo organização pressupõe dois entendimentos: método e ordem em uma determinada estrutura, inserida em um contexto social; espaço em que pessoas se engajam em torno de um trabalho coordenado. As organizações se constituem de pessoas voltadas para o objeto a ser trabalhado, pressupõem divisão de autoridade em cadeias hierárquicas verticais ou horizontais; sistema de comunicações, relações de interdependência e conjunto de critérios objetivos para avaliar e controlar os resultados. A organização é um espaço para tomada de decisões e faz parte de um sistema social cada vez mais complexo (Lapassade, 1983).

De acordo com Guerreiro (1989), uma organização é constituída por cinco subsistemas: pessoas (subsistema social) com princípios e valores organizacionais (subsistema organizacional) que desempenham funções em espaços definidos; tomada de decisões (subsistema de gestão) sobre os diferentes recursos da organização (subsistema físico) que se baseia no uso de informações (subsistema de informação).

Para Mintzeberg (1995) as organizações podem coordenar tarefas por meio de mecanismos tais como o ajustamento mútuo, a supervisão direta, os processos padronizados. Na última década surgiu uma tendência de estudar as estruturas de forma mais ampla, em uma perspectiva múltipla, que utiliza o modelo racional, sistêmico e a dimensão política para melhor compreender a realidade complexa das organizações. O autor cita como exemplo, o relacionamento entre o formal e o informal, entre a supervisão direta e a padronização por um lado e o ajustamento mútuo por outro. Os estudos apresentam como resultado a demonstração que as estruturas formais e informais muitas vezes não se distinguem. Em alguns casos observa-se o uso de instrumentos informais para obtenção do poder e mecanismos de ajustamento mútuo presentes na estrutura formal, indicando que, muitas vezes, a estrutura formal reflete o reconhecimento dos comportamentos informais.

Para Eraly (1988), todo o funcionamento de uma organização depende do resultado das produções anteriores. A organização é, em grande parte uma acumulação de conhecimentos, de representações, de procedimentos, de técnicas, de riquezas, um conjunto sedimentado de formas mais ou menos estáveis, das quais apenas uma minoria está suscetível a uma adaptação no curto prazo.

Mintzberg (1982) analisa as organizações sob dois aspectos: o ambiente externo que pode modificar as organizações quanto à dinâmica e complexidade externas, diversidade de mercados e grau de hostilidade, ou seja, a organização responde e adapta-se ao ambiente em que está inserida; segundo, a distribuição interna do poder.

O fato de a organização ser primeiramente formada por um sistema social, pressupõe indivíduos com diferentes aspirações e capacidades, ou seja, em uma organização as pessoas têm liberdade para criar e adaptar atividades e informações conforme seu posicionamento diante da e na organização e conforme o modo como se dão as inter-relações (Hortale, 1996), isso posto, pode-se considerar como verdadeira a afirmação de Matus (1996b) de que, em uma organização haverá tantas racionalidades quantos interesses houver. A sobrevivência de uma organização não se justifica somente pela capacidade de se adaptar aos ambientes financeiro e tecnológico, *“mas também pela conformação a fatores normativos de apoio e legitimidade”* (Silva-da-Fonseca, 2003:51)

O “movimento interno” e as relações em uma organização, podem influenciar de modo significativo o estilo administrativo, a organização e estruturação do trabalho, a aspiração individual e a autonomia profissional.

Para Tissier (apud Hortale, 1996) há quatro leis para uma gerência eficaz. Primeiro um gestor eficaz depende do desenvolvimento das pessoas que ele coordena e da vontade destas pessoas de alcançar o objetivo coletivo; segundo, o gestor deve conhecer e utilizar vários estilos administrativos e usá-los conforme as necessidades da organização; terceiro, o gestor deve manter uma permanente avaliação da autonomia das pessoas e grupos e finalmente, cabe ao gestor eficaz a criação de condições adequadas para o desenvolvimento de autonomia no trabalho.

A eficiência e eficácia não são por si só suficientes ou passíveis de serem alcançadas mediante a vontade de obtê-las. A era da informatização, as pressões do ambiente sobre as organizações, somadas a ampliação da profissionalização têm levado as organizações a assumir práticas cada vez mais homogêneas, até em decorrência da grande oferta de cursos do tipo MBA ou especializações para diferentes áreas da administração. (Silva-da-Fonseca, 2003).

A busca por alternativas criativas para avaliar e monitorar o desempenho de organizações, setores e pessoas tornou-se comum em países do ocidente e inclusive a

Coréia, uma vez que tais países desencadearam processos de reforma administrativa no setor público para alcançar melhores resultados com redução de gastos (Ramey, 1999).

Grande parte da dificuldade, ao discutir desempenho em organizações, é focar o objeto a ser avaliado. Matus (1996a) não dissocia a dimensão política da técnica e por isso não admite avaliações apenas no formato técnico nas atividades de governo. Na lógica política, não há neutralidade na escolha de meios tanto quanto é falsa a distinção entre meios (eficiência) e fins (eficácia). Por isso o autor propõe mecanismos técnico-políticos para acompanhar o desempenho das organizações públicas em três âmbitos: macroqualidade ou gestão pública, para conhecer os resultados diretos sobre as demandas políticas e sociais e se refere à qualidade da democracia; gestão econômica que registra as conseqüências da economia sobre o crescimento; microqualidade que corresponde aos problemas específicos valorizados pela população como saúde, saneamento, educação. Este último reflete a relação entre necessidades da população e capacidade gerencial.

O estabelecimento de medidas de desempenho administrativas voltadas para resultados foi tema de um simpósio organizado pela OCDE (Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico) na Alemanha, em 2002, para discutir governo e desempenho administrativo (OCDE, 2003).

Nos Estados Unidos, há grande empenho em dirigir os serviços de forma eficiente e eficaz para os cidadãos apoiando-se nos resultados. No governo Clinton, em 1993, foi criada a Lei Sobre desempenho e Resultados do Governo (*Government Performance Results Act -GPRA*), um plano de reformulação do serviço público nos Estados Unidos, que tem como fundamento o orçamento público por resultados. O GPRA estabelece plano quinquenal com revisão a cada três anos e apresentação de relatórios de metas e resultados alcançados. A partir destes, o plano desmembra-se em anual, incluindo indicadores preferencialmente comparativos entre resultados alcançados e metas estabelecidas (Blair, 2002; Trosa, 1999). Também o Poder Executivo do governo americano solicitou para a Repartição de Gestão e Orçamento que forneçam indicadores de desempenho nas solicitações orçamentárias para que os mesmos possam ser utilizados caso os resultados não sejam satisfatórios (Newcomer, 1999).

Recentemente, para atender a uma prioridade da agenda do governo Bush, preocupado com a qualidade e desempenho da força de trabalho, o *Office of Personnel*

*Management* (OPM) desenvolveu um sistema de aferição de desempenho por meio de um cartão baseado nas cores verde para sucesso, amarelo para intermediário e vermelho para insucessos. Este sistema verifica cinco dimensões do desempenho em serviço da organização e seu capital humano:

- Capacidade de alinhar pessoas a missão, visão, metas e estratégias da organização;
- Sensibilidade para definir perfil para contratação de pessoas aptas a ocupar posições críticas na organização;
- Desempenho gerencial. Os gerentes devem ter perfil inovador com motivação para si e para encaminhar as pessoas em direção às metas. As chefias devem demonstrar honestidade, integridade, abertura e respeito aos indivíduos. Nesse sentido as organizações precisam identificar, capacitar e incentivar pessoas que demonstrem estes valores;
- Capacidade de avaliar, na aferição de desempenho, o conhecimento administrativo e a experiência acumulada das pessoas na organização (Behrens, 2002);

No Reino Unido, há verificações de desempenho, realizadas duas vezes por ano, com destaque para quatro elementos: acordos feitos para consecução das ações; plano de realizações a ser executado; plano das unidades ligadas à organização e o desempenho individual do gerente. Tal verificação de desempenho individual se fundamenta em um rol de competências que é uma mescla entre “*competências, habilidades e conhecimento*” (Behrens, 2002).

Assim, no Reino Unido, considera-se eficaz a gerência pautada em variáveis como a capacidade de ser acessível a todos, ter atitudes honestas, conhecer o ambiente e sondar por meio de conhecimento e experiência, desafiar seus subordinados e estar preparado para outros desafios, dizer o que fazer, tomar decisões difíceis medindo os riscos. Por oposição, ser ineficaz implica em dizer uma coisa e fazer outra, travar lutas pessoais no trabalho em detrimento de interesses maiores, adotar leis próprias, mostrar agressividade negativa e indiferença. (Behrens, 2002).

O Canadá demonstra avanços na verificação do desempenho individual de pessoas e de serviços públicos com a apresentação de critérios e ferramentas de

verificação (Fleury, 2002). Há um programa de aferição de desempenho para ministros e executivos (*leaderships*<sup>4</sup>) elaborado a partir de cinco competências essenciais:

- intelectuais que implicam em capacidade cognitiva e criatividade;
- visão de futuro;
- administrativas para atividades gerenciais, consciência organizacional, trabalho em equipe e parceria;
- inter-relacionais e comunicação;
- pessoais quanto à resistência ao estresse, valores e ética, personalidade e comportamento (Fleury, 2002:6).

Tais competências são aferidas por meio de um acordo pautado em três aspectos do trabalho das lideranças: compromissos em curso; compromissos-chave para áreas prioritárias (geralmente são acordados três compromissos prioritários mensuráveis); medidas de desempenho, incluindo as competências.

Trosa (2001: 102), observa que as tendências atuais na gerência situam-se na fixação de objetivos, planejamento e governança expressas da seguinte forma:

- *desenvolver as organizações que aprendem (learning organization);*
- *levar os objetivos do coletivo ao individual, do mais alto ao nível mais baixo, através de uma verificação de coerência em vez de um sistema de cascata de objetivos que se adicionam;*
- *desenvolver os objetivos por um método indutivo, mais do que dedutivo seja ele de cenários ou de análise de problemas;*
- *promover a governança de um plano combinado de mecanismos de garantia de qualidade e de self control, em vez de um único controle e da inspeção tradicionais.*

As organizações públicas têm como característica o fato de que:

*Integram-se no sistema governamental e da sociedade, mediante sua missão como razão de sua existência. Assim, o objetivo básico da organização governamental é cumprir sua missão em continuidade, criando valor para a sociedade. Para tal, a organização projeta objetivos, compartilhados por todos os*

---

<sup>4</sup> Trosa entende *Leadership* como a capacidade de ter visão de futuro no sentido de definir como a organização se situará no seu ambiente futuro para além da perspectiva de objetivos e ter valores tais como: preocupação constante com clientes e os usuários; estado de espírito de melhoria contínua; capacidade de ser um bom gerente de pessoal; criatividade e inovação (Trosa, 2001: 297).



*níveis gerenciais, e interage continuamente com os sistemas da sociedade (Catelli, 2001:88).*

Para Silva-da-Fonseca (2003) as organizações, na abordagem institucional, se conservam a partir da identificação de propósitos sociais e no estabelecimento de preceitos para alcançá-los. Os propósitos precisam ser partilhados entre todos e o conjunto de regras, a incorporação de tecnologias, instituídos por quem tem esse direito reconhecido para definir tais questões.

Etzioni (apud Lakatos, 1997) considera que as organizações de saúde são de natureza utilitária ou normativa, por terem membros profissionais nos níveis executivos e as caracteriza como formais uma vez que têm como finalidade o bem-estar público. Tais organizações utilizam como meio de controle o tipo (democrático) externo em que o cidadão e usuário devem ter os meios para controle da missão da organização. No entanto, sua estrutura interna permanece burocrática guiada pelo critério da eficiência.

Para Dussault (1992), os serviços públicos de saúde possuem como especificidade o fato de terem maior dependência do ambiente social e político, com modelo de gestão predominantemente burocrático com autoridades delegadas e a obrigação de prestar serviços podendo sobreviver independentemente da eficiência. Frequentemente, os serviços públicos de saúde apresentam três problemas: disputas de poder tanto políticas quanto técnicas; profissionais qualificados, divididos em diversas categorias, responsáveis pelas ações; atuação direta junto ao público.

O entendimento dos profissionais enquanto recursos imprescindíveis para o cumprimento da missão da organização evidencia uma séria de dificuldades na condução gerencial. Primeiro, porque os profissionais identificam-se mais com a categoria a qual pertencem do que com a organização para a qual prestam serviços. Segundo, devido a dificuldade de organizar atividades em equipe posto que, no processo de formação, cada categoria adquire habilidades próprias para serem desenvolvidas no conjunto da assistência, ou seja, cada profissional faz a sua parte e espera do outro que faça a sua. Terceiro, é bastante difícil avaliar o serviço executado, dado a dificuldade em mensurar as atividades (Cecílio, 1997).

Para as organizações de saúde, as categorias de eficiência e eficácia devem adaptar-se ao estilo gerencial por resultados com delegação de responsabilidades. Não é mais aceitável que se estabeleçam políticas de saúde, tal como o Programa de Saúde da Família, cuja essência reside no trabalho em equipe, atrelado ao município, ao

pagamento de produtividade por produção individual, ignorando os resultados estabelecidos em um momento anterior e transformados em responsabilidade por toda a equipe. O mito que se impõe sobre atribuições das profissões precisa ser rompido para a introdução de uma nova racionalidade na gestão dos serviços de saúde.

A gestão por resultados (eficaz) nas organizações de saúde, somente, não é suficiente para assegurar a qualidade dos procedimentos, ou seja, há resultados que precisam ser alcançados indiscutivelmente. No entanto, as características inerentes aos serviços de saúde implicam na necessidade de imprimir eficiência nas práticas. Neste setor em particular, a eficiência e eficácia não podem ser dissociadas.

Na Administração Científica, eficiência e eficácia fundamentam-se na divisão do trabalho, agrupamento de tarefas para maior rendimento levando em consideração que a empresa é um sistema fechado. Adotando outra perspectiva, a Escola de Relações Humanas afirma que a eficiência é verificada quando o grupo de trabalho, organizado por afinidades, atende aos objetivos da empresa participando das decisões, enquanto a eficácia é pouco considerada por estar relacionada à organização formal. A Escola Behaviorista, representando a superação das duas primeiras enfatiza a capacidade humana em se adaptar, considera a eficácia e a eficiência como uma coisa só na medida em que a ação, se relacionada a diversos fatores (conhecimento do futuro, diversidade de opções, regras e outros), está sempre à procura do alcance dos objetivos. A Escola Estruturalista e suas diversas vertentes vêem a eficiência como a capacidade de uma organização em alcançar o equilíbrio na busca de seus objetivos e a eficácia, como consequência, é medida pela realização dos objetivos. Para a Abordagem de Sistemas Abertos, que adota a teoria do homem funcional, a eficiência e a eficácia fazem parte de um sistema de *inputs* e *outpus* sendo a eficiência entendida como a energia que entra no sistema, é processada e devolvida ao meio como produto. E a eficácia é a maximização de rendimentos para a organização (Lakatos, 1997; Chiavenato, 1983; Drucker, 1975; Bateman & Snell, 1998).

Levando em consideração os limites deste estudo, a pesquisa se concentrou na dimensão racional por considerar relevante e pertinente esboçar um modelo que consiga, de forma aproximada, identificar o desempenho gerencial por meio de atividades administrativas.

A discussão das categorias eficiência e eficácia deve partir do pressuposto que a organização engloba objetos materiais, processos (métodos e técnicas), pessoas e suas

interações internas e externas. Ambas são adotadas e aceitas como indicadores de gestão por todas as escolas da administração, com pequenas variações, ora na produção, ora na qualidade ou nas inter-relações.

De modo geral, a eficiência é aferida nas atividades intermediárias relativas ao uso ótimo dos recursos e execução de tarefas do modo mais rápido com o menor esforço e custo e por isso apóia-se em métodos, tarefas e técnicas para operacionalizar e normalizar o serviço. Assim, pode ser verificada no inter-relacionamento entre os elementos da organização. Em termos de conseqüências de ação, pode ser entendida como a habilidade de fazer certo as coisas; resolver os problemas; salvaguardar os recursos; cumprir com dever; reduzir os custos. É a distribuição de resultados em relação aos insumos utilizados para a sua obtenção (Lakatos, 1997; Chiavenato, 1983; Drucker, 1975, Bateman & Snell, 1998).

Para Lakatos (1997), o conceito de eficiência tem como características: relação ótima entre produto e insumo (*output/input*); refere-se aos aspectos internos da organização, englobando todo o conjunto de métodos; define-se em termos de meios utilizados na organização para alcançar seus objetivos (metas). Deve-se considerar, para as organizações de saúde, que a eficiência implica na maximização da produção e esbarra na dificuldade de dirigir pessoas e projetos para um objetivo comum.

Nas organizações de saúde, submetidas a perspectiva de organizar os serviços com base nas necessidades de saúde e nas informações sobre saúde e doença de grupos e populações, a eficiência subordina-se à eficácia e deve ser aferida também na produtividade, mas principalmente na qualidade dos meios empregados para o alcance dos resultados (Campos, 1994).

Neste estudo a eficiência foi entendida como:

- a capacidade do gerente em planejar, organizar, dirigir e controlar suas tarefas/funções;
- o conjunto de meios selecionados pelo gerente para o alcance dos resultados (planejamento);
- as práticas individuais e coletivas adotadas pelo grupo subordinado a gerência para a produção da assistência (direção);

- o uso ótimo dos recursos disponíveis (organização);
- os instrumentos desenvolvidos para a verificação do desempenho individual e coletivo (controle).

Os custos e o financiamento não são pertinentes nesse enfoque e não foram levados em consideração na verificação da eficiência gerencial.

A ciência administrativa afere eficácia nas atividades finalísticas em que analisa se as ações atenderam aos objetivos. As palavras-chave enfatizam a seleção e observância dos objetivos institucionais. Como conseqüências da ação eficaz, considera-se a capacidade de fazer as coisas certas; produzir soluções criativas, maximizar o uso de recursos; obter resultados (Lakatos, 1997; Chiavenato, 1983; Drucker, 1975). Bateman & Snell (1998) consideram eficácia como o grau com que os resultados alcançados correspondem aos esperados das organizações e indivíduos, mensurado pelo ambiente externo. Para esses autores, ser eficaz resume-se em atingir os objetivos organizacionais.

Lakatos (1997) considera que a eficácia abrange o processo de tomada de decisões, visando à maximização do rendimento (eficiência) da organização, especificamente nos subsistemas internos, medida em termos mais de produto do que de insumo. Quanto a este último, deve ser obtido na quantidade suficiente, em condições vantajosas; define-se em termos de fins, isto é, atingir os objetivos (metas) da organização; refere-se aos aspectos externos, ou seja, adaptação da organização ao ambiente externo (pois quando se preocupa com a manutenção dos subsistemas internos, o faz com a finalidade de otimização do relacionamento da organização, como um todo harmonioso e eficiente, com a sociedade).

Neste estudo a eficácia, sob o prisma da administração por resultados, passa a ser considerada como a “*capacidade dos serviços de resolverem problemas de saúde*” (Campos, 1994:20) e mais a capacidade de produzir mudanças nos indicadores de saúde/doença da população. Sua aplicação verifica a capacidade dos gerentes em obterem resultados nas atividades que lhes são confiadas: planejamento, organização, direção e controle de um determinado serviço.

Há, indiscutivelmente, fatos convergentes aceitos pelos diversos autores estudados: não há organização sem objetivos; as diversas concepções de eficácia e eficiência dizem respeito aos objetivos da organização. A eficácia, relacionada aos

resultados da totalidade da organização, pode facilmente ser verificada em quantidade de produtos produzidos. No entanto, conforme já discutido, não é o que se deseja aplicar ao sistema de saúde. Também é necessária a compreensão do conceito de cliente interno devido ao fluxo de relações internas e interdependentes na organização da SESAU.

Mintzberg (1995) observa cinco partes em uma organização:

- **Cúpula estratégica:** encarregada de assegurar que a organização cumpra sua missão de maneira eficaz e, também, de satisfazer as exigências daqueles que controlam ou de outra forma exercem poder sobre a organização. Absorve 3 conjuntos de obrigações. Primeiro, refere-se a supervisão direta. Aloca recursos, decide sobre assuntos importantes, resolve conflitos, acompanha o desempenho dos funcionários e os motivam. Segundo, faz as relações com o ambiente externo na dimensão política e técnica, no que diz respeito ao poder e representação. Terceiro, define as estratégias, *“enquanto o impulso mediador entre a organização e seu ambiente.”*(Mintzberg, 1995:22). É a cúpula estratégica que tem a perspectiva mais ampla da organização e, como resultado, atividades mais abstratas e pouco repetitivas. O modelo administrativo mais usual é o do ajustamento mútuo.
- **Linha intermediária:** *“a cúpula estratégica é ligada ao núcleo operacional pela cadeia de gerentes com autoridade formal pertencentes à linha intermediária”* (Mintzberg, 1995:22).
- **Tecnoestrutura:** como assessorias e apoio responsáveis pela adaptação da organização às demandas e pelo controle dos setores da organização.
- **Assessoria de apoio:** presente nas organizações modernas, com o objetivo de dar apoio tecnológico à organização.
- **Núcleo operacional:** que desenvolve o trabalho relacionado a execução da atividade, ou, no caso da setor saúde, que presta a assistência ao público por meio de quatro funções: assegura a entrada para a produção; transforma as entradas em saídas (executa a assistência); distribue as saídas; dá suporte direto para as entradas, para as transformações e para as funções de saídas. O núcleo operacional é a razão de ser de todas as organizações, pois produz os resultados essenciais que a mantém com vida.

As inter-relações entre as partes, aqui denominadas de unidades de serviço, por compreender que, cada parte (setor, núcleo, coordenação) da organização, produz um resultado de modo a atender aos objetivos específicos dentro do processo, desempenham papel de clientes e fornecedores de forma a produzirem impacto nos resultados da organização (Gianese & Corrêa, 1994). Sem desvincular as unidades de serviço da totalidade institucional, essa forma de analisar a organização, ajuda a observar melhor a eficácia e eficiência interna e identificar os fatores limitantes e as potencialidades particulares de cada setor.

## **2. AS DIMENSÕES DA ANÁLISE: PLANEJAMENTO, ORGANIZAÇÃO, DIREÇÃO E CONTROLE.**

Já esboçadas anteriormente, as principais diferenças entre as escolas da administração decorrem do foco sobre o qual incidem suas ênfases e as diversas visões de eficiência e eficácia. Pode-se afirmar que a teoria administrativa clássica enfatiza a produção medida sob a perspectiva racional que orienta as atividades para atingir objetivos. Os objetivos são usualmente definidos no ápice da organização e repassados às unidades de serviço em forma de metas. A visão da organização é formal e as demais relações são desconsideradas neste modelo (Drucker, 1975; Simon, 1979). A teoria das relações humanas, ou na perspectiva natural, entende a organização como um organismo composto de diversos sistemas. Centra sua atenção nas pessoas e entende que o desempenho da organização está diretamente atrelado à satisfação das necessidades das pessoas. Admite além da dimensão formal, a informal. O grau de incerteza em torno da organização depende da complexidade do ambiente externo e suas relações com a organização (Chiavenato, 1983). A teoria da organização na perspectiva política, com enfoque múltiplo, trás para o centro da discussão os conflitos, interesses e poder enquanto categorias analíticas. Parte do entendimento que a organização é um sistema competitivo que admite várias racionalidades (Lima, 1994).

Dadas as contribuições de cada escola para a compreensão de uma organização, admite-se que gerenciar implica em mesclar todas as dimensões, ou seja, estabelecer objetivos claros e metas distribuídas em grupos de trabalho e controlar os resultados por meio de sistemas de avaliação permanentes ou por projetos, presentes na perspectiva

racional. Sobretudo nas organizações de saúde, que têm nos profissionais o principal recurso para alcançar os resultados, é preciso conhecer as características e o ambiente onde se desenvolve o processo de trabalho na organização como um todo e em cada subsistema, levando em consideração, desta forma, a perspectiva das escolas das relações humanas e dos sistemas. A dimensão política complementa ao levar categorias como poder e incertezas (conflito, interesse) ao centro da análise.

Dentre as dimensões administrativas decorrentes das diversas teorias, o planejamento, a organização, a direção e o controle compõem o processo gerencial no sentido de que as atividades tem interação dinâmica, são inter-relacionadas e interdependentes e acontecem enquanto atitudes cotidianas que ocorrem ao mesmo tempo ou em tempos diferentes sem observar a lógica sequencial em que estão sendo aqui apresentadas. Consideramos que tais dimensões podem ser utilizadas como caminhos para a verificação do desempenho gerencial em uma organização de saúde.

Utilizar tais dimensões da administração para conhecer a dinâmica das dimensões gerenciais não no sentido de reproduzir a administração “puritana” de Taylor de neutralização de conflitos ou a hierarquia monocrática defendida por Fayol (Prestes Motta, 1986). Diferente do que se propunha na época, de concentrar a concepção na cúpula e disseminar a execução na base, nesta pesquisa há o entendimento de que as dimensões administrativas fazem parte das atividades gerenciais em todos os níveis da organização de modo que os objetivos não se avolumem em cascata (Trosa, 2001) conforme decresce na hierarquia organizacional, mas sejam discutidos e “animados” pela missão, em todos os setores. As quatro dimensões administrativas, percorrendo todos os setores e níveis da organização, reduz a tecnoburocracia, evidencia conflitos e produz soluções mais criativas, permitindo experimentar os sabores e dissabores da responsabilidade.

O planejamento diz respeito à capacidade de prever o futuro. É entendido como a capacidade de estabelecer objetivos e meios para alcançá-los. Para Drucker (1975b) estabelecer objetivos é uma questão de manter o equilíbrio entre resultados e processo, necessidades imediatas e futuras, objetivos contemplados e meios existentes. O planejamento pressupõe a capacidade de configurar objetivos e estabelecer as ações adequadas para atingi-los. Envolve a capacidade de compreender o momento atual, dispor de canais de informação para sustentar as decisões, escolher estratégias de ação condizentes com os recursos disponíveis.

Nas organizações de saúde, há um grande esforço para implantar o Planejamento Estratégico Situacional e suas versões. Esse planejamento, didaticamente estruturado em quatro momentos, parte de uma explicação da realidade para a elaboração de um cenário futuro e possível, transcrito em objetivos e metas, pressupõe que deva ser elaborado por todos envolvidos na ação (planeja quem governa) e, finalmente, é um instrumento orientador da gerência em uma atitude permanente (Tancredi et al, 1998; Rivera, 1992). No contexto do PES, as quatro dimensões administrativas são contempladas em todos os momentos. É a dimensão do planejamento que dá direcionalidade à organização, com base na missão e nos objetivos a serem alcançados. Nesse sentido, está estritamente relacionado a eficácia.

Organizar para Drucker (1975b) corresponde à capacidade de relacionar atividades e decisões, classificando o trabalho e o dividindo e distribuindo para pessoas, equipes ou unidades de trabalho. Bateman & Snell usam o termo coordenar para sugerir a organização do ambiente em torno dos objetivos. Para tais autores implica em envolver as pessoas da organização, agrupar tarefas e ordenar recursos. Organizar é coordenar todas as atividades, recursos e pessoas de modo a alcançar os resultados esperados pela organização.

Associada à liderança, define estratégias de trabalho. Tal dimensão expressa concretamente os mecanismos de absorção da problematização e dos obstáculos utilizados pela gerência (Matus, 1996a) para manter a assistência em uma Unidade de Serviço. Esta dimensão confere eficiência à Instituição.

A direção sintetiza diversas atividades citadas por autores de escolas diferentes e congrega um número significativo de capacidades. Dirigir administrativamente implica em colocar a organização em funcionamento harmonizando as atividades (Chiavenato, 1983). Envolve comunicação e liderança no sentido de transmitir (por diversos meios) sua missão e objetivos sob forma de estratégias (métodos, técnicas) de trabalho motivando a equipe a desenvolver as atividades. Direção implica na tomada de decisões e exige capacidade de manter um inter-relacionamento satisfatório em todos os níveis hierárquicos. É o que o planejamento estratégico situacional define como habilidade política em lidar com o poder e suas decorrências (Rivera, 1992; Matus, 1996b). Dificilmente observado dissociado da dimensão organização, a direção também expressa a eficiência de uma organização.



O controle pode ser desenvolvido por meio de diversas metodologias, porém, guarda de essencial a capacidade de o gerente desenvolver sistemas de informação e avaliar, em diversos níveis, o trabalho que lhe é confiado. O controle implica em aferir o desempenho das pessoas e da equipe frente aos resultados esperados daquela unidade de serviço sob sua responsabilidade; em verificar o desempenho da unidade de serviços e, acima de tudo, o controle exige capacidade analítica e não deve ser entendido apenas no sentido de autoridade. O autocontrole faz parte da avaliação, uma vez que o desempenho do administrador também deve ser analisado. Para Matus (1996a) exprime a responsabilidade e significa a avaliação sistemática do cumprimento dos compromissos e resultados relacionados à missão e objetivos organizacionais. Arelado à dimensão do planejamento, o controle diz respeito à eficácia.

Diante de uma organização voltada para resultados, consideramos como necessário e possível conhecer o desempenho de gerentes de saúde nos diferentes níveis administrativos e as relações entre as unidades de serviço, a partir da compreensão das dimensões administrativas de planejamento, organização, direção e controle na ótica da eficiência e eficácia ao interior das organizações de saúde.

Observando as partes de uma organização apresentadas por Mintzeberg (1995), neste estudo de caso, foram identificados não cinco, mas quatro níveis hierárquicos com redes relacionais definidas. O Nível 1 fornece objetivos e planos a todas as unidades de serviço que são suas clientes e, em troca recebe, cumprimento de metas, indicadores e resultados gerais além de informações para dar suporte à gestão. O Nível 2, fornece informações e conhecimento técnico, capacitação e definição de metas a serem cumpridas; enquanto cliente, recebe insumos estratégicos de todas unidades de serviço do Nível 3 e resultados do Nível 4. O Nível 3 fornece insumos estratégicos para a operacionalização das ações (processamento de informações, recursos materiais, humanos, transporte, manutenção e segurança para todos os níveis hierárquicos da SESAU, inclusive para si). É cliente de outras secretarias da administração direta da Prefeitura Municipal e do Nível 2. O Nível 4 desenvolve ações que se caracterizam como assistência aos usuários do sistema de saúde e representa a finalidade maior da instituição, ou seja, há algumas ações esperadas e próprias a cada nível hierárquico (Quadro 2). Em contrapartida, é cliente de todos os demais níveis hierárquicos da SESAU e depende do bom fluxo de serviços para a execução das ações.

Tais níveis ficaram assim definidos:

- Gestão e Formulação de Políticas, ocupados pelo secretário de saúde do município e secretário adjunto. Nesta pesquisa denominado gestor;

- Coordenação e Operacionalização de Políticas, ocupados pelos gerentes das coordenadorias de vigilância em saúde e de assistência à saúde e seus principais subordinados. Aqui denominados gerentes técnicos;

- Diretorias, Serviços e Setores que são responsáveis pelo fornecimento de insumos estratégicos para a manutenção das atividades da instituição. São os serviços de informática, transporte, administrativo, financeiro e outros. Aqui nomeados de gerentes de infra-estrutura;

- Gerentes de Unidades Assistenciais responsáveis pelas unidades de saúde básicas, regionais e de referência que executam as atividades finalísticas, de assistência à saúde ao usuário. Denominados gerentes assistenciais.

A partir das discussões teóricas, foi desenvolvido um quadro (Quadro 1) para apresentar o entendimento de eficiência e eficácia aos diversos níveis administrativos em atividades particulares à Unidade de Serviço e em suas redes relacionais internas à organização, enquanto clientes e fornecedores.

**Quadro 1:** Parâmetros para a análise das categorias de eficiência e eficácia para os diferentes níveis gerenciais da SESAU.

| CATEGORIAS                                 | EFICIÊNCIA E EFICÁCIA PARA SUA UNIDADE DE SERVIÇO  | EFICIÊNCIA E EFICÁCIA NAS REDES RELACIONAIS  |
|--|--|--|
| <p><b>NÍVEL 1</b></p> <p><b>Gestor</b></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Planeja e discute as metas e objetivos da organização junto aos formuladores das políticas nacionais e financiadores, buscando incentivos externos para a Organização;</li> <li>- Discute as atribuições da Organização na totalidade dos serviços públicos municipais;</li> <li>- Toma decisões com base nas necessidades de saúde da população e nos resultados dos encontros avaliativos internos;</li> <li>- Controla sistematicamente a organização diante dos objetivos e metas acordados/definidos</li> <li>- Dirige os serviços de forma a</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utiliza cada setor de forma a otimizar suas finalidades e conhece setores críticos;</li> <li>- Dirige os serviços otimizando o contingente humano que possui;</li> <li>- Organiza e divulga as informações produzidas em tempo hábil;</li> <li>- Dirige a organização e estimula a capacitação conforme plano de metas;</li> <li>- Controla sistematicamente a produção de cada setor;</li> </ul> |

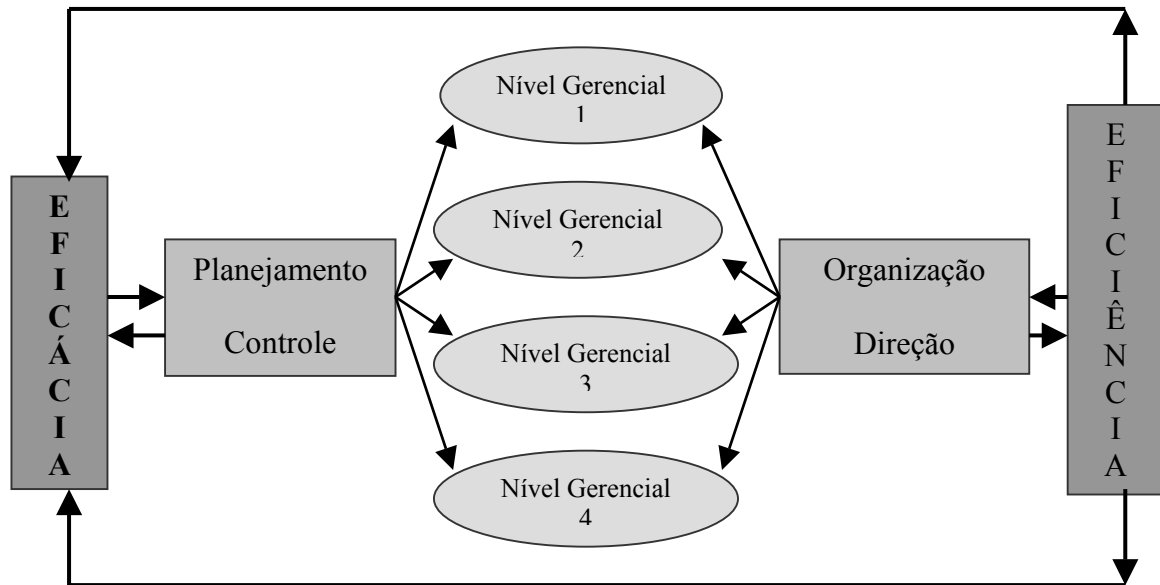
|   |   |  |
|---|---|--|
|   | <p>facilitar a disseminação de informações;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Por meio das avaliações de desempenho</li> <li>- Planeja as atividades e discute alocação de recursos e insumos com os clientes internos;</li> <li>- Dirige os serviços de forma a facilitar a disseminação de informações;</li> </ul>   |  |
| <b>NÍVEL 2</b><br><b>Gerentes</b><br><b>Técnicos</b>        | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Planeja as atividades sistematicamente conforme objetivos e metas da SESAU, com sua equipe de trabalho;</li> <li>- Conhece suas atribuições diante da estrutura da organização e define objetivos e metas para seu setor;</li> <li>- Mantém contato permanente com Instituições responsáveis pelo planejamento das políticas do seu setor (Departamentos do Ministério da Saúde e outros);</li> <li>- Organiza seu sistema de informações;</li> <li>- Controla os resultados das suas atividades e identifica problemas e agenda discussão de soluções.</li> <li>- Organiza seus serviços com as contrapartidas necessárias para o desenvolvimento dos projetos;</li> <li>- Dirige seus serviços com sistemas avaliativos;</li> <li>- Dissemina à sua equipe, sistematicamente, as informações que recebe;</li> <li>- Conhece os custos do seu setor;</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Organiza planos de trabalho considerando as necessidades dos gerentes assistenciais;</li> <li>- Participa do planejamento e estabelecimento de metas da organização;</li> <li>- Participa e/ou acata o planejamento oriundo das Unidades Assistenciais;</li> <li>- Discute a alocação de recursos e insumos por áreas orientado pelo planejamento das Unidades Assistenciais, pelas metas e necessidades das Unidades de Serviço que são clientes;</li> <li>- Avalia a produção do setor diante dos objetivos e metas da SESAU;</li> <li>- Informa aos seus fornecedores, todos os insumos necessários para a execução das atividades planejadas em tempo hábil;</li> </ul> |
| <b>NÍVEL 3</b><br><b>Gerentes</b><br><b>Infra-estrutura</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estabelece objetivos e metas para seu setor com base nas metas da Organização e necessidades de seus clientes;</li> <li>- Planeja as atividades com a participação da equipe de trabalho;</li> <li>- Organiza estratégias de trabalho (indicadores) para captar novas necessidades;</li> <li>- Organiza os serviços e distribui</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhece o papel do setor/divisão na estrutura da SESAU;</li> <li>- Conhece setores similares e sua organização no sentido de implementar os serviços;</li> <li>- Dirige as atividades de modo a atender as solicitações de forma equânime;</li> <li>- Participa do planejamento da Organização, da alocação de</li> </ul>   |

|  |   |  |
|--|---|--|
|  | <p>tarefas entre os membros da equipe sob o sistema de responsabilização;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dirige as atividades de modo a produzir ações preventivas e paliativas;</li> <li>- Controla sistematicamente os resultados das atividades por meio de indicadores adaptados para o serviço;</li> <li>- Conhece os custos do seu setor;</li> <li>- Discute capacitação e investimentos de recursos humanos para melhoria do setor;</li> </ul>   | <p>recursos e insumos;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dirige as atividades do setor conforme objetivos e metas da organização;</li> <li>- Dirige o setor e propõe atividades de modo a otimizar seus resultados e custos para a organização;</li> <li>- Controla sistematicamente os resultados das atividades frente aos seus clientes internos.</li> <li>- Avalia os resultados do seu setor diante das expectativas da organização;</li> </ul>  |
| <p><b>NÍVEL 4</b><br/><b>Gerentes</b><br/><b>Assistenciais</b></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhece suas funções, estabelece objetivos para si e para a equipe;</li> <li>- Planeja as atividades da equipe periodicamente, distribui tarefas conforme formação e de forma equânime, entre equipes;</li> <li>- Organiza as atividades e seus respectivo sistema de avaliação com “responsabilização” dos envolvidos;</li> <li>- Possui um sistema de informações para as atividades sob sua responsabilidade;</li> <li>- Estabelece metas para o serviço que gerencia;</li> <li>- Organiza as atividades de modo a otimizar recursos materiais;</li> <li>- Dirige sua unidade de forma criativa e inovadora buscando soluções participativas para problemas;</li> <li>- Dirige as atividades monitorando as informações;</li> <li>- Controla sistematicamente as atividades e apresenta à equipe e clientes.</li> <li>- Conhece os resultados e custos do seu setor.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhece o Plano de Saúde, Relatório de Gestão tanto quanto os objetivos e metas da SESAU;</li> <li>- Participa do planejamento da Organização e discute alocação de recursos e insumos;</li> <li>- Organiza os serviços conforme o planejamento da SESAU;</li> <li>- Conhece e avalia os resultados das suas atividades frente aos da SESAU;</li> <li>- Conhece o organograma da Organização e entende a função do seu cargo e quais as expectativas relacionadas as suas atividades;</li> <li>- Planeja junto com a Organização os resultados que deve produzir;</li> <li>- Conhece os fornecedores dos insumos necessários para as atividades e os meios de obtê-los;</li> <li>- Avalia os resultados produzidos na Unidade diante dos resultados alcançados pela Organização.</li> </ul> |

O modelo analítico desenvolvido para a verificação dos fenômenos da realidade, teve como elemento basilar as noções de eficácia e eficiência, universalmente utilizadas e relacionadas ao desempenho. Também foi necessário selecionar dimensões que

favorecessem tal aferição. Dentre várias escolhas possíveis, as dimensões de: planejamento, organização, direção e controle, associadas à concepção de clientes e fornecedores em uma organização, podem ser visualizadas no esquema abaixo (Figura 1), que representa o modelo teórico proposto para este estudo e é a partir da sua compreensão foram construídos os instrumentos de pesquisa.

**Figura 1:** Modelo teórico para análise da eficiência e eficácia da gestão na SESAU.



***CAPÍTULO II***

***O MÉTODO DE ANÁLISE DO ESTUDO***

***CAPÍTULO II***

***O MÉTODO DE ANÁLISE DO ESTUDO***

## 1. A OPÇÃO PELO ESTUDO DE CASO

Esta pesquisa empírica, desenvolvida sobre fenômenos da realidade de uma organização pública municipal, a Secretaria Municipal de Saúde (SESAU), teve como estratégia para a coleta de informações o estudo de caso, que é indicado para muitas situações tais como: política, ciência política, pesquisa em administração pública, estudos organizacionais e outros, e quando o objeto de estudo se constitui de situações dinâmicas, complexas e atuais de um caso único ou em pequeno número (Yin, 1994; Bowling, 1999). Seu desenho tratou de olhar a realidade com uma concepção objetiva, baseada em entrevistas e evidências para desvendá-la.

O estudo de caso tem a vantagem de permitir análises quantitativas e qualitativas em um mesmo caso, que foi uma necessidade particular desse estudo que, conforme segue, adotou instrumentos de aferição quantitativa de alguns aspectos gerenciais e qualitativos no sentido de conhecer de forma mais aproximada as características das funções gerenciais.

A escolha do estudo de caso como método para esta pesquisa parte do pressuposto que este método permite lidar com a realidade parcial em um contexto administrativo novo. Para Patton (1989), cada caso deve ser representado e analisado como fenômeno único. A comparação com outros casos pode surgir como um último passo do estudo, caso seja necessário.

A pesquisa procurou responder questões acerca do modelo gerencial de uma instituição pública por meio de aferições sobre o que os gerentes fazem na instituição de saúde e como o fazem. Dessa forma, o tipo de pesquisa, a falta de controle, sua pertinência para o atual momento, associado à necessidade de conjugar análises quantitativas e qualitativas, confirmam o estudo de caso como o melhor método para esta pesquisa que procurou investigar fatos da área da administração pública em saúde no campo da organização e gerência. Também o estudo de caso enquanto estratégia metodológica, favorece a captação de propriedades emergentes e imanentes da vida nas organizações (Hartly, 1994)

Os objetivos específicos da pesquisa a caracterizam como uma investigação de um fenômeno contemporâneo (gestão) em um contexto real (sistema público de saúde), ou seja, verificamos se a organização interna da SESAU está favorecendo o sistema de

saúde de modo a usar todas as possibilidades administrativas no sentido de ampliar a eficiência e eficácia das suas ações.

A pesquisa foi realizada em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, no Distrito Sanitário Sul e sede da Secretaria do Município de Campo Grande, caracterizando o estudo de caso como único. O Distrito Sul foi selecionado por conter serviços de atenção básica e de referências para todo o município uma vez que abrange também a região central. É também o distrito com maior densidade populacional.

As fontes de informações foram artigos e revisões científicas sobre o tema, documentos da Prefeitura Municipal relacionados à organização dos serviços de saúde, documentos da SESAU como Regimento Interno, Plano Municipal, Leis, Decretos, Relatórios Oficiais.

As entrevistas foram realizadas entre os meses de dezembro de 2002 a março de 2003 e foram orientadas por um roteiro que classificava as respostas em fases conforme as evidências obtidas (Apêndice 1), sendo um roteiro para cada nível gerencial. Os roteiros sofreram modificações discretas para adaptação às ações desenvolvidas em cada nível hierárquico. O desempenho dos gerentes foi analisado por meio das categorias eficiência e eficácia, aferidas no desenvolvimento das dimensões de planejamento, organização, direção e controle.

Para todas as respostas foram solicitadas justificativas, aqui denominadas de evidência objetiva referente a resposta dada pelo gerente. Em algumas perguntas a evidência objetiva era quase unânime a todos os gerentes como, por exemplo, a existência de Regimento Interno para as atividades. Outras questões tiveram várias possibilidades de evidências objetivas.

As entrevistas tiveram tempos de duração variados, algumas aconteceram em 30 minutos e outras tiveram duração superior a duas horas. A média manteve-se em cinquenta minutos. Os roteiros foram submetidos à Comissão de Ética da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul e à SESAU, que concordou com o desenvolvimento da pesquisa.

A classificação das respostas em fases subsidiaram a análise quantitativa por meio de testes estatísticos. É importante destacar que para cada dimensão administrativa, foi desenvolvido um conjunto de questões que forneceu subsídios para a análise da distribuição de respostas para os níveis gerenciais e entre tais níveis.



Os comentários da gestora e gerentes, associados aos documentos da Organização e revisão da literatura, foram utilizados para desenvolver a análise qualitativa.

Também foram levados em consideração o organograma da SESAU (Figura 2) e as relações informais que foram verificadas e analisadas entre as unidades de serviço nos quatro níveis administrativos identificados de modo a conhecer as inter-relações (cliente/fornecedor) existentes entre elas. Também foram consideradas as quatro instâncias gerenciais interdependentes e complementares descritas acima como níveis hierárquicos.

## **2 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS: ROTEIROS PARA ENTREVISTAS.**

Para a compreensão da prática gerencial na SESAU, o estudo valeu-se de leitura de documentos, observação e entrevistas usando um roteiro semi-estruturado preparado para cada um dos quatro níveis gerenciais.

Foram feitas 31 entrevistas, com a aplicação dos formulários (roteiros): 2 para gestores; 12 para gerentes técnicos; 5 para gerentes de infra-estrutura e 12 para gerentes de unidades assistenciais.

Com o formulário buscou-se conhecer:

- perfil demográfico dos gerentes entrevistados segundo a idade, tempo que ocupa o cargo, vínculo e formação;
- a qualidade da execução das diferentes dimensões administrativas sob o ponto de vista dos gerentes de um mesmo nível;
- se a qualidade das dimensões administrativas é a mesma para gerentes de diferentes níveis gerenciais;
- em que medida os gerentes estão sendo eficientes e eficazes no desempenho de suas funções.

As informações obtidas dos gerentes, por nível administrativo, foram analisadas por meio dos números absolutos, para conhecer o padrão das respostas dadas. Os gráficos foram desenhados em números relativos e expressam a análise do tratamento dado aos números absolutos (teste qui-quadrado). A análise estatística, para verificar as variações no desempenho das dimensões administrativas entre os diferentes níveis gerenciais, baseou-se além do teste qui-quadrado, no modelo normal (Nogueira et al, 1995; Daniel, 1995).

Os gráficos e tabelas foram feitos por meio do software MINITAB Release 13.3. No decorrer das entrevistas foram obtidas diversas informações e discutidas como conteúdos qualitativos. A eficiência e eficácia gerencial foram analisadas à luz do Quadro 4, elaborado para fornecer parâmetros de análise, bem como de documentos e relatórios emitidos pela SESAU.

### **3. PLANO DE ANÁLISE DAS ENTREVISTAS**

Os formulários previam quatro respostas possíveis: não existência de tal prática (fase 1); existência de tal prática realizada esporadicamente, sem evidência objetiva (fase 2); existência da evidência objetiva enquanto mecanismos formal, porém não cumprida ou realizada esporadicamente, fase que contemplou as atividades já discutidas ao interior da organização, no entanto com algum grau de dificuldade para sua implantação (fase 3); existência da atividade incorporada na unidade de serviço (fase 4).

Nessa classificação, foi considerado como parâmetro ideal a existência de evidências objetivas como prática incorporada à gerência e à organização como um todo – fase 4, de modo a conhecer não apenas a prática gerencial mas também os procedimentos administrativos da SESAU.

Com base na pontuação elaborada de forma simples, pontuando 1 para fase 1; 2 para fase 2; 3 para fase 3 e 4 para fase 4 e na quantidade de perguntas para cada dimensão administrativa por nível gerencial, foram estabelecidos valores máximos e mínimos possíveis demonstrados no Quadro 2.

**Quadro 2:** Valores mínimo e máximo atribuídos para cada função administrativa, conforme nível hierárquico

| DIMENSÕES/<br>FORMULÁRIO | PLANEJAMENTO |     |    | ORGANIZAÇÃO |     |    | DIREÇÃO |     |    | CONTROLE |     |    |
|--------------------------|--------------|-----|----|-------------|-----|----|---------|-----|----|----------|-----|----|
|                          | VAL          | MÍN | MA | VAL         | MIN | MA | VAL     | MIN | MA | VAL      | MIN | MA |
| FORMULÁRIO 1<br>Nível 4  | 14           | 14  | 56 | 11          | 11  | 44 | 10      | 10  | 40 | 8        | 8   | 32 |
| FORMULÁRIO 2<br>Nível 3  | 12           | 12  | 48 | 11          | 11  | 44 | 10      | 10  | 40 | 9        | 9   | 36 |
| FORMULÁRIO 3<br>Nível 2  | 11           | 11  | 44 | 10          | 10  | 40 | 11      | 11  | 44 | 7        | 7   | 28 |
| FORMULÁRIO 4<br>Nível 1  | 13           | 13  | 52 | 8           | 8   | 32 | 12      | 12  | 48 | 9        | 9   | 36 |

Apesar de ser utilizado um instrumento para aferir as dimensões administrativas do gestor, os resultados da entrevista foram discutidos no decorrer da análise, para subsidiar as informações, uma vez que o modelo se propõe a aferir o desempenho do gerente e não do gestor.

No que diz respeito aos achados obtidos por meio da análise estatística, estes foram comparados com o quadro abaixo (Quadro 3), tendo como referência ótima de eficiência e eficácia o conjunto de resultados nas fases 3 e fase 4.

**Quadro 3:** Análise das respostas e seus valores percentuais\*

| %        | ANÁLISE  |
|----------|--|
| 76 – 100 | Desenvolvimento ótimo das funções administrativas. A eficiência e eficácia são plenamente alcançadas |
| 51 – 75  | Bom desenvolvimento das funções administrativas. Alcance satisfatório da eficiência e eficácia.      |
| 26 – 50  | Desenvolvimento razoável das funções administrativas. A eficiência e eficácia estão comprometidas.   |
| 1 – 25   | Desenvolvimento insuficiente das funções administrativas. Inexistência de eficiência e eficácia      |

(\*)Foi considerado como parâmetro ideal, o total de respostas nas fases 3 e 4 em cada instrumento.

Considerando que esta pesquisa procurou conhecer os aspectos internos da administração da SESAU, foram adotadas as dimensões administrativas para a investigação, ou seja, houve o entendimento de que a eficiência e eficácia adotadas para a análise do desempenho interno da SESAU, podem ser aferidas por meio das dimensões administrativas.

#### 4. CRITÉRIOS DE VALIDADE E CONFIABILIDADE DA PESQUISA.

Yin (1994), Bowling (1999) e Patton (1989) afirmam que para um estudo de caso, a construção da validade deve obrigatoriamente cobrir dois passos: selecionar variáveis que serão estudadas, em relação aos objetivos do estudo e demonstrar que as variáveis refletem de fato, os objetivos do estudo.

Nesse sentido a seleção das categorias de análise – eficiência e eficácia – associadas às dimensões planejamento, direção, execução e avaliação, com variações discretas, são universalmente aceitas pelas diversas teorias administrativas ao mesmo tempo que dão conta da totalidade das atividades gerenciais, possibilitando analisar o desempenho interno da SESAU.

Conforme Yin (1994:33), as diversas fontes de informações empíricas, tais como documentos, entrevistas e observação relacionadas à teoria asseguram a validade da pesquisa no processo inicial da coleta de dados.

Quanto à validade externa, sabe-se que sempre é problemático generalizar algo obtido em uma realidade particular, ainda mais levando-se em consideração a complexidade do momento atual em todas as áreas e no sistema de saúde de modo específico. No entanto esta pesquisa que objetivou verificar o desempenho interno da SESAU, discutiu elementos fortemente associados às construções teóricas acerca de uma nova administração pública para a reconstrução do Estado. O esforço dessa investigação consistiu em generalizar um conjunto particular de resultados à teoria da reforma administrativa.

À validade externa somou-se também a confiabilidade, no sentido de que os procedimentos metodológicos, construídos e demonstrados passo a passo, documentados desde o início, garantem a sua reprodução em outros momentos e em outras instituições similares.

Confiabilidade é o teste final em que o objetivo é demonstrar que, mais tarde um investigador, seguindo exatamente os mesmos procedimentos pode repetir o mesmo estudo de caso. O objetivo da confiabilidade é reduzir os erros e vieses do estudo.



***CAPÍTULO III***

***A SAÚDE PÚBLICA EM CAMPO GRANDE***

***CAPÍTULO III***

***A SAÚDE PÚBLICA EM CAMPO GRANDE***

**1 A CONSTITUIÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM CAMPO GRANDE.**

O município de Campo Grande, capital de Mato Grosso do Sul (MS) localiza-se na porção central do estado e ocupa 2,27% do seu território. Seu clima é tropical chuvoso de savana com períodos de seca entre junho e agosto. Tem uma temperatura média de 24° C durante o ano.

Conforme o censo demográfico realizado pelo IBGE em 2000, Campo Grande possui uma população total de 662.534 habitantes sendo 322.210 mulheres (48,6%) e 340.324 homens (51,4%) com uma concentração de 98,84% na área urbana. A taxa de crescimento anual é de 2,51. Neste ano o Coeficiente Geral de Natalidade foi de 21,10 por mil habitantes com aproximadamente 13 mil nascidos vivos. Quase a totalidade dos partos são hospitalares e destes, 30% ocorrem em mulheres menores de 15 anos (Fundação IBGE, 2002).

Campo Grande concentra suas atividades primárias, principalmente na pecuária. O setor secundário dá mostras de desenvolvimento com a instalação de novas indústrias no estado e no município graças aos incentivos do governo municipal e da administração estadual. O grande projeto nacional do gasoduto Bolívia – Brasil, solução para o antigo problema de insuficiência energética no estado, embora concluído, não apresenta sinais de participação na economia local. É no setor terciário de prestação de serviços e comércio que a cidade tem sua principal fonte de desenvolvimento econômico com arrecadação de 56 % do Imposto Sobre Circulação de Mercadorias em todo estado.

A cidade oferece serviços públicos de abastecimento de água para 97% da população urbana, coleta de lixo para 98% da área urbana. O esgotamento sanitário ainda é deficiente com serviços de coleta para 21% da população. Há serviço de transporte coletivo que beneficia em torno de 225.000 pessoas ao dia, 235 agências de correios e telégrafos, 11 emissoras de rádio, 5 emissoras de televisão, 4 jornais com circulação diária, 13 semanários e 5 revistas.

Para o serviço de assistência social e trabalho, os grupos priorizados são crianças, adolescentes, migrantes, idosos e portadores de deficiência. Há aproximadamente 400 entidades comunitárias com participação em conselhos deliberativos relacionados à saúde, educação, meio ambiente, criança e outros.

Dos 330 estabelecimentos de ensino no município, 50% são da rede pública e 50% do setor privado. Relativo ao setor público, o município é responsável

principalmente pela pré-escola e ensino fundamental, o poder estadual concentra suas atividades no ensino médio. Das cinco instituições de ensino superior, uma é federal e as demais privadas. As escolas profissionalizantes pertencem ao setor privado tais como SENAC, SESC e atualmente, pequenas escolas particulares oferecem cursos de auxiliar de enfermagem e outros relacionados à área da saúde.

## **2 O DESENVOLVIMENTO DA ÁREA DA SAÚDE EM CAMPO GRANDE**

Campo Grande foi elevada à condição de capital, em 1979, após a criação do Estado de Mato Grosso do Sul, em 1977. A nova situação política desencadeou uma reforma administrativa que definiu as diretrizes para o campo da saúde (Prefeitura Municipal de Campo Grande, 1979; Câmara Municipal de Campo Grande, 1993).

Nessa Reforma Administrativa, o Art. 5 da Lei nº 1811 criou a Secretaria de Higiene e Saúde Pública -SESAU- e estabeleceu diretrizes de trabalho que previam, além dos serviços de saúde prestados à área rural, atendimento de urgência e ambulatorios médicos destinados à população não amparada por instituições públicas de previdência estadual ou federal (Prefeitura Municipal de Campo Grande, 1979)

Embora, na época, o atendimento realizado fosse destinado aos excluídos do sistema previdenciário, com essas atribuições a SESAU tornou-se responsável pela contratação de serviços de assistência hospitalar de urgência e assistência ambulatorial médica e odontológica. Criou os serviços de estatística e controle sanitário e serviços de biometria, exame físico e mental dos servidores municipais, com finalidades trabalhistas.

Ainda em 1979, após a Reforma Administrativa, a Secretaria de Higiene e Saúde Pública de Campo Grande -SESAU- criou a Divisão de Programas Especiais, com serviços de prevenção ao câncer ginecológico, serviço materno-infantil, serviço social e serviço de informação social, através da Lei nº 1832 de 23 de julho de 1979. No entanto, todas as novas informações e o desenvolvimento de programas ministeriais ficavam sob orientação e supervisão da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul que também exercia atividades-fim, sobrepondo seus serviços aos da SESAU.



Quanto à oferta de serviços, o Município contava, em 1980, com 17 postos de saúde municipais instalados principalmente na periferia e 06 Centros de Saúde da rede estadual, em locais mais centrais da Cidade, além de hospitais privados e filantrópicos, laboratórios e clínicas de atendimento geral e por especialidades (Mato Grosso do Sul, 1982; Câmara Municipal de Campo Grande, 1993).

Em consonância com as preocupações nacionais em relação ao setor saúde, em 1984, foi desenvolvido um projeto conjunto entre a SES, Secretaria de Higiene e Saúde Pública do Município -SESAU, Superintendência do INAMPS e a Universidade Federal de Mato Grosso do Sul -UFMS, com o objetivo de organizar uma rede de serviços na área de Campo Grande para ampliar a cobertura da atenção e promover a integração entre as diferentes instituições *“diminuindo assim o paralelismo de ações e superposição de clientela”* através da *“reorganização da rede existente e não propriamente a expansão, já que a disposição geográfica e a distribuição populacional por unidade, são consideradas satisfatória.”* (Secretaria de Estado de Saúde; Secretaria de Higiene e Saúde Pública; Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, 1984:8).

O Projeto, considerado como uma fase preparatória à implantação das Ações Integradas de Saúde -AIS- no Estado, previa a divisão do Município em 04 (quatro) regiões ficando estabelecido que, para cada região haveria um Centro de Saúde de Referência. Esta reorganização dos serviços e a criação de Centros de Saúde, com atendimento 24 horas, fizeram com que a população utilizasse estes em detrimento das unidades básicas de saúde periféricas. (Barbieri, 1995).

Em 1985, foi aprovado o Regimento da SESAU que caracterizou a instituição como de *“natureza finalística para prestar serviços voltados ao campo da higiene e saúde pública”*. Neste Regimento também ficou estabelecida a estrutura organizacional da Instituição.

Do início dos serviços públicos de saúde até o início das Ações Integradas de Saúde (AIS)<sup>5</sup>, Campo Grande tinha uma política de saúde não muito diferente das políticas de saúde da maior parte dos municípios brasileiros.

---

<sup>5</sup> A adesão de Campo Grande aconteceu em um segundo momento das AIS. Segundo Mendes (1993) este período foi marcado pela Nova República que possibilitou a entrada de profissionais envolvidos com a Reforma Sanitária em cargos dentro do MPAS e INAMPS. O processo de descentralização e desconcentração das decisões foi fortalecido bem como o repasse de recursos por instituição, com participação da população nos órgãos de gestão colegiada.

Cabe lembrar que os serviços de saúde, nesse período, eram oferecidos basicamente à população pobre, marginalizada e excluída dos benefícios do INAMPS. Deste modo, a atenção à saúde a esta população, era realizada sob a conotação de filantropia, estreitamente relacionada ao peso político conferido ao setor (Barbieri, 1997).

Em maio de 1986, Campo Grande aderiu às AIS por meio de termo aditivo, atendendo a todas as cláusulas do Convênio n° 14/84 que definiu a sua implantação no Estado. Nesse Convênio, a coordenação e gestão das AIS no Município ficaram sob a responsabilidade da Comissão Interinstitucional de Saúde -CIS- conforme determinação do Ministério da Saúde que repassava os recursos financeiros oriundos do Ministério da Previdência e Assistência Social -MPAS- e do Instituto Nacional de Previdência Social -INPS. Esses repasses financeiros eram calculados com base no volume de prestação de serviços e eram destinados para ações médicas e odontológicas estabelecidas pelo Convênio.

Anterior à celebração do Convênio n° 26/89 que implantou o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS)<sup>6</sup> na capital, a SESAU participou da Programação e Orçamentação Integrada (POI), em 1989, como “*instrumento básico à implantação do SUDS*”. Neste documento, as prioridades para o Município eram: utilização da rede de saúde pública existente; conservação e manutenção das unidades de saúde existentes; melhora da remuneração dos profissionais da saúde; construção de uma unidade de saúde integrada com 10 leitos no Bairro Moreninha III; ampliação da unidade sanitária do Distrito Anhanduy e instalação de uma maternidade com 06 leitos; treinamento de recursos humanos; implantação de um sistema de coleta e destino de lixo hospitalar; ampliação de 05 Centros de Saúde Regionais.

A análise da situação de saúde para adesão ao SUDS, contida na POI do ano de 1989, concluiu que os serviços de saúde oferecidos à comunidade estavam comprometidos pela falta de recursos financeiros suficientes, dificultando a consolidação da política salarial dirigida aos profissionais de saúde no Município. A carência de recursos financeiros também foi apontada como causa para a falta de infraestrutura física e reposição de material na rede de saúde.

---

<sup>6</sup> O SUDS surgiu como o modelo de sistema de saúde possível para atender as recomendações da VIII Conferência Nacional de Saúde contempladas na Constituição de 1988.

A POI também fez um levantamento dos recursos humanos existentes na rede de saúde pública municipal e das unidades de saúde existentes, além de estabelecer as prioridades para o ano de 1989. (Barbieri, 1995).

Com o objetivo de garantir o acesso igualitário da população aos serviços de saúde e dar ênfase aos serviços de nível primário e secundário de atenção à saúde, as ações pretendidas para o ano de 1989 eram: implantação dos Programas de Atenção à Saúde da Mulher e da Criança; implantação dos Programas de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS, Hanseníase, Tuberculose e Raiva Humana; promoção da Saúde Mental e outros que, de uma maneira geral ampliavam a atuação das ações de saúde pública nas áreas de vigilância epidemiológica, sanitária e serviços de saúde. O Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde -SUDS- foi implantado em Campo Grande no mesmo ano, mediante o Convênio n° 26/89 firmado entre a SES e a SESAU (Prefeitura Municipal de Campo Grande; Secretaria de Higiene e Saúde Pública, 1989)

Com o Convênio SUDS assinado e sob orientação da CIS, houve uma reorganização da SESAU que recebeu repasse de recursos financeiros e bens móveis e imóveis, antes pertencentes à SES. Para atender às exigências do Sistema Único de Saúde, em 27 de dezembro de 1990, foi criado o Conselho de Saúde Municipal e a Portaria n° 721/91 nomeou seus membros. Em 06 de janeiro de 1991 foi assinada a Lei n° 2.794 que criou o Fundo Municipal de Saúde e definiu a Comissão para elaboração do Plano de Cargos e Salários da SESAU, que foi constituída em agosto de 1991 (Prefeitura Municipal de Campo Grande; Secretaria de Higiene e Saúde Pública, 1989).

Em 1994 a SESAU tornou-se gestora do SUS na condição de gestão parcial, prevista e editada em 1993 pelo Ministério da Saúde por meio da Norma Operacional Básica. Além da gestão definida em convênio, também ficou assegurado apoio ao Município para a implantação do SUS mediante repasse de recursos materiais, técnicos, humanos e financeiros como forma de garantir o desenvolvimento da condição de gestão parcial. Foram definidas responsabilidades para as três esferas. Ao Município coube a manutenção de todos os serviços previstos para a gestão incipiente acrescidos de algumas responsabilidades acerca de autorização para cadastramento de prestadores e sua respectiva autorização.

Todas as propostas legais e normativas estabelecidas pelo Ministério da Saúde para o SUS levaram a SESAU ao reordenamento da sua estrutura de funcionamento. Podemos dizer que, a partir daí a SESAU tornou-se gestora da rede assistencial

municipal e, em decorrência, por meio do Decreto nº 7.062 de 20 de dezembro de 1994 reorganizou a estrutura básica da Secretaria Municipal de Higiene e Saúde Pública (SESAU). Bastante diferente das finalidades definidas para a SESAU em 1985, coube a ela a identificação e divulgação de fatores condicionantes e determinantes de doenças; a formulação e execução de políticas de Saúde para redução de agravos, com base em indicadores sócio-econômicos e culturais da população; a promoção da assistência integral às pessoas por meio de ações de prevenção de doenças e da promoção e recuperação da saúde; a fiscalização e controle de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde e meio ambiente.

A SESAU também definiu como suas competências a elaboração da política de saúde para Campo Grande; a universalização do acesso à assistência, em todos os níveis dentro do Município; a integralidade das ações de caráter preventivo e curativo, individual e coletivo; a divulgação de informações; o uso da epidemiologia como instrumento para o estabelecimento de prioridades, alocação de recursos e orientação programática; a promoção da descentralização político-administrativa dos serviços; a integralização das ações de saúde com o meio ambiente e o saneamento básico; a promoção da educação em saúde e priorização das ações preventivas; a promoção e conjugação de recursos e a gerência dos recursos do Fundo Municipal de Saúde (Mato Grosso do Sul, 1995; Barbieri, 1997).

Na segunda metade da década de 90, com a edição da NOB/SUS- 96, a SESAU tornou-se gestora plena do sistema tomando para si a responsabilidade sobre os serviços hospitalares conveniados e contratados, uma vez que não há hospital público municipal. Rapidamente organizou um serviço de controle e auditoria para atender tal demanda.

Ocorreram mudanças no organograma da SESAU em 1998 e, em 2001, foi publicado um novo Regimento Interno da SESAU que ampliou suas finalidades ao acrescentar a coordenação do processo de ações de vigilância sanitária, epidemiológica e do trabalhador e a preservação e recuperação da saúde da população com a oferta de serviços ambulatoriais e hospitalares públicos ou contratados, denotando de modo efetivo, a sua condição de gestora do sistema de saúde municipal (PMCG, 2001:1). Tal regimento, gerou um novo organograma para atender as novas responsabilidades da

Organização, sendo encabeçado por um secretário de saúde, gestor<sup>7</sup> do sistema municipal de saúde.

### 3 CONSIDERAÇÕES ACERCA DA MORBI-MORTALIDADE NO MUNICÍPIO

De maneira geral, observam-se indicadores, metas e pactuações no ano de 2002 com números excelentes. Há decréscimo na mortalidade infantil que atualmente está em 13,55 óbitos para cada 1000 nascidos vivos, indicador ótimo se for considerado que, em 1999 no Brasil, a mortalidade infantil era de 32,2 óbitos e na região centro-oeste esta taxa estava em 25,6 por 1000 nascidos vivos (Ministério da Saúde, 2002). No entanto, 23,1% dos partos ocorrem em mulheres menores de 20 anos, compatível com a média brasileira que é de 23,2% (Ministério da Saúde, 2002). O coeficiente de mortalidade neonatal é de 9,98; e o coeficiente de mortalidade geral é de 5,09. O Indicador de Swaroop e Uemura em 69,52. O número de óbitos maternos está sob controle desde 1998, com 5 óbitos/ano. A mortalidade proporcional apresenta como principais causas: infarto agudo do miocárdio (6,35%); agressão por arma de fogo (4,0%); pneumonia (3,8%); acidente vascular cerebral (3,3%); acidente de trânsito (3,1%) (PMCG/SESAU, 2003; DATASUS, 2003).

Os agravos mais freqüentes atendidos na rede básica em 2002, foram hipertensão arterial com 112.545 atendimentos, seguido de resfriado comum com 59.078 atendimentos, influenza com 55.335 atendimentos.

A melhor organização dos serviços reflete-se também na capacidade de notificar agravos e executar as ações descritas em protocolos específicos para cada agravo. Enquanto em 2000 houve o registro de 58.033 notificações (PMCG/SESAU, 2000:34), em 2002 foram registradas 67.648 notificações (PMCG/SESAU, 2003:6). Pela análise do Relatório de Gestão, houve uma melhora significativa na notificação de agravos como dengue, hepatites e doenças exantemáticas. Em 2002, houve 12.899 notificações para dengue; 4.724 para conjuntivites não especificadas; 1.019 casos suspeitos ou confirmados de varicela.

---

<sup>7</sup> Gestor em saúde “conforme legislação vigente é o responsável pelo SUS em cada esfera de governo(...)A NOB/SUS/96 atribui ao responsável por unidade de saúde ou estabelecimentos em

No Relatório de Gestão foi citada apenas a cobertura vacinal para o grupo de crianças menores de um ano, que se apresenta com níveis de cobertura satisfatórios, em torno de 98% e, em alguns casos, a cobertura excede 100% como BCG e anti-amarílica. Os demais grupos, trabalhadores, idosos, gestantes e adultos de maneira geral, não foram citados (PMCG/SESAU, 2003:14)

#### **4. A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM CAMPO GRANDE.**

Observa-se nos diversos documentos da SESAU tal como planos municipais, relatórios de gestão, *site* da Prefeitura Municipal e outros, que há um aumento contínuo tanto de demanda quanto de oferta de serviços. Conforme o Relatório de Gestão 2002 (PMCG; SESAU, 2003:4), os serviços próprios são responsáveis por quase a totalidade das ações da atenção básica (97,2%) e parte significativa dos procedimentos de média complexidade (41,78%). Os procedimentos de alta complexidade realizados na capital, são executados, na sua quase totalidade (98,79%) pela rede privada conveniada.

No que diz respeito à oferta dos serviços e se for considerada apenas a população do município, pode-se afirmar que cada habitante recebeu, em média, 11,6 atendimentos ambulatoriais em atenção básica ampliada em 2002 (PMCG/SESAU, 2003:3). Na área hospitalar, houve a emissão de 60.877 Autorizações de Internação Hospitalar (AIH), destas, 17% são de pessoas oriundas de outros municípios. No entanto essas informações não são confiáveis, uma vez que não é difícil apresentar comprovante de moradia na capital, basta uma conta de energia elétrica ou água (DATASUS, 1993). Também, não há informações disponíveis acerca da complexidade das internações, que é um dado relevante considerando que Campo Grande é a referência estadual para procedimentos de alta complexidade.

O principal determinante para a demanda por serviços é que Campo Grande tornou-se a principal cidade do Estado a oferecer serviços de média complexidade e é a única referência para muitos procedimentos de alta complexidade. A oferta de serviços organizada e contínua em oposição ao descaso, na maior parte dos municípios

---

*qualquer grau de complexidade, que prestam serviços de saúde ao SUS, a função de gerência”*(Brasil, 2002:30)

circunvizinhos, provoca a migração de pessoas para a cidade na busca de consultas médicas e procedimentos decorrentes.

#### **4.1 Estrutura Organizacional da SESAU**

Para atender às crescentes responsabilidades, descritas no regimento interno, foi necessária uma nova organização na estrutura composta por quatro órgãos assim descritos:

I. Órgão colegiado: Conselho Municipal de Saúde (CMS).

II. Órgãos de assessoramento: Assessoria Técnica (ASTE) e Diretoria de Informática (DINF).

III. Órgãos de atuação auxiliar: Grupo de Planejamento Financeiro (GPLANFI) e Grupo Administrativo (GAD)

IV. Órgãos de execução programática: Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde (CGVS) responsável pela Coordenadoria de Epidemiologia (CEPI); Coordenadoria de Vigilância Sanitária (CVS) e Centro de Controle de Zoonozes (CCZ); Coordenadoria Geral de Assistência à Saúde (CGAS) responsável por todos os serviços de referência municipais e programas de saúde; Coordenadoria de Controle, Avaliação e Auditoria (CCAA); Divisão de Recursos Humanos (DRH) e Diretorias Distritais de Saúde (DS) responsáveis pelas unidades de saúde 24 horas.

A organização acima descrita da SESAU pode ser visualizada na Figura 2.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE PÚBLICA

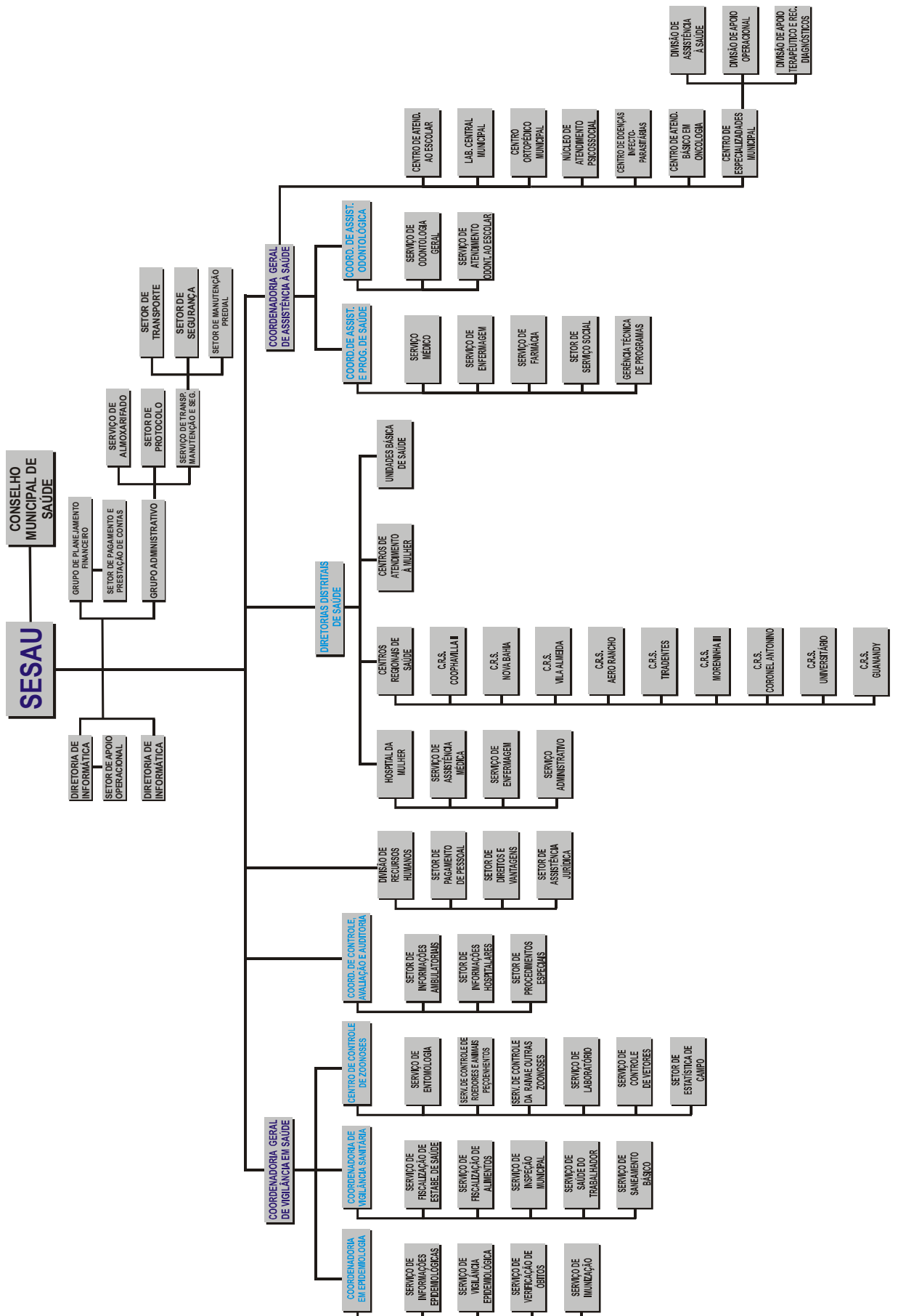


Figura 2: Organograma da SESAU



Conforme verificado no Plano Municipal de Saúde (Prefeitura Municipal de Campo Grande; SESAU, 2001), as atividades de apoio direto ao gestor compreendem: a Assessoria Técnica (ASTECH) responsável pelas atividades de programação e acompanhamento; a Diretoria de Informática (DINF); a Diretoria de Recursos Humanos (DRH); a Coordenadoria de Controle, Avaliação e Auditoria (CCAA); o Serviço de Transporte, Manutenção e Segurança (SETRAMS); o Grupo Administrativo (GAD) e o Grupo de Planejamento Financeiro (GPLANFI).

As ações de suporte para as atividades finais, que podemos denominar de serviços intermediários dividem-se em duas coordenadorias gerais: Coordenadoria de Vigilância e Coordenadoria de Assistência. A Coordenadoria de Vigilância abarca as ações de vigilância em saúde enquanto a Coordenadoria de Assistência provê os insumos materiais (laboratório, material, medicamentos), coordenação de programas e gerência de serviços de referência.

A assistência direta ao usuário acontece nos quatro distritos sanitários que englobam as 7 divisões territoriais administrativas do município distribuídos conforme a Figura abaixo.

## Rede Municipal de Saúde em Campo Grande/MS - Maio 2003



Figura 3: Mapa com divisão geográfica do município por Distritos Sanitários

A rede municipal de saúde se compõe de:

- 4 unidades básicas rurais;
- 39 unidades básicas urbanas com serviço médicos de ginecologia, clínica geral e pediatria; odontologia; procedimentos de enfermagem; programas e apoio ao PACS;
- 9 centros de saúde regionais adotados como referências para seus respectivos distritos com atendimento de urgência 24 horas de baixa complexidade; ultrassom; raio X e mamografia;
- 5 policlínicas odontológicas destinadas aos escolares da rede municipal;
- 10 serviços de referência municipal: hospital da mulher, maternidade com 12 leitos; ambulatório especializado de atendimento à mulher; centro de atendimento ao escolar; núcleo de assistência psicossocial para pacientes do programa de saúde mental; centro de atendimento em oncologia básica; centro ortopédico; centro de doenças infecto-parasitárias com serviços ambulatoriais especializados e internação-dia; centro especializado municipal com especialidades médicas, odontológicas, atendimento psicológico e terapias;
- laboratório central;
- centro de controle de zoonoses.

O processo de descentralização, com o aumento gradativo e contínuo da responsabilização do município pelo seu sistema de saúde produziu um impacto positivo sobre a Secretaria Municipal. Observa-se um processo de profissionalização da SESAU refletido em mudanças organizacionais significativas. O organograma, como foi definido, estruturou os serviços de modo a contemplar tanto a assistência quanto a vigilância sanitária e de agravos, além de consolidar o setor de controle, avaliação e auditoria dos serviços contratados e conveniados. Os serviços de suporte como informação e planejamento dão à Organização contornos administrativos típicos de instituição gestora (tomada de decisão, execução, controle).

## **4.2 Recursos Humanos**

No primeiro trimestre de 2001, a força de trabalho da SESAU contava com 3.252 trabalhadores sendo que destes 92% pertencem ao quadro de servidores do município, 2% ao estado e 6% ao governo federal. Conforme o Plano Municipal (PMCG/SESAU, 2001), 1.053 eram nível superior (32%) e 2.200 (67%) eram nível médio e elementar.

Há na SESAU 37 cargos comissionados distribuídos em 5 níveis (cargos comissionados – CC de 2 a 6), exceto o cargo de secretário municipal de saúde, além de 23 funções gratificadas atribuídas aos gerentes das unidades básicas de saúde em um total de 60 pessoas desempenhando atividades de gerência na SESAU. Conforme informações obtidas por meio do preenchimento de um instrumento junto à Divisão de Recursos Humanos, os funcionários têm a ficha funcional sob os cuidados da Secretaria de Administração ficando alguns documentos na Divisão de Recursos Humanos da SESAU. Apesar da duplicidade de arquivos, a Diretora da Divisão considera as informações confiáveis e revisadas periodicamente.

### **4.3 Recursos Financeiros**

Conforme informações do Relatório de Gestão (PMCG/SESAU, 2003:8) em 2001 houve a aplicação de 20,3% dos recursos municipais na saúde e em 2002 18,7%. Em 2002, o orçamento da saúde ficou assegurado por 4 fontes, totalizando R\$ 150.093.000,00, a saber:

- R\$ 61.931.000,00 dos recursos do município (41,3%);
- R\$ 86.219.579,49 oriundos da União (56,8%);
- R\$ 1.180.420,51 advindos do Estado (0,8%);
- R\$ 1.762.000,00 do BNDES por meio do Projeto Viva Seu Bairro (1,1%);

De 2001 para 2002 observa-se um discreto aumento da participação do município (aproximadamente 2%) e do Estado (0,02%). A União reduziu sua participação e surgiu uma nova parceria com o BNDES.

#### **4.4 Modelo de Atenção**

O novo Regimento Interno (Resolução conjunta SEMAD/SESAU, de 05 de abril de 2001), estabelece as normatizações quanto a organização dos atendimentos nas unidades de saúde 24 horas (Resolução SESAU nº 29, de 28 de janeiro de 2003) e a criação de uma Agência de Saúde (Lei Municipal 3.994 de dezembro de 2002) para poder contratar agentes comunitários de saúde sem comprometer o orçamento diante da Lei de Responsabilidade Fiscal, denotam um esforço da Organização em consolidar o modelo de atenção voltado à assistência básica preventiva.

Atualmente há aproximadamente 23 equipes de saúde da família e 960 agentes de saúde. Pouco menos da metade da população está cadastrada, (345.947 pessoas e 103.092 famílias). A assistência, mais próxima das necessidades, está aumentando o número de gestantes inscritas no Programa do Pré-Natal, desde o primeiro trimestre; ampliando o período de aleitamento materno exclusivo e identificando problemas antes não visíveis como um discreto aumento do número de crianças desnutridas em relação ao ano passado. Há um acompanhamento sistemático de diabéticos e hipertensos pelo PSF. No entanto, não há informações acerca da redução de intercorrências (internações, motivos e duração das internações) causados por estas doenças (PMCG/SESAU, 2003).

Observa-se, também, uma melhor organização no sistema de referência com a informatização de toda a rede municipal desde 2000 e disponibilização da agenda informatizada para todas as unidades de saúde. Porém, uma pesquisa ainda não concluída, sugere problemas nos encaminhamentos, como por exemplo: ausência de quase metade dos pacientes agendados. Uma das possíveis causas, que está sendo investigada, é a baixa resolutividade da assistência médica nas unidades básicas que se reflete na solicitação de exames complexos e parecer especializado, independentemente, da queixa e/ou necessidade do paciente.

*CAPÍTULO IV*

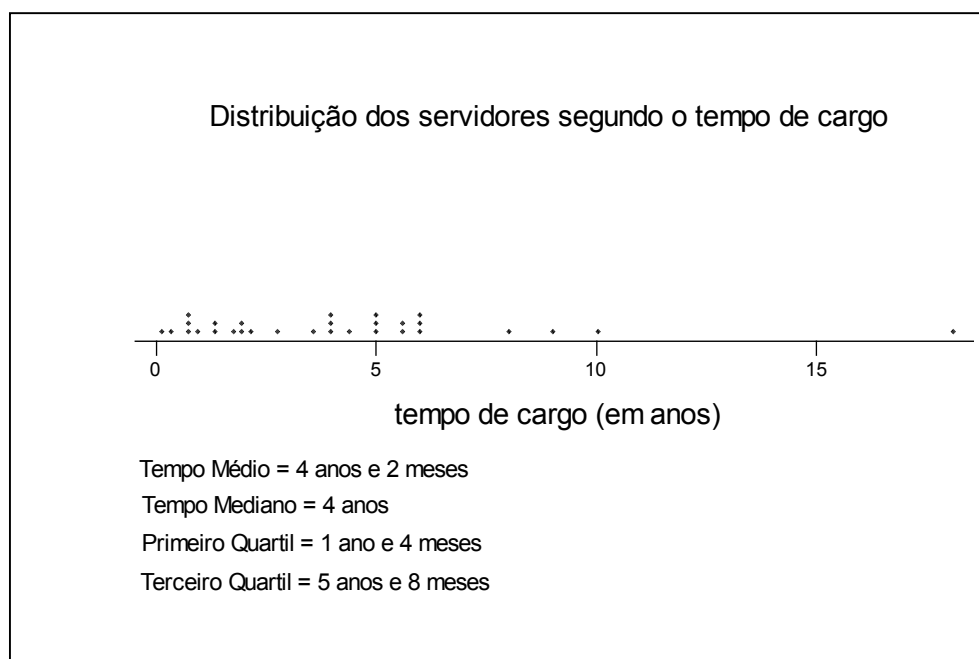
*ANÁLISE DA EFICIÊNCIA E EFICÁCIA DOS GERENTES DA  
SESAU*

## *CAPÍTULO IV*

### *ANÁLISE DA EFICIÊNCIA E EFICÁCIA DOS GERENTES DA SESAU*

A gestão da SESAU é conduzida há cinco anos por uma médica sanitária, funcionária da Fundação de Saúde (FUNASA) que, anteriormente, ocupava o cargo de Coordenadora Regional da FUNASA, em Campo Grande.

Dos 31 gerentes entrevistados, 21 estão na faixa etária de 34 a 48 anos com um tempo médio no cargo de 4,2 anos, conforme demonstrado na Figura 4.



**Figura 4:** Distribuição dos servidores segundo o tempo de ocupação do cargo.

Em entrevista, a gestora informou que há pouca interferência política na indicação para os cargos. Grande parte das pessoas, atualmente, exercendo funções de coordenação e assessoria, em cargos dos níveis 2 e 3, foram indicadas por ela e são originárias, principalmente, da Fundação Nacional de Saúde. Outras ou eram funcionárias da SESAU ou já ocupavam algum cargo. Também informou que as chefias

das Unidades Básicas de Saúde são indicadas pelas chefias dos Distritos Sanitários. O Diretor Executivo, também entrevistado enquanto gestor era professor universitário aposentado e, no decorrer do período da gestão, fez concurso público para o cargo de médico do trabalho da SESAU. Dos gerentes entrevistados, 20 eram efetivos do quadro de servidores da SESAU admitidos por concurso público. É um número razoável, uma vez que a legislação da administração pública (Brasil, 2002) sugere a ocupação de cargos por profissionais de carreira e as recomendações para a NOB/RH-SUS têm como diretriz o preenchimento de cargos e funções de gerenciamento por trabalhadores da carreira do SUS (Brasil, 2002)

O tempo médio de ocupação dos cargos e a entrevista com a gestora indicam que, apesar da pouca interferência política externa (nesses casos ela tem liberdade para definir a alocação), as gerências não estão vinculadas a um projeto de cargos e carreiras, com previsão de qualificação e aperfeiçoamento na área.

Em 1999, a SESAU participou e financiou parte do Curso de Especialização em Gerência de Saúde do Projeto GERUS desenvolvido pelo Ministério da Saúde (Brasil, 1995), com vistas à formação de gerentes de unidades básicas. Na entrevista, a gestora afirmou que “*o GERUS não causou o impacto esperado*” tanto que, das pessoas indicadas para o Curso, restaram poucas nos cargos de gerência de unidades básicas. Na nossa pesquisa, dos 12 gerentes de unidades assistenciais, foram encontrados 3 que cursaram a especialização do Projeto GERUS. Observa-se que, na época da organização do curso, as pessoas foram indicadas pela gestora, independente do perfil profissional e sem nenhuma forma de seleção ou critério para o ingresso.

Também foi observado que a formação profissional dos entrevistados é bastante heterogênea. Desses, 7 têm formação no nível médio (destes 2 estão cursando nível superior) sendo 3 ocupantes de gerências em infra-estrutura e 4 são gerentes de unidades assistenciais. Os demais gerentes (24), incluindo os gestores, possuem curso universitário. Nas gerências técnicas, 5 têm o curso de especialização em saúde pública (lato senso) e um tem mestrado na área.

A despeito do número significativo de gerentes com formação no nível médio, observa-se que os demais, principalmente os que ocupam gerência técnica, teoricamente, têm preparo para atuar na condução dos serviços de saúde. Dada a administração por resultados, acredita-se que a melhor qualificação dos gerentes garanta o desempenho, controle e responsabilidade por suas atividades (Ormond & Löffler,



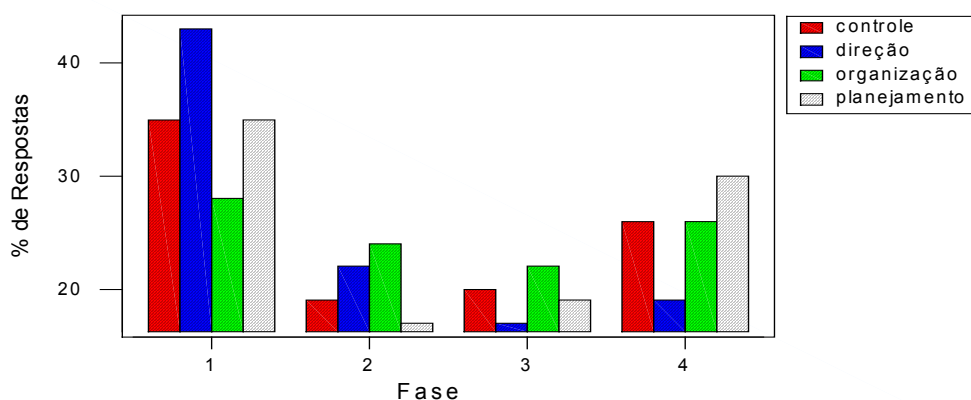
1999), uma vez que a gerência está se instrumentalizando e exigindo competências e conhecimentos especializados.

A coleta dos dados demonstrou tendências à diferenças entre os níveis gerenciais no que diz respeito às dimensões administrativas, em termos de eficácia e eficiência gerenciais.

## 1 A EFICIÊNCIA E EFICÁCIA DOS GERENTES DE UNIDADES ASSISTENCIAIS

Nesse nível, aqui denominado de Nível Gerencial Assistencial, responsável pelas unidades de assistência à saúde, foram encontrados os seguintes resultados.

**Figura 5:** Distribuição percentual das respostas dos gerentes de unidades de saúde por função administrativa.



Considerando o quadro de respostas, frente ao parâmetro para avaliação das dimensões gerenciais (Quadro 3), verifica-se que parte significativa das respostas encontra-se na fase 1, sendo que os testes estatísticos evidenciaram não haver diferenças significativas nas respostas dadas para a execução das dimensões administrativas. Esta

fase se caracteriza por não desenvolver as dimensões administrativas de forma rotineira e organizada produzindo atividades pouco eficientes e eficazes.

Na entrevista, aplicada aos gerentes de unidades assistenciais, havia 14 perguntas para aferir a dimensão administrativa planejamento; 11 para organização; 10 para direção e 8 para controle.

Na dimensão planejamento, 52% das respostas situaram-se nas fases 1 e 2, interpretadas como pouco eficientes e eficazes. Quanto à dimensão organização, o número se repete para a soma das fases 1 e 2. A dimensão direção apresenta os piores resultados, totalizando 65% das respostas nas fases 1 e 2, enquanto que, no que diz respeito ao controle, 51% das respostas estão concentradas nessas mesmas fases. A distribuição das respostas por dimensão administrativa pode ser visualizada no Apêndice 2.

Considerando a soma de respostas, que correspondem às fases 3 e 4, em que já existe uma rotina na organização, porém, ainda não totalmente implantada na unidade de serviço em questão (fase3) ou uma rotina já incorporada ao serviço (fase 4), observou-se que todas as dimensões administrativas são realizadas de forma insuficiente, em termos de eficiência e eficácia, pelos gerentes assistenciais.

Das considerações obtidas a partir das entrevistas, verificou-se a existência de um fluxo lógico e hierarquizado na organização dos serviços. Há um forte sentido de planejamento e organização por parte da gestora e de alguns gerentes que a assessoram (Assessoria Técnica e Coordenação da Assistência a Saúde). Isso se reflete na normatização de formulários para o planejamento e para o controle de metas. No entanto, para os gerentes assistenciais, os formulários significam excesso de burocracia e papéis a serem preenchidos. Tanto que, quando questionados quanto à autonomia para planejar, todos responderam que há um formulário que deve ser preenchido anualmente e entregue ao Distrito Sanitário descrevendo a quantidade de materiais necessários para o ano (programação). O instrumento é devolvido às unidades com muitos cortes e por isso, para tais gerentes, o planejamento tem pouco valor.

Esses formulários de planejamento são de responsabilidade da Assessoria Técnica Gerencial (ASTE) que confirma o procedimento: a entrega e o recebimento dos formulários às unidades de saúde são realizados via distritos sanitários. Há um corte da programação, conforme orçamento previsto para o ano e, em seguida, é discutido

com a gestora. É feita uma redação final e encaminhada ao Conselho Municipal de Saúde (CMS). Após aprovação, são devolvidos às unidades de saúde via Distritos Sanitários.

Há também planilhas de consumo. A gestora considerou que, há 5 anos atrás, não havia programação quanto aos pedidos de materiais e, atualmente, as unidades fazem suas planilhas em conformidade com a capacidade de estoque e histórico de consumo.

No modelo adotado, não há de fato planejamento, entendido como um instrumento de gestão, sob forma de uma atitude permanente da organização e dos gerentes (Tancredi; Barrios; Ferreira, 1998).

A gestora relatou que, no primeiro ano da sua gestão, propiciou instrumentos para a execução do planejamento estratégico em movimento ascendente, por unidade de saúde, com a participação dos conselhos gestores existentes à época. A partir de 2001, foi desenvolvido um seminário para unidades básicas, ocasião em que, no período matutino, há reunião por categorias e, no período da tarde, os serviços de vigilância sanitária, epidemiológica e coordenadorias discutem problemas e propostas de serviço. Como tais seminários não foram citados pelos demais gerentes, não foi possível aferir seus desdobramentos e resultados.

Ainda, no que diz respeito ao planejamento, os gerentes assistenciais relataram que os conselhos gestores são pouco expressivos. No entanto, 5 gerentes consideram o conselho gestor como meio para identificar as necessidades e expectativas da clientela; um gerente faz uso de caixa de sugestão e outro disponibilizou, nos guichês de atendimento e informações, um formulário, que pode ser anônimo, para registro de reclamações, sugestões e elogios.

A linha 137, existente na SESAU como instrumento de ouvidoria, foi citada por uma gerente. Observou-se que as necessidades e sugestões dos usuários são ouvidas; no entanto, não são transformadas em informação para a organização dos serviços. Para esses gerentes, a organização e direção dos serviços assistenciais são definidas pelos níveis hierárquicos superiores, principalmente pela gestora. Tanto que, 4 dos gerentes citaram que as metas e objetivos vêm prontos da SESAU, por meio das Coordenadorias de Vigilância e de Assistência e Programação de Saúde.

Essas duas coordenadorias, localizadas no Nível Gerencial Técnico, subordinadas à Coordenação Geral de Assistência à Saúde (CGAS), focalizaram nas fases 1 e 2 a totalidade de respostas, quanto as suas participações no planejamento, ao afirmarem que todas as metas, a serem executadas e controladas, vêm do Ministério da Saúde ou das pactuações com a SES-MS. Dessa forma, inexistem objetivos e metas elaboradas por esses setores na SESAU que não sejam desdobramentos do plano de metas nacional e/ou regional e, nesse sentido, o planejamento atende as metas e objetivos da Organização.

Dos gerentes assistenciais 2 citaram que não conhecem todos os gerentes técnicos dos programas ou os conhecem em decorrência de idas à sede da SESAU e 5 relataram que estes só supervisionam a unidade de saúde quando há algum problema, principalmente nas informações enviadas por relatórios.

Tais informações indicam que a lógica das redes relacionais da organização interna, no que diz respeito aos programas assistenciais está invertida no sentido de que os gerentes técnicos não consideram os assistenciais como clientes e sim como fornecedores de ações e informações, fazendo com que os gerentes assistenciais se adaptem e desenvolvam atividades estabelecidas no nível hierárquico superior. Considerando-se os parâmetros ideais de eficiência e eficácia, desenvolvidos no modelo de análise para esta pesquisa, tais coordenadorias estão com a gerência comprometida uma vez que não desenvolvem funções de apoio ao nível assistencial, não possuem metas e objetivos planejados de forma ascendente, desenvolvem medidas preventivas quase insignificantes e, embora avaliem as metas frente às pactuações, não avaliam o trabalho frente aos seus clientes internos.

Uma das perguntas referentes ao planejamento buscava investigar se os gerentes sabem se todos os trabalhadores das unidades de saúde conheciam suas funções, direitos e deveres; 8 forneceram respostas na fase 4 citando, como evidência, o Regimento Interno da SESAU (PMCG, 2001) e, nas 2 unidades de saúde regionais que faziam parte da pesquisa, foram citadas duas resoluções – a que estabelece normas e procedimentos para plantões e fluxo de atendimento (PMCG/SESAU, 2003 a) e a que dispõe sobre a conduta dos profissionais (PMCG/SESAU, 2002). Dos 12 gerentes assistenciais, 4 gerentes afirmaram que apesar do Regimento Interno e das rotinas elaboradas pelos gerentes técnicos, não há sentimento de responsabilidade no serviço e têm dificuldade em administrar as pessoas.

A dimensão organização, para as gerências assistenciais, acumulou 52% das respostas nas fases 1 e 2. Conforme o Quadro 3, tal resultado indica um desenvolvimento razoável desta dimensão administrativa. No entanto, verifica-se que a eficiência e eficácia para esta dimensão estão comprometidas em relação aos parâmetros estabelecidos como ideais. Nessa dimensão, avaliou-se a clareza dos fluxos hierárquicos, no sentido de conhecer fornecedores, clientes e rotinas da Organização e observou-se que, ao nível da gerência assistencial, estes são conhecidos e utilizados pela grande maioria, sendo que 83% das respostas ficaram situadas entre as fases 3 e 4.

Diante das respostas às perguntas relativas a mecanismos de avaliação de grupos em torno de um mesmo programa e sistemas de avaliação individual, observou-se pouca autonomia dos gerentes e ausência de uma política interna à Organização uma vez que todas respostas situaram-se nas fases 1 e 2 denotando fraca eficiência e eficácia nesse âmbito da dimensão organização. Quanto a isto, a gestora informou que o arcabouço jurídico para a gestão de pessoal na administração pública é bastante limitante e há esforços para desenvolver mecanismos de avaliação individual que transcendam a avaliação realizada no período de estágio probatório no serviço público (BRASIL, 2002). Em oposição, há na SESAU uma política de pagamento de produtividade com valores mensais fixos, para diversas categorias profissionais no nível assistencial. Entretanto esses valores são diferenciados para o nível médio, enfermeiros, médicos e odontólogos sem critérios de avaliação, exceto frequência e quantidade de clientes atendidos.

Apesar de não haver mecanismos de incentivo formal para o desempenho dos trabalhadores, parte dos gerentes assistenciais (7) desenvolveram mecanismos próprios de “incentivo” como períodos de folga para recebimento do salário, reuniões festivas ao final do ano ou comemorações mensais de aniversário de trabalhadores. Observou-se que tais incentivos não estão relacionados ao desempenho individual sendo extensivo a todos os trabalhadores. Uma das gerentes disse que, a princípio, indicava os bons trabalhadores para cursos ou capacitações como uma medida que ela considerava de valorização, mas percebeu que tal premiação apenas acarretava em mais atividades aos que já tinham sobrecarga de serviço. Na Organização, os incentivos formais são votos de louvor e a premiação do funcionário do ano eleito entre os diversos indicados pelas chefias.

Quanto às atividades assistenciais, principal ação e razão de ser das unidades de saúde, os gerentes pouco exercem a dimensão de organização pela dificuldade em lidar com trabalhadores especialistas, dado que esses profissionais estão subordinados tanto às gerências técnicas dos programas quanto às gerências de serviços profissionais (serviço médico, de enfermagem, de farmácia, divisão de odontologia). Silva-da-Fonseca (2003:52) discute que tais orientações são mitos racionais incorporados nas organizações por “*pressões contextuais, refletindo regras e significados fixados por estruturas construídas e institucionalizadas na sociedade*”. A sobreposição de comandos acontece com a supervisão de programas que, em atenção aos clientes, pode orientar novos formatos associados aos mandos dos serviços profissionais que fazem remanejamento, organizam escalas de plantão e normatizam rotinas.

Diante das dificuldades, os gerentes assistenciais concentram suas atividades referentes à organização, nas ações administrativas limitadas a acontecimentos da unidade de saúde não atrelados às atividades profissionais como organização de fila, encontros com a comunidade ou conselhos gestores, identificação e distribuição de setores da Unidade de Serviço, reuniões semanais com a gerência dos Distritos Sanitários e outras agendadas pelos demais gerentes técnicos. Também cabe a eles a execução e encaminhamento de alguns mapas mensais e relatórios solicitados, escala de férias obedecendo aos limites traçados pela Divisão de Recursos Humanos, pedidos de material de consumo mensal e permanente e solicitação de recursos humanos. Não há envolvimento dos gerentes na organização relativa ao âmbito da assistência.

Quanto ao levantamento de necessidades da população do entorno, todos afirmam que as conhecem mas não apresentaram informações a esse respeito exceto 3 gerentes que citaram o PSF como uma importante fonte de informações. Tais informações são conhecidas mas as discussões acontecem entre os membros da equipe do PSF e são encaminhadas em forma de relatórios à Coordenação do PSF sem serem transformadas em informação para a organização da atividades da unidade.

Para os gerentes assistenciais, a dimensão organização, está distante da concepção de Drucker(1975b) que a considera como a relação positiva entre atividade e decisões dentro das unidades de trabalho. Há sim, todo o ambiente organizado em torno dos objetivos, tal como Batman & Snell (1998) a dimensionam porém o envolvimento com as tarefas acontece por determinações hierárquicas superiores e não pela discussão da melhor forma ou os melhores instrumentos para atender as necessidades objetivas da

clientela. Ainda observou-se que, o sentido de coordenar pessoas como um aspecto da organização não é uma prática neste nível gerencial.

A direção apresentou os piores resultados (65% das respostas concentradas na fase 1) para a gerência assistencial. Esse resultado sintetiza, na verdade, a baixa governabilidade, uma vez que a dimensão direção reflete a capacidade de tomada de decisão de cada gerente no interior da organização.

A primeira pergunta dizia respeito à facilidade de se comunicar com o gestor e 8 situaram a resposta, predominantemente, na fase 4 e na fase 3 por dois motivos distintos: alguns por conhecerem a gestora ao nível pessoal e outros por considerarem a gerente do Distrito Sanitário como representante da gestora. Os demais classificaram as respostas nos níveis 2 e 1 ao afirmarem que não há rotina para encontros com a gestora e sim com a chefia de distrito. Para esta pergunta, a gestora considera-se acessível a todos e disponibiliza endereço eletrônico e telefone para contato além de supervisões que ela realiza esporadicamente nas unidades de saúde. Afirma que formalmente mantém rotina de reuniões semanais com alguns e quinzenais com outros gerentes dos níveis técnicos e de infra-estrutura.

Quanto a parcerias extra-institucionais, 7 citaram como parcerias, na unidade de saúde, a população organizada em clubes e associações, escolas, igrejas locais, conselho gestor. Um gerente citou maçonaria, outro considerou estagiários das universidades e de cursos de formação de auxiliares de enfermagem e outro citou a secretaria municipal de assistência social como parceiros.

Para as questões referentes à supervisão de trabalhadores, reuniões informativas para conhecimento de objetivos e metas a alcançar, 10 situaram as respostas nas fases 1 e 2, dada a baixa capacidade de gerenciar os profissionais lotados na unidade. As duas gerentes, que situaram as respostas na fase 4, consideraram supervisão como passar e olhar a organização das salas e presença de funcionários. A falta de uma política interna de avaliação de desempenho dos trabalhadores reflete-se nas respostas dadas às perguntas que indagavam se há envolvimento dos trabalhadores na elaboração dos instrumentos de avaliação, bem como se as gratificações e compensações foram estabelecidas democraticamente. A totalidade das respostas ficou na fase 1.

Do total de gerentes assistenciais, 10 afirmaram que participam do planejamento da organização para capacitações e definição de contratações ou vagas para concursos

públicos. Há uma rotina descrita pela gerente do CGAS acerca das capacitações. A Secretaria de Administração do Município disponibiliza para a SESAU informações sobre o número de vagas em cursos técnicos de computação, administração e outros. A SESAU repassa o informe e os gerentes inscrevem os servidores, conforme disponibilidade no serviço e interesse do trabalhador. A SESAU também desenvolve cursos, mais dirigidos para a área da saúde, algumas vezes em conformidade com necessidades apontadas pelos gerentes assistenciais e, mais freqüentemente, organizados pelos gerentes técnicos.

Os gerentes usualmente encaminham, via Distrito Sanitário, solicitação e descrição da necessidade de recursos humanos para a unidade de saúde. Tais solicitações limitam-se à categoria profissional sem previsão do perfil. De maneira geral, é uma dificuldade presente na administração pública que tem, no concurso público, usualmente por categoria, a forma de recrutamento de recursos humanos.

A direção, que significa essencialmente a comunicação, liderança e tomada de decisão, no nível de gerência de unidades assistenciais, é uma função conduzida com pouca eficiência e eficácia. As inter-relações dos gerentes são bastante frágeis tanto internamente na unidade, perante os profissionais, quanto externas frente às gerências hierarquicamente superiores, denotando uma fraca governabilidade.

O controle para as gerências de unidades de saúde, obteve 54% das respostas nas fases 1 e 2 demonstrando relação direta com o controle normatizado pela Organização, uma vez que esta exige, de cada unidade de serviço relatórios de produtividade e metas alcançadas. Metade dos gerentes assistenciais compara o relatório de gestão com as metas traçadas pela SESAU, os demais encaminham o relatório para a SESAU como mais uma tarefa cumprida sem avaliação ou crítica sobre as informações produzidas. Um gerente considera o relatório de gestão ineficiente por ser amplo demais e não apresentar síntese (atribuição da ASTEC). Sob o ponto de vista da gestora, tais relatórios apresentados são bastante deficientes e dificilmente apresentam uma avaliação. Também afirmou que, na prática, eles só são elaborados quando há uma determinação por escrito que obrigue os gerentes a fazê-los. A gestora classificou os gerentes assistenciais como “*expectadores*” dos serviços de saúde devido à falta de iniciativa por parte deles.

A maior parte dos gerentes mostrou desconhecer os Instrumentos de Gestão exigidos pelo SUS (CONASS, 2003). Os gerentes assistenciais consideram que existe



um excesso de relatórios e mapas que correspondem a um controle excessivo por parte dos gestores, além de os considerarem, em grande parte, desnecessários porque em alguns casos se repetem, principalmente nas unidades que possuem PACS e/ou PSF.

Quanto à existência de indicadores para medir a produção da unidade, 8 afirmaram que eles existem e estão contidos nos relatórios mensais, mas não são utilizados para conhecer sua participação ou contribuição para os resultados da Organização e 9 dos entrevistados não fazem a avaliação, apesar de ter em mãos os relatórios das unidades e acesso aos Relatórios de Gestão anuais da SESAU bem como o Plano Municipal. Uma gerente de Unidade de Saúde Regional disse que o quantitativo de serviços produzidos são enviados para a SESAU e retornam à unidade de saúde sob forma de relatórios difíceis e pouco práticos de serem manuseados. Citou, como exemplo, número de pacientes atendidos por dia por profissional sem números totais por clínica de uma maneira mais ampla.

Fica a dúvida, 9 dos gerentes afirmam que fazem reuniões avaliativas, tendo as atas como evidências objetivas. De fato há reuniões nas unidades, com atas apenas para as reuniões do Conselho Gestor. Algumas reuniões internas possuem registro. No entanto tais práticas, reuniões avaliativas e rotina de registro, são pouco usuais.

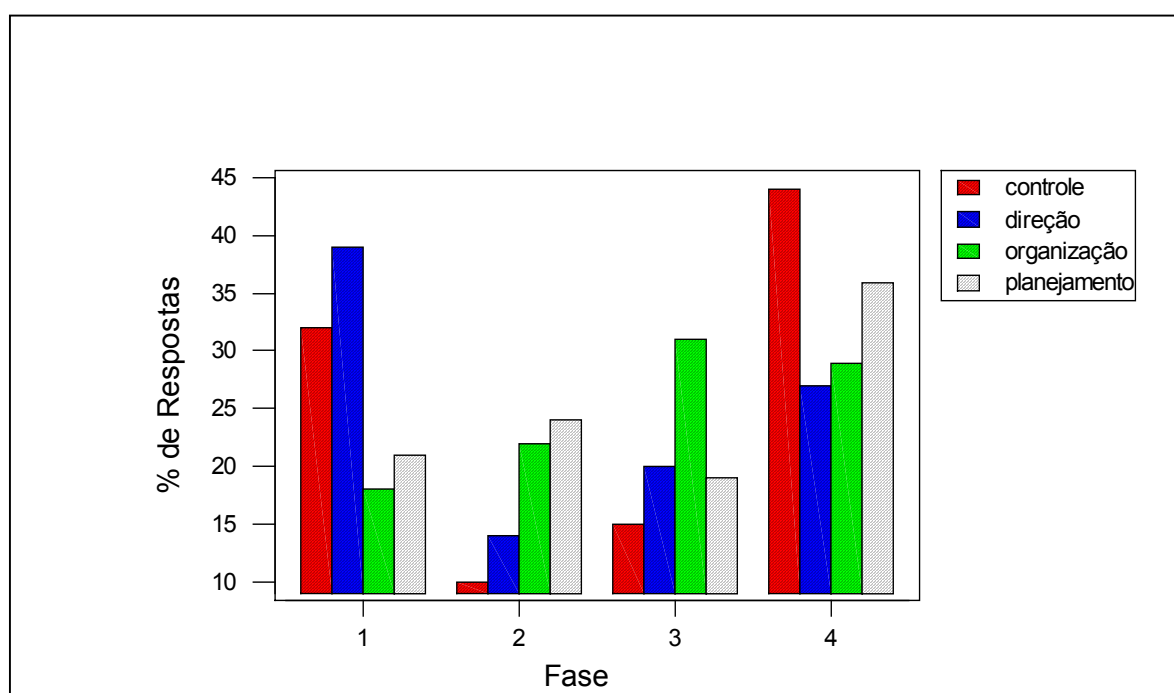
Observou-se que as respostas para o grupo de gerentes assistenciais foram melhores para os responsáveis por unidades regionais (2) e 1 de referência que possuem formação universitária e curso de pós-graduação, destes 3 um que não apresenta esta titulação está em fase de finalização da monografia para defesa. Este pequeno grupo, demonstrou melhor visão gerencial e referiu pouca participação nas decisões da SESAU para as unidades que gerenciam e 1 destes referiu pouco apoio para iniciativas próprias.

O controle, como concebido, diz respeito a capacidade de desenvolver e utilizar informações para a revisão das práticas de pessoas e de equipes diante de objetivos a alcançar. É uma dimensão avaliativa no sentido de aferir desempenho com vistas à eficácia (Drucker, 1975b; Chiavenato, 1983). Nesse sentido, o controle para as gerências assistenciais, é exercido muito mais como cumprimento de tarefas do que como uma necessidade para revisão e avaliação de suas práticas, métodos e resultados.

## **2 A EFICIÊNCIA E EFICÁCIA DOS GERENTES DE INFRA-ESTRUTURA.**

Quanto aos gerentes de infra-estrutura, a entrevista continha 11 perguntas para a dimensão administrativa de planejamento; 10 para organização; 11 para direção e 7 perguntas para a dimensão administrativa de controle. As entrevistas com 5 gerentes revelaram o seguinte quadro em relação ao desempenho das dimensões administrativas para o alcance da eficiência e eficácia.

**Figura 6:** Distribuição percentual das respostas dos gerentes de serviço de infra-estrutura por função administrativa.



Como verificado, 55% das respostas encontram-se entre as fases 3 e 4 na dimensão de planejamento; 60% das respostas também concentram-se nas fases 3 e 4 para a dimensão organização. Para a dimensão de direção, os resultados da maioria das respostas (53%) estão nas fases 1 e 2 e a dimensão de controle obteve bons resultados posicionando 58% das respostas dos gerentes nas fases 3 e 4, com predominância para a fase 4. A distribuição das respostas pode ser visualizada no Apêndice 2.

Para os gerentes em infra-estrutura, exceto para a dimensão de direção, as demais funções administrativas estão em um bom nível de desenvolvimento de eficiência e eficácia.

Concentrando significativo número de gerentes com formação em nível médio (3), no que diz respeito à eficácia e eficiência, os resultados foram significativamente melhores do que os encontrados para os gerentes assistenciais. Esse fenômeno tem, a princípio, uma justificativa administrativa constatada no decorrer das entrevistas. Anteriormente o setor de infra-estrutura da SESAU, parte do Grupo Administrativo no organograma, apresentava uma série de dificuldades na organização dos processos internos e no fornecimento de insumos para todos os clientes internos da Organização (Barbieri, 1995). Desde o início da atual gestão, as deficiências foram percebidas e houve um esforço em identificar problemas e reordenar os serviços conforme as considerações abaixo.

A princípio os gerentes de infra-estrutura não se envolvem com definição de objetivos e metas da Organização, recebem prontas as metas que lhes dizem respeito bem como formulários para preenchimento quantitativo de informações relativas a estoque, consumo e distribuição. Um desses gerentes, afirmou que não tem envolvimento com elaboração de metas e que trabalha principalmente com exceções uma vez que executa pagamentos aos prestadores de serviços (principalmente hospitais filantrópicos e públicos não municipais).

A organização atual concentra no Serviço de Transporte, Manutenção e Segurança um gerente que tem como subordinados um chefe de transportes, um de segurança e um de manutenção predial, gerenciando em torno de 300 pessoas, basicamente com formação no nível elementar. A qualificação deste pessoal serviu para o gerente justificar resposta na fase 1 para as questões relativas a participação dos trabalhadores na elaboração de metas para o serviço e na elaboração de instrumentos de desempenho.

No planejamento das atividades do seu setor, esse gerente procura distribuir os serviços de forma equânime para os demais setores, principalmente no que diz respeito ao transporte e manutenção. Para os gerentes de infra-estrutura, todos funcionários conhecem suas atribuições em decorrência do Regimento Interno e conhecem as rotinas.

Os gerentes em infra-estrutura consideram que possuem autonomia relativa para organizar as atividades que lhes competem. Um afirmou que sua autonomia restringe-se a escala de férias e solicitação de pessoal, os demais reportaram as respostas para a fase 3 e 4 por se considerarem autônomos para a distribuição de pessoal e organização de tarefas.

Também 4 deles afirmaram ter encontros semanais com a gestora para discutir e avaliar o desempenho dos serviços, situando esta resposta na fase 4. O gerente, cuja resposta se encaixa na fase 3, relatou que seu encontro semanal é com sua chefia imediata que encaminha os problemas para a gestora.

De maneira geral, há uma noção clara das redes relacionais de que são predominantemente fornecedores. Deles, 3 (fase 4) afirmaram que os clientes internos conhecem suas rotinas e são comunicados de mudanças por meio de comunicações internas. Também procuram adaptar as rotinas às necessidades dos clientes internos sempre que possível (3 gerentes obtiveram respostas nas fases 3 e 4). Um afirmou que não considera nenhum serviço da Organização como cliente interno (fase 1) e outra situou a resposta na fase 2 motivada pelo fato de que só atende pedidos previamente autorizados como método para reduzir exceções.

Quanto ao acompanhamento dos serviços para o planejamento, 3 gerentes situaram as respostas na fase 1 ao informarem que não há mecanismos de acompanhamento de metas.

Na função organização, todos gerentes de infra-estrutura declararam conhecer suas atribuições perante a Organização e 4 afirmam que sabem o que os clientes internos esperam de seus serviços ao concentrarem as respostas na fase 4. Porém, apesar de buscarem melhorar os serviços para os clientes, 4 (respostas nas fases 1 e 2) destes serviços organizam suas rotinas sem observar as necessidades de seus clientes. As justificativas foram: necessidade de distribuição de serviço equânime e prioridade às ordens da gestora com quem têm encontros semanais.

Apenas 1 destes gerentes obteve resposta na fase 4 quanto à existência de indicadores de desempenho dos serviços. Todos consideram que conhecem os problemas e limites da sua chefia. No entanto, não possuem indicadores de qualidade ou de não qualidade dos serviços (ENAP, 2002) no sentido de quantificar pedidos não atendidos ou itens de pedidos não atendidos ou solicitações extra-rotinas, tempo entre solicitação de reparos ou apoio técnico e atendimento da solicitação entre outros mecanismos possíveis de avaliar a qualidade no serviço.

Apesar dos poucos mecanismos de valorização dos trabalhadores (todos classificaram as respostas nas fases 1 e 2) há apoio da gestora para a execução do que

foi planejado. Quatro gerentes inscreveram respostas nas fases 3 e 4, mesmo porque, o planejamento desses setores tem como principal mentor a gestora.

O principal mecanismo de divulgação de informações são os relatórios trimestrais e quadro de informações. Todas as unidades tem estratégias para controle de despesas com orçamento e planilha de consumo. Os mapas e planilhas são divulgados nos Relatórios Trimestrais utilizados pela gestora para prestação de contas frente ao Conselho Municipal de Saúde e Câmara Municipal. Também há metas para consumo de água e luz para as unidades de serviço externas à sede da SESAU.

Para a dimensão de direção, os resultados foram preponderantes (3) nas fases 1 e 2. Apesar de todos terem facilidade em se comunicar com a gestora (4 tem encontros semanais agendados) não há rotina para supervisão de trabalho definida. As supervisões são esporádicas e sem registro. Os gerentes não visitam as unidades assistenciais, seus principais clientes. As comunicações são predominantemente feitas por telefone, além das rotinas de pedidos (caso do almoxarifado).

Das 5 unidades de infra-estrutura, 3 delas consideraram como parcerias externas convênios entre Ministério da Saúde e SESAU que estão sob sua responsabilidade ou o contato com outras secretarias municipais, principalmente a de Administração pelo fato de a SESAU fazer parte da administração direta e estar juridicamente subordinada ao executivo.

Tanto quanto os gerentes assistenciais, os de infra-estrutura possuem arranjos internos de compensações para seus trabalhadores uma vez que os mecanismos institucionais são escassos. Conforme detalhamento acima citado para inscrição de servidores em cursos e capacitações, os gerentes de infra-estrutura inscrevem seus funcionários conforme interesse dos trabalhadores e possibilidade de dispensa do servidor frente às atividades no serviço. Dois deles informaram que sugerem treinamentos quando há necessidade para o serviço.

Apesar dos limites legais impostos à administração pública, uma das gerentes entrevistadas afirmou que possui grande autonomia no que diz respeito a avaliação de produtividade dos funcionários a ela subordinados porque estes não fazem parte do quadro de servidores municipais. São trabalhadores contratados e ela possui liberdade para definir perfil profissional e inclusive, desenvolveu um instrumento simples e quantitativo para aferir a produtividade individual de cada um.

O controle apresentou os melhores resultados principalmente por estarem vinculados aos resultados das unidades de serviço frente às metas alcançadas e reuniões para discutir os resultados.

No entanto não há mecanismos para aferir o grau de satisfação dos seus serviços frente aos seus clientes internos (todas as respostas na fase 1).

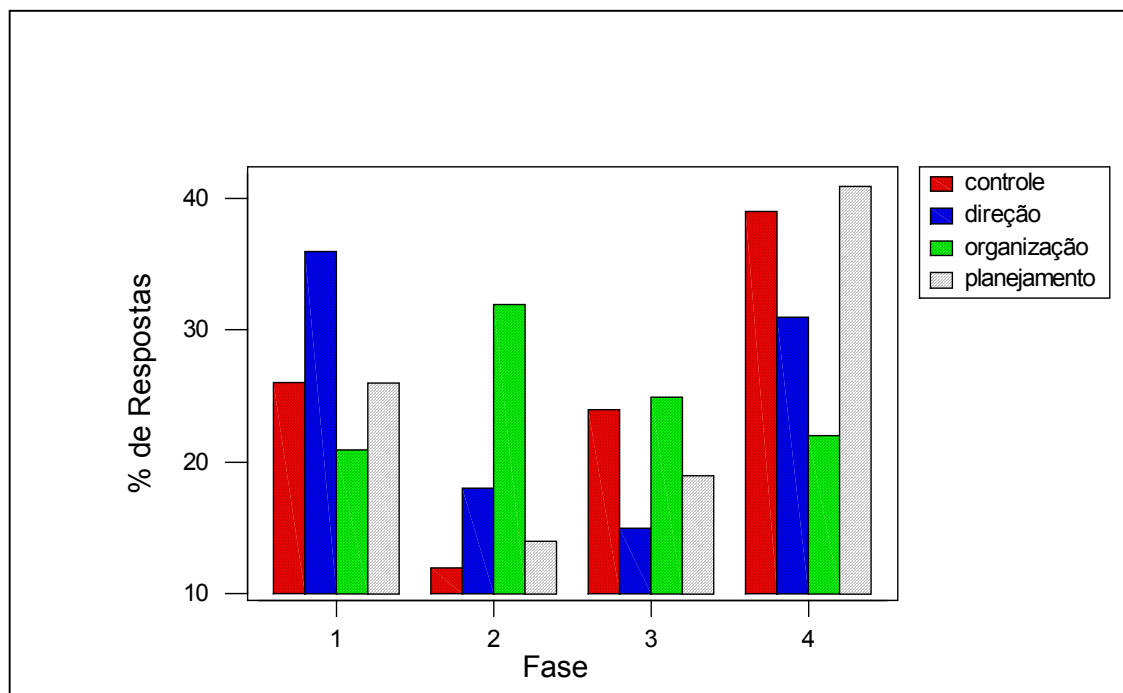
Como descrito ao princípio, houve mudanças positivas e significativas nestes serviços com a nova estrutura descrita no organograma e a sua vinculação direta com a gestora. Também a estratégia de desenvolvimento de planilhas e mapas de controle de consumo, estoque e rotinas de atendimento aos clientes contribui de forma significativa para melhorar a eficiência e eficácia neste nível de serviços.

Observou-se no entanto que falta a adoção de mecanismos (indicadores) indicativos de qualidade na atenção aos clientes e nos seus processos de trabalho voltados para a redução de erros como por exemplo, itens não atendidos nos pedidos que podem indicar novidades introduzidas tais como técnicas, rotinas ou até a falta de controle no estoque e assim por diante.

### **3 A EFICIÊNCIA E EFICÁCIA DOS GERENTES TÉCNICOS**

Conforme gráfico abaixo, observa-se que este grupo de gerentes executam as dimensões administrativas razoavelmente.

**Figura 7:** Distribuição percentual das respostas dos gerentes técnicos por função administrativa.



Para a dimensão de planejamento, 60% das respostas dos 12 gerentes técnicos estão nas fases 3 e 4; as dimensões de organização e direção apresentaram respectivamente, 53% e 54% das respostas nas fases 1 e 2. O controle teve um bom desempenho tanto que 54% das respostas situaram-se nas fases 3 e 4.

Observou-se na gerência técnica, tanto quanto para os gerentes em infraestrutura um bom desempenho das dimensões de planejamento e controle e desempenho razoável para a organização e direção no que diz respeito à eficiência e eficácia gerencial.

Esse nível de gerência concentrou áreas e competências diversas, o que caracteriza, de certo modo a especialização do conhecimento, ou seja, é um nível administrativo conduzido por pessoas que detêm um conjunto de conhecimentos e competências para tomar decisões relativas a um assunto técnico. A pesquisa agregou gerentes em vigilância sanitária, epidemiológica, controle de zoonoses, chefias profissionais, serviço de controle e avaliação e assessoria técnica de planejamento.

A dimensão planejamento, com bons resultados na análise do conjunto diante do Quadro 3, foi considerada com eficiência e eficácia satisfatórias. Nos aspectos mais específicos verificou-se que a missão não está presente no âmbito do serviço enquanto algo formal e divulgado. No entanto nenhuma unidade de serviço deixou dúvidas quanto a finalidade da SESAU e da sua própria unidade de serviço. Os resultados foram

excelentes (todas respostas nas fases 3 e 4) para a definição de funções e atribuições dos trabalhadores, sempre tendo o Regimento Interno como orientação para a resposta.

Quanto à participação no planejamento anual da SESAU, 9 participam ativamente da sua elaboração, embora somente a ASTEC e a gestora citaram o Plano de Saúde como referência para o planejamento. Dos 3 que obtiveram respostas na fase 1, 2 afirmaram que os serviços de chefia profissional não se envolvem e visam apenas apoio aos profissionais. Tal afirmativa demonstra que as chefias profissionais de fato concentram suas atividades na organização de escalas de plantão e distribuição de profissionais. Não se envolvem com a gestão de recursos humanos nem com pesquisas de opinião e qualidade ou instrumentos relacionados a qualidade das atividades profissionais bem como aferição de desempenho ou perfil adequado para práticas específicas. Também foi observado que estes serviços sobrepõem-se a outros serviços como gerência de programas, chefia de distritos e coordenação geral de assistência à saúde. De fato tais serviços ainda existem devido à forte vinculação de profissionais, principalmente médicos e enfermeiros às suas categorias, uma vez que estas atividades poderiam ser delegadas a outras instâncias administrativas da SESAU, como chefias de distritos sanitários e principalmente ao setor de recursos humanos.

A outra gerência que não participa do planejamento, é a Coordenadoria de Programas de Saúde, explicando que os objetivos, metas e indicadores para os programas de saúde em atenção básica<sup>8</sup> advêm de outras esferas do SUS e não são originários das necessidades observadas na assistência. Fica uma dúvida não verificada neste estudo: uma vez que somente são registrados procedimentos referentes aos agravos esperados (por meio de pactos, agendas, indicadores e outros) para os programas específicos, os demais agravos não contemplados não são significativos para a saúde da população local?

No aspecto que relacionou as expectativas e necessidades dos clientes internos ao planejamento das gerências técnicas, 7 afirmaram que não há nenhum canal claro de captação destas necessidades como supervisão ou instrumentos específicos e situaram as respostas nas fases 1 e 2. Dos demais (5), apenas um apresentou um formulário de supervisão contendo espaço para sugestão dos clientes e outro apresentou como clientes os externos, que são os prestadores de serviços junto ao SUS com os quais reúnem-se

---

<sup>8</sup> As ações estratégicas da atenção básica são: controle da tuberculose, eliminação da hanseníase, controle da hipertensão arterial, controle do diabetes mellitus, saúde da criança, saúde da mulher e saúde bucal (Brasil, Ministério da Saúde, 2001b)



semanalmente para discutir o financiamento, teto financeiro e pagamentos. Os gerentes assistenciais referiram-se às reuniões semanais com a CGAS como informativas, com pouco espaço para discutir problemas e apresentar soluções, tanto quanto a gerente do Distrito Sanitário. A característica destas reuniões com a gerente do CGAS, principal assessoria da gestora para as questões assistenciais, denota um estilo bastante centralizador, fato citado por parte significativa destes gerentes técnicos.

Os canais de delegação para contatos entre as gerências foram considerados claros e funcionais por 8 deles com respostas na fase 4. Os 4 que obtiveram pontuação na fase 1 afirmaram: sobreposição de funções; condutas de privilégio; burocracia excessiva e pouca autonomia.

Quanto à sobreposição de funções é uma constatação para os gerentes técnicos predominantemente. Em particular, no que diz respeito às gerências técnicas de programas, há sobreposição na direção dos programas da atenção básica com a Coordenadoria do PACS e PSF. Estas gerências técnicas organizam suas atividades conforme diretrizes nacionais para cada programa da atenção básica interferindo na organização e direção dos Programas de Atenção Básica também previstos no PACS e PSF, inclusive com duplicidade no agendamento de capacitações de recursos humanos e duplicidade de informações e registros em relatórios distintos de produção mensal. De outro lado, a sobreposição também é observada entre chefia de distrito e chefias profissionais em que nem sempre os acordos realizados interessam ao serviço.

A burocracia excessiva citada por estes gerentes reflete-se também nos aspectos de organização, direção e controle. Para a função planejamento em particular, há uma forte pressão para alcançar as metas e indicadores pactuados de tal forma que as rotinas de serviço não atendem às necessidades de seus clientes (gerentes assistenciais) mas se vinculam aos compromissos acordados com outras esferas do sistema de saúde.

Tanto é afirmativa a questão acima que todos os entrevistados confirmaram as respostas na fase 4 na pergunta que relacionava o planejamento da unidade de serviço com objetivos e metas da Organização e para 9 destes gerentes há encontros semanais com a gestora para avaliação do serviço.

---

Dentre a gerência técnica, 11 afirmaram que os clientes internos conhecem as rotinas e são comunicados em casos de mudanças ou em reuniões ou por meio de comunicações internas.

A questão do planejamento que se relaciona qualitativamente como o controle, ao pressupor a elaboração de indicadores no planejamento que possam prever o acompanhamento sistemático de metas, 6 deles afirmaram que o relatório trimestral é o principal mecanismo, os outros 6 disseram que, embora desenvolvam o relatório trimestral não o utilizam como instrumento de controle por falta de tempo para avaliação.

Os fracos resultados para a dimensão de organização, dizem respeito à autonomia no trabalho, formalmente citado por apenas um gerente técnico, porém evidenciado nesta dimensão administrativa.

Destes gerentes 9 conhecem suas atribuições diante dos setores que são seus clientes, mas admitem como principal cliente a gestora. Tanto que as rotinas nas suas respectivas unidades de serviço atendem a exigências da gestora muito mais do que as necessidades de seus clientes. O agendamento de reuniões prioriza as necessidades das gestora e gerência técnica em particular.

As gerências técnicas de programas, serviços de epidemiologia, imunização dentre outros são os clientes internos das unidades de saúde porque recebem delas a produção mensal com descrição das ações desenvolvidas em forma de mapas ou relatórios, necessária para cumprimento das metas. Foi perguntado aos gerentes se eles possuem rotinas para conhecer as expectativas e necessidades destes clientes. Das respostas, 8 gerentes situaram-se na fase 1 em que tal prática não existe. Isso reflete uma rotina de trabalho descendente em que as unidades de saúde recebem os objetivos, modelos de instrumentos e relatórios, metas a alcançar e tudo o que diz respeito à assistência prontas das gerências técnicas correspondentes. A supervisão, poderoso instrumento de avaliação das práticas, não é uma rotina aos gerentes técnicos da SESAU.

Para avaliação qualitativa, possível através do uso de indicadores de eficiência, qualidade e outros (ENAP, 2002), 7 dos entrevistados afirmaram que não existem mecanismos de avaliação das atividades desenvolvidas pelo serviço exceto os relatórios de produção. Diferentemente do acompanhamento sistemático de metas ou produção,

metade deles não possuem rotina de captação de informações e análise de assuntos que dizem respeito às suas atividades. A outra metade referiu uso da Internet, leitura de jornais e material didático de organismos como ANVISA, Ministério da Saúde e outros.

A relação cliente/fornecedor entre estes gerentes e os serviços de infra-estrutura é satisfatória para 8 dos entrevistados que recebem todo material de que precisam e não deixam de realizar nenhuma atividade por falta dele. Entre os demais, 1 considera o fornecimento insatisfatório e afirmou que recebe metade das suas necessidades mas que “adapta” para não deixar de realizar atividades que lhe competem. Um outro disse que recebe material e equipamento necessário mediante projetos aprovados em outras instâncias como Ministério da Saúde. De algum modo, todos iniciaram recentemente controle de despesas. E, para os gerentes que se localizam fora da sede da SESAU, há metas para consumo de água e luz.

Dos 12 gerentes, 7 se enquadram nas fases 3 e 4, uma vez que há mecanismos de divulgação das atividades, os relatórios de produção trimestral, boletins informativos, jornais com reportagens acerca da SESAU. Face a essas perguntas, os gerentes pensaram, inicialmente, em público externo. Apesar de a SESAU ter sistema interno de divulgação de algumas atividades, como o boletim informativo, ele foi referido por 2 gerentes, em oposição ao relatório trimestral citado por todos. Conforme informações fornecidas pela gestora, o relatório trimestral foi instituído com caráter obrigatório, formalmente questionado pelo Ministério Público, devido à exigência de prestação de contas, trimestralmente, junto à Câmara de Vereadores, legislativo municipal.

A organização, que reflete bastante as políticas adotadas pela Organização teve sua eficiência e eficácia prejudicadas pela inexistência, de mecanismos de avaliação de desempenho dos trabalhadores e a respectiva política de recursos humanos de incentivo ao desempenho. Também a ausência de indicadores de qualidade comprometeram as respostas para esta dimensão administrativa.

À direção, 8 referiram facilidade de contato com a gestora e para 4 restantes os encontros são realizados, semanalmente, com a gerência superior.

Quanto às parcerias externas, em especial, a gestora da SESAU citou um projeto municipal oriundo de uma iniciativa da própria secretaria que é o Projeto Viva Seu Bairro que, com financiamento do BNDES, melhora a infra-estrutura e os aparelhos sociais de bairros em situação de risco. O outro aspecto bastante positivo desse projeto,

para a administração municipal, é a integração de várias secretarias em torno de uma finalidade única. Há também convênios com universidades particulares e pública, com o Ministério da Saúde. Há 7 convênios firmados que financiam ações da SESAU e 9 convênios de parceria sem transferências financeiras.

No que diz respeito as parcerias com outras Organizações, estas são sempre realizadas entre a Instituição ou Prefeitura Municipal de uma maneira geral. As parcerias externas específicas ao nível de gerência técnica, quando ocorrem são entre Ministério da Saúde e alguma Coordenação específica de programas tais como Centro de Controle de Zoonoses e Serviço de Epidemiologia.

Quanto as parcerias externas, em especial, a gestora citou um projeto municipal oriundo de uma iniciativa da SESAU que é o Projeto Viva Seu Bairro, que com financiamento do BNDES, melhora a infra-estrutura e os aparelhos sociais de bairros em situação de risco. O outro aspecto bastante positivo deste Projeto, para a administração municipal, é a integração de várias secretarias em torno de uma finalidade única. Há também convênios com universidades particulares e pública, com o Ministério da Saúde. Há 7 convênios firmados que financiam ações da SESAU e 9 convênios de parceria sem transferências financeiras.

Os encontros semanais, com a gestora ou entre subordinados (conforme organograma), são uma rotina para os gerentes técnicos. No entanto, apenas 4 discutem as necessidades dos demais serviços. Para 8 deles, os encontros são informativos.

Apesar de os subordinados serem comunicados dos objetivos e metas da Organização para a unidade de serviço (10 nas fases 3 e 4), 7 afirmaram que não há rotina de supervisão de trabalho dirigida aos seus subordinados. Um gerente apresentou um roteiro de supervisão que aborda inclusive aspectos qualitativos como nível de conhecimento sobre o assunto e sugestões para o serviço e relatou que apesar da rotina estabelecida, frequentemente falta carro ou acontecem reuniões e compromissos inesperados. Os outros 4 consideram as reuniões como mecanismos de supervisão.

No sentido de indicações para capacitações dos trabalhadores, 8 afirmaram indicar nomes para treinamentos e capacitações propostos pela Secretaria de Administração. Em especial, a Coordenação Geral de Assistência à Saúde (CGAS), relatou que há cursos interessantes à disposição dos funcionários como línguas estrangeiras, secretariado e outros. No entanto há pouca adesão.

Nos cursos desenvolvidos pela SESAU, oferecidos aos trabalhadores ou público, como o de capacitação de conselheiros em saúde, os gerentes técnicos afirmaram que podem opinar conforme a necessidade do serviço.

Quanto ao perfil de contratações, conforme discutido anteriormente, há limites inerentes à administração pública, tanto que o PSF enfrenta severas dificuldades diante da falta de perfil profissional de diversos trabalhadores que acabam por se inserir no programa graças ao incentivo financeiro ou por acomodação pessoal.

A agenda única recentemente instituída, ainda não é uma prática para todas unidades de serviço da SESAU. Funciona para parte (7) dos gerentes técnicos e é mais usual à sede da SESAU, sem reflexos para as unidades de serviço externas como CCZ, Distrito Sanitário ou chefias subordinadas.

A direção, principal dimensão de tomada de decisões apresentou bons resultados para as questões relacionadas aos encontros com a gestora e a respectiva facilidade de comunicação com ela, bem como as informações acerca de objetivos e metas organizacionais. Por outro lado, constatou-se que há problemas quanto aos aspectos dependentes de práticas da instituição, como elaboração participativa de indicadores de desempenho, participação dos trabalhadores nas discussões acerca de desempenho e perfil para ocupação de funções.

O controle obteve resultados ótimos para as questões acerca da existência e uso de indicadores de aferição da produção, pois 9 gerentes apresentaram respostas que se incluem nas fases 3 e 4. Os que disseram não haver indicadores, foram as chefias profissionais e a assessoria técnica em planejamento.

Mais difícil de ser observado do que para os gerentes em infra-estrutura, o impacto causado aos clientes internos se daria mais por um sistema de avaliação permanente destas relações internas.

De maneira ampla, o controle apresentou satisfatórias condições em termos de eficiência e eficácia, especialmente nos procedimentos organizacionais de controle, inerentes à Organização como indicadores de produtividade e metas alcançadas. Os aspectos relacionados a qualidade das relações internas e mecanismos de avaliação de desempenho individual e por unidade de serviço obtiveram resultados insuficientes quando não relacionados a produtividade individual.

As avaliações da Organização, ocorrem anualmente e excepcionalmente no decorrer do ano por solicitação do Conselho Municipal de Saúde. A avaliação das metas da SESAU consiste na apresentação e leitura do Relatório de Gestão ao Conselho Municipal de Saúde que o aprova e encaminha para outras instâncias conforme o fluxo instituído pelo Ministério da Saúde.

#### **4 AS RELAÇÕES ENTRE OS DIFERENTES NÍVEIS HIERÁRQUICOS**

Mediante a aplicação do teste qui-quadrado (Daniel, 1995) foi possível investigar “*a igualdade na distribuição da qualidade das atividades nos diferentes níveis gerenciais para a mesma função administrativa*” (Biscola & Sauer, 2003:16).

Foi observado, para as dimensões administrativas entre os níveis gerenciais, importantes tendências à diferenças, conforme veremos (Apêndice 3).

Na dimensão de planejamento, se incluídas as respostas dos gestores, verifica-se uma perda da capacidade de planejamento conforme decresce o nível gerencial:

- 73% das respostas nas fases 3 e 4 para os gestores;
- 60% das respostas nas fases 3 e 4 para gerentes técnicos;
- 55% das respostas nas fases 3 e 4 para gerentes em infra-estrutura;
- 48% das respostas nas fases 3 e 4 para gerentes assistenciais.

Os gerentes assistenciais tem pouca participação no planejamento de ações em suas próprias unidades de serviço. No nível da gerência técnica há diferenças internas uma vez que as chefias profissionais consideram nula sua participação.

Em síntese, o planejamento tem um fluxo descendente sendo uma prática melhor desenvolvida nos níveis hierárquicos superiores. Observa-se que, entre as esferas governamentais, recomenda-se o planejamento ascendente representado pelos Planos Municipais de Saúde, primeiro escritos no nível municipal, sistematizados na esfera estadual e encaminhados para o nível nacional para que novas políticas sejam elaboradas e comunicadas por meio das agendas (CONASS, 2003).

Também o Planejamento Estratégico Situacional e os métodos mais simples recomendados para unidades locais (Rivera, 1992; Tancredi et al, 1998) consideram o planejamento elaborado a partir das necessidades mais específicas e locais. Tal como descrita a prática de planejamento na SESAU, as necessidades estão sendo geradas no ápice da estrutura organizacional.

Nessa perspectiva, a SESAU busca de organizar os serviços objetivando o alcance de resultados. Essa correspondência se evidencia, neste momento, pela organização dos serviços com vistas a resolver os problemas de acesso à média complexidade (PMCG/SESAU, 2003).

Apesar de não analisados neste estudo, é preciso considerar que os indicadores de saúde, além do acesso aos serviços de saúde, são grandemente determinados por aspectos sociais e econômicos com investimentos em Campo Grande oriundos da União como bolsa escola e locais com incentivos a indústrias de pequeno e médio porte para absorção de mão-de-obra, políticas habitacionais locais dentre outros.

A dimensão administrativa organização não teve o mesmo comportamento da função planejamento e apresentou resultados próximos para os gerentes assistenciais e técnicos (48% e 47% das respostas nas fases 3 e 4 respectivamente) com os melhores resultados entre os gerentes em infra-estrutura com 60% das respostas nas fases 3 e 4.

Considerando que a organização diz respeito ao uso ótimo dos recursos disponíveis (eficiência) somado à importância que as redes relacionais bem articuladas, esta pesquisa aponta problemas de fluxo e comunicação entre os gerentes assistenciais e técnicos refletidos nos resultados que demonstraram uma prática razoável para eficiência e eficácia na função organização.

Toda a organização de rotinas administrativas contempla as necessidades da gerência técnica que define prazos e os relatórios que devem ser feitos nas Unidades Assistenciais. O agendamento de pacientes entre unidades básicas e de referência, atualmente informatizado, foi instituído conjuntamente entre gestor e Conselho Municipal de Saúde, sem que as unidades de referência participassem da decisão. Segundo um gerente de uma unidade de referência, o modo como foi normatizado o sistema de encaminhamento, é o principal responsável pelo não comparecimento do cliente e, para evitar uma baixa produção, acabou gerando uma segunda forma de agendamento que é o encaixe, com formação de filas.

A capacidade de relacionar atividades a decisões (Drucker, 1975b), com divisões de unidades de trabalho na SESAU, denotou sobreposição de chefias e pouca articulação entre elas que com necessidades particulares, sobrecarregam os gerentes assistenciais com cursos e reuniões que poderiam ser organizadas em bloco, relacionando e agrupando atividades em encontros únicos e mais proveitosos para todos os setores interessados. Esta sobreposição também foi observada na exigência de mapas de produção.

Isso se reflete na pouca habilidade em coordenar pessoas às atividades (Chiavenato, 1983; Bateman & Snell, 1998), que pode redundar em prejuízo para todos. O melhor exemplo disso foi o reconhecimento, revelado pela gestora municipal, de que os gerentes assistenciais são expectadores das atividades da Organização. Muito provavelmente, isto se deve ao fato de a organização não considerar as opiniões desses gerentes na definição do fluxo de atividades que ali acontecem diminuindo o interesse e resultando em ações executadas muito mais por imposições administrativas do que pelo conhecimento e responsabilidade técnica para solução de determinado problema. Mesmo porque a responsabilidade técnica só se viabiliza pela autonomia em pensar modos particulares de alcançar os resultados, esperados pela Organização, na unidade local.

Por outro lado, a determinação da gestora em organizar os serviços de infraestrutura da SESAU, refletiu-se positivamente na eficiência e eficácia desta dimensão administrativa que apresentou os melhores resultados entre os gerentes da Organização. Com 60% das respostas dos gerentes de infra-estrutura nas fases 3 e 4, observou-se que há, de fato, serviços mais eficientes e eficazes tanto que, os principais clientes destas unidades de serviço, apontaram problemas que referem-se, em grande parte, as inter-relações e comunicação com os gerentes técnicos conforme discutido acima. Uma das razões que explicam esses resultados positivos, referentes aos gerentes de infra-estrutura, é que as rotinas estabelecidas atendem significativamente as necessidades dos gerentes assistenciais como o almoxarifado e serviços de manutenção.

Uma deficiência apontada pelos gerentes técnicos é a falta de carros para supervisões. No entanto, essa condição pode ser alterada na medida que este serviço tiver uma programação previa que seja considerada atividade prioritária.

Na avaliação adotada (Quadro 3), para a dimensão direção, todos os gerentes distribuíram-se no nível em que a eficiência e eficácia acontecem de forma razoável nas



suas práticas administrativas. No aprofundamento da análise, a direção foi a dimensão mais distante dos parâmetros ideais para os gerentes assistenciais que obtiveram 36% das respostas nas fases 3 e 4 enquanto os demais gerentes alcançaram um desempenho um pouco melhor, 47% aos gerentes de infra-estrutura e 46% para os gerentes técnicos.

Observou-se na SESAU que a direção, tomada como a capacidade de liderança e comunicação para agregar as pessoas em torno de uma finalidade comum, é uma capacidade a ser mais e melhor desenvolvida, exceto para a gestora, que, de modo bastante particular, apresenta grande capacidade de liderança e significativa habilidade política ao lidar com os aspectos relacionados ao poder.

Um aspecto que teve grande peso nestes resultados é o limite dado pelos aspectos legais da administração pública diretamente ligada ao poder executivo no que diz respeito a autonomia na direção dos recursos humanos. Das questões voltadas à dimensão direção, em torno de uma terça parte (1/3) dos gerentes abordaram aspectos referentes às questões de avaliação de desempenho individual e suas decorrências cujas respostas concentraram-se nas fases 1 e 2. Tido como um grande nó das políticas de saúde atuais, observa-se muito empenho por parte do Ministério da Saúde em discutir e propor soluções para esta questão estrutural do SUS (Ministério da Saúde, 2002; Bresser Pereira, 1998) com grandes expectativas de ser solucionado.

É relevante considerar a existência de questões relativas a organização interna que indicam que a SESAU não sistematizou modelos de supervisão de atividades para conhecer como se dá a ação, tanto quanto as necessidades e opiniões de quem as executa. Nesse aspecto, diversos gerentes citaram que há um cronograma de supervisão que não é cumprido o que indica a pouca importância dessa atividade dentre as atribuições gerenciais.

No que se refere aos gerentes assistenciais, a problemática é outra e se refere à credibilidade do gerente nas suas capacidades de aferir desempenho profissional (Lakatos, 1997; Kettl, 1998). Nesta pesquisa constatou-se que a falta de uma política institucionalizada para isso retira do gerente o conhecimento e a responsabilidade sobre programas específicos, principal atividade assistencial das unidades de saúde básicas.

O controle, considerado como um aspecto da eficiência quanto à ação gerencial de avaliação do desempenho individual e coletivo para o alcance dos resultados (eficácia) também diz respeito ao uso ótimo do sistema de informações existentes, ao

desempenho diante dos clientes (Drucker,1975b) além da capacidade crítica de avaliar suas próprias ações para corrigir erros e desvios (Chiavenato, 1983; Rivera, 1992).

Todos esses pressupostos, fundamentais para as teorias que abordam gerenciamento para sistemas de saúde tanto quanto previstos para a administração por resultados, obtiveram bons resultados aos gerentes em infra-estrutura (59%) e técnicos (63%) e razoável para os gerentes assistenciais (46%).

Em geral, as questões relativas aos controles instituídos, voltados para a produção do serviço e respectivas avaliações, com elaboração de relatórios trimestrais e mapas mensais obrigatórios, obtiveram respostas, em todos os níveis, nas fases 3 e 4 preponderantemente.

A eficiência e eficácia são fracamente desenvolvidas nos aspectos do controle que se referem a avaliações dentro do âmbito das gerencias, pois:

- não há uso de indicadores de qualidade, de não-qualidade e de eficiência como instrumentos de crítica às atividades gerenciais próprias. Tais indicadores, são fundamentais para a gerência por resultados, adotados e ensinados pela Escola de Administração Oficial do Estado (ENAP, 2002);
- os resultados da Organização não são usados como sistemas de informação em cada instância gerencial;
- as reuniões que acontecem entre os níveis gerenciais são, em grande parte informativas e as avaliações são feitas, principalmente pela gestora, assessoria técnica e coordenação geral de assistência à saúde;
- há uma proposta que está sendo delineada ao interior da Organização que se refere a uma política de avaliação individual ou de atividades resultantes de trabalhos de grupos com vistas a qualidade do serviço e humanização do atendimento. Tal política não está escrita e parte dela, que se dirige à recepção dos clientes nas Unidades de Referência, está em vias de ser implantada;
- os mecanismos de captação das informações oriundas dos usuários e clientes são diferentes nas diversas unidades assistenciais, pouco consideradas pelos gerentes que orientam as atividades, prioritariamente na suas administrações, pelas ordens emitidas pela gestora e principais gerentes.

As dimensões administrativas são, teoricamente, passíveis de operacionalização nas gerências de qualquer nível de complexidade. No cotidiano das organizações, observa-se que os gestores trabalham com agenda flexível no sentido de se submeter a reuniões e encontros inesperados e informações parciais, obtidas inclusive, das reuniões semanais com algumas das gerências técnicas. Os gerentes intermediários tanto de fomento técnico como de apoio infra-estrutural planejam e coordenam atividades em meio a pressões das demandas superiores, sentem-se sobrecarregados por considerarem que os gerentes assistenciais possuem pouca habilidade administrativa para resolver problemas rotineiros. Quanto aos gerentes assistenciais, sofrem pressão dos clientes e da equipe devido a problemas que devem ser encaminhados ao gestor, ao tempo que dispõem de informações quase tão completas e quase ao mesmo tempo que os demais níveis administrativos (Motta, 1996). Além do mais, no caso da saúde, há especificidades tal como a relação direta entre profissional e usuário sem possibilidade de estocar serviços, além das dificuldades dos usuários em verbalizar suas necessidades de saúde (Dussault, 1992).

## ***CONSIDERAÇÕES FINAIS***

## ***CONSIDERAÇÕES FINAIS***

De maneira geral, as questões relativas à missão e objetivos da organização em todos os níveis tiveram respostas classificadas na fase 1, por não haver nenhuma evidência objetiva a este respeito. Apesar de todos terem consciência da missão da SESAU, não há uma instituição para orientar permanentemente os gerentes nem tampouco discute-se visão de futuro para sinalizar o aperfeiçoamento da eficiência e eficácia gerencial (Fontes Filho, s/d). No entanto verificou-se que informalmente todos gerentes “supõem” uma finalidade para a organização que diz respeito ao acesso e oferta da assistência em saúde aos usuários do sistema de saúde municipal.

Um gerente assistencial, afirmou que a pressão por produtividade é tão forte que uma das gerentes técnicas de um programa da atenção básica orientou os enfermeiros e auxiliares para considerarem como cliente do programa qualquer pessoa que procure a unidade para aferir a pressão arterial. Essa afirmação, se tomada como conduta rotineira, pode colocar em risco não só as informações produzidas e metas alcançadas como a qualidade desse tipo de atendimento.

O grande perigo aí embutido é que, em nome da gestão por resultados, exclusivamente eficaz, a Organização pode “desqualificar” os meios para o alcance das metas. Fundamental é associar à eficácia a eficiência e nessa direção, é preciso capacitar a todos, individualmente e em equipes de modo a preparar todos recursos humanos e, em especial as gerências, para a complexidade do trabalho em saúde.

O Plano Municipal de Saúde é observado e tido como uma realidade para os gestores e assessoria técnica envolvida. Tal como o Relatório de Gestão, ambos instrumentos de gestão não são identificados e utilizados como parâmetros orientadores do planejamento e programação das ações pela maioria dos gerentes: os de infraestrutura porque não orientam seus serviços no sentido de atender os pedidos dos seus clientes internos; os gerentes técnicos, com exceções, organizam-se diante dos indicadores que lhes dizem respeito, sem compromissos com a totalidade das ações; os gerentes assistenciais que estão nas unidades atuam mais como suporte administrativo do que gerente da unidade de saúde.

Não verificou-se um conhecimento de todos em relação ao funcionamento da SESAU. Cada unidade de serviço conhece bem objetivos, metas e os resultados de produção da sua administração com pouco conhecimento dos motivos e finalidades

gerais. Grande parte desconhece que a obrigatoriedade do relatório trimestral faz parte de uma obrigação legal da gestão plena do sistema municipal. O conhecimento é maior entre os gerentes técnicos e bastante parcial aos gerentes de infra-estrutura e assistenciais.

Há um grande esforço da SESAU em alcançar as metas pactuadas com a SES-MS e Ministério da Saúde, cumprir os acordos feitos no Conselho Municipal de Saúde e alcançar as metas contidas no Plano Municipal de Saúde, tanto que observa-se uma melhora expressiva no estado de saúde da população demonstrada por meio de indicadores excelentes se comparados à região e ao país (PMCG/SESAU, 2003; Brasil: Ministério da Saúde, 2002). Também houve ampliação do acesso, principalmente com investimentos na assistência e diagnose de média e alta complexidade e na organização interna dos serviços. Porém isso foi verificado como um esforço pessoal da gestora neste momento político e de alguns assessores.

Indubitavelmente, os encargos que pesam sob a gestão municipal em Campo Grande produziram uma melhora significativa nos indicadores de saúde da população, e na produção de serviços. No entanto, no decorrer desta pesquisa, observou-se que o planejamento, organização e controle se desenvolvem em um fluxo e por uma necessidade descendente sem que, significativo número de gerentes, principalmente os gerentes assistenciais, tenham conhecimento da dimensão e dos resultados das ações executadas nas unidades de saúde.

A idéia da responsabilização, ou seja, dar autonomia aos gerentes para que as soluções criativas aconteçam (Rivera, 2003; Motta, 2001) permanecendo o controle dos resultados, só ocorre no momento em que a Organização confia ao gerente atividades voltadas de fato para o planejamento, organização, direção e controle e, em contrapartida o gerente acredita na missão e conhece as obrigações, limitações e potencialidades da Organização, ou seja, “veste a camisa da organização” e defende as suas idéias, sua lógica organizacional e incorpora na sua prática gerencial, a busca pelos mesmos resultados da Organização, com ações eficazes dirigidas a fazer as coisas certas; produzir soluções criativas e obter resultados adequados (Chiavenato, 1983; Drucker, 1975).

O modelo administrativo na SESAU é visivelmente centrado na figura da gestora, com uma organização hierarquizada em que as rotinas administrativas são cumpridas. Semanalmente a gestora encontra-se com as gerências da CGAS,

Coordenadoria de Epidemiologia, Coordenadoria de Controle e Avaliação, e Chefia de Apoio Operacional sempre após, estes reunem-se também semanalmente, com as chefias subordinadas. A gestora não recebe funcionários para resolver problemas pessoais administrativos como lotação, férias, pagamentos de plantões ou problemas de compatibilidade com chefias, conforme informações obtidas na entrevista, a sua secretária os reporta para as gerências competentes.

A sua gestão pode ser considerada centralizadora uma vez que tem conhecimento de quase todos os acontecimentos da rede de serviços com amplo domínio do SUS, políticas, legislação, normas e atuação no Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde tanto quanto conhecimento em administração pública pela sua larga experiência no setor e em cargos de chefia. Também adota como instrumento de controle a leitura e assinatura de todos os documentos, exceto comunicações internas, de todas as gerências da rede, em síntese, não sai documento da SESAU que ela não tome conhecimento, atitude que, para alguns gerentes técnicos deixa algumas medidas administrativas lentas.

A gestora, dentro dos parâmetros de eficiência e eficácia estabelecidos para o nível de gestão, adota como principal meio para o alcance dos resultados (Campos, 1994) a centralização. Sob o ponto de vista do ápice da organização e para o olhar externo, o organograma apresenta-se idealmente concebido. No entanto, sob o olhar interno dos gerentes assistenciais e técnicos há sobreposição de funções e atividades técnicas que constituem dificuldades na comunicação em diferentes níveis conforme discutido anteriormente.

Se observada a teoria de Weber, podemos afirmar que a SESAU experimenta o modelo de dominação burocrática em que observa-se tanto a obediência às regras e controles instituídos quanto à figura carismática da secretária de saúde (Cohn, 1991). A presença desta secretária na SESAU, sua disponibilidade ao serviço, antes nunca vista na Organização, além da capacidade técnica associada aos êxitos das atitudes tomadas em sua gestão, imprimem à esta gestão, a dominação do tipo carismática, não enquanto tipo puro, mas como liderança.

É indiscutível para os gerentes em todos os níveis, a competência e capacidade de gestão da Secretária de Saúde que, de forma quase unânime informaram que a SESAU atualmente possui uma organização mais profissional com fluxos mais ágeis.

Também é significativo e reconhecido o grande avanço obtido nos setores de infraestrutura que reduziram erros ao estabelecer e cumprir rotinas.

Permanece, para o grupo de gerentes assistenciais, a sensação de pouca participação nas decisões. Os gerentes técnicos convocam reuniões e sobrecarregam as unidades assistenciais, sem identificar as necessidades do serviço e quando identificadas, não as discutem. Nesse sentido, Hortale (1996) observa que ampliar a autonomia gerencial significa flexibilizar responsabilidades e introduzir uma nova forma de participação dos gerentes nos serviços.

A forma como as atribuições são delegadas na SESAU, com predomínio do cumprimento de metas e confecção de mapas mensais por parte dos gerentes e metas individuais para os profissionais, reduz a capacidade de trabalhar e buscar soluções em equipe. Não se observaram, de maneira geral, no decorrer das entrevistas, declarações referentes à solidariedade ou trabalho coletivo, exceto entre profissionais da mesma categoria. A produtividade paga aos funcionários não se rege por indicadores elaborados em parceria entre os interessados, não se fundamenta em variáveis de qualidade, não pressupõe a realização de atividades em equipe. A produtividade não afere responsabilidades voltadas ao trabalho em saúde coletiva.

Devido às exigências previstas em leis e normas para o processo de descentralização e, mais recentemente com as pactuações regionais, a SESAU desenvolveu um sólido sistema de controle capaz de gerar as informações necessárias para o sistema de saúde municipal. Enquanto uma necessidade política e legal, o controle foi determinado do alto nível para os demais sem que, principalmente os gerentes assistenciais, tivessem um entendimento da sua dimensão e importância.

Os gerentes declararam que não há nenhum sistema de avaliação de desempenho e, também, a participação dos trabalhadores na construção de tais avaliações foi respondida como inexistente por todos eles. O acompanhamento de desempenho previsto para as gerências técnicas dos profissionais (PMCG/SESAU, 2001) é difícil de ser desenvolvido pelo forte sentimento de proteção dentro das categorias e pela experiência institucional de concentrar as avaliações na produção de serviços. Para o caso da avaliação ser realizada pelos gerentes, há a delicada questão ética, interna às categorias profissionais, quanto às competências do avaliador e a validade das avaliações. Tal situação pode ser resolvida com vontade política, envolvimento dos conselhos profissionais e participação dos usuários.



Para Motta (2001: 21), as organizações de saúde só se transformarão:

*a partir de um processo permanente de desenvolvimento de recursos humanos, direcionando para melhorar a equidade e a qualidade das ações de saúde e que atenda às necessidades do serviço, às demandas da população e à satisfação do pessoal das instituições de saúde.(...) como componente essencial desse processo, impõe-se uma mudança nos valores e atitudes de seus participantes e, em particular, dos que integram a organização (trabalhadores da saúde) orientada para multiplicar seu valor social. Trata-se de promover, por parte dos trabalhadores da saúde, a construção de valores compartilhados e de regras para suas atividades e comportamentos, e de estabelecer novas formas de relação na equipe de saúde e com o usuário.*

Também quanto à avaliação das unidades de serviço, não se observou a existência de mecanismos ou indicadores de desempenho, fundamentais para uma administração que pretende organizar-se para resultados. Ao serem inquiridos sobre mecanismos de avaliação do serviço, verificou-se que os gerentes, em todos os níveis, não haviam atentado para a possibilidade do uso de indicadores de qualidade, de não qualidade, eficácia e outros, para aferição do desempenho na Organização e nas suas unidades de serviço.

O modelo construído e utilizado, nesta pesquisa, para aferir a eficiência e eficácia nas atividades gerenciais da SESAU por meio das dimensões administrativas de planejamento, organização, direção e controle, foi capaz de uma aproximação ao desempenho dos gerentes nos diversos níveis bem como identificar as redes relacionais e os problemas existentes em algumas delas.

Também, este modelo admite críticas. Para que se faça uso das dimensões selecionadas nesta pesquisa, é preciso adotar a multiplicidade de categorias e variáveis das diversas teorias organizacionais e não apenas da escola racional, que desenvolveu tais dimensões com sentido bastante restrito. Um outro aspecto que deve ser considerado é o uso dos roteiros para os níveis hierárquicos previamente identificados na organização que, embora classifiquem respostas em níveis, acatam o entendimento do entrevistado acerca da sua compreensão da evidência objetiva, permitindo assim, registrar aspectos não explicitados na organização formal, ou seja, essa modo de utilizar os roteiros, capta os “ruídos” acerca dos interesses e disputas de poder presentes nas redes relacionais.

Quanto a primeira questão formulada, se há diferenças no desenvolvimento das dimensões administrativas em cada nível gerencial, no tratamento estatístico dado às informações, não foram observadas diferenças significativas para os gerentes de unidades assistenciais e de serviços de infra-estrutura, as diferenças foram significativas entre as dimensões administrativas nas respostas dadas pelos gerentes de atividades técnicas. Entretanto, na análise das respostas dadas e nas observações, foi possível observar as seguintes tendências:

- Aos gerentes de unidades de saúde, a dimensão de direção aponta para resultados predominantemente na fase 1, seguida da dimensão de planejamento e controle.
- Aos gerentes de infra-estrutura, observa-se uma grande capacidade de controle, com predomínio das respostas na fase 4 seguida do planejamento, que em grande parte é desenvolvido pela gestora.
- Os gerentes de atividades técnicas apresentaram diferenças significativas principalmente pelo bom desenvolvimento das dimensões de planejamento e controle, com resultados pouco expressivos para a organização.

A segunda pergunta, se há diferenças entre o desenvolvimento das dimensões administrativas entre os quatro níveis gerenciais, estatisticamente foi observado diferença significativa da dimensão planejamento quando analisada nos diferentes níveis hierárquicos. As demais dimensões não evidenciaram diferenças significativas entre os diferentes níveis hierárquicos. No entanto, foi possível observar as seguintes tendências:

- O planejamento é a dimensão administrativa melhor desenvolvida pelos gerentes de atividades técnicas e em seguida pelos gerentes de infra-estrutura.
- A organização é bastante desenvolvida pelos gerentes de infra-estrutura e não há diferenças importantes desta dimensão para o grupo de gerentes de unidades assistenciais e gerentes técnicos. No entanto, este último grupo de gerentes apresenta maior número de respostas na fase 2 quando comparado ao grupo de gerentes de unidades assistenciais o que evidencia que o primeiro está tendo um interesse maior em efetivar algumas rotinas e mudanças no serviço.

- A direção demonstra desenvolvimento similar aos gerentes técnicos e de infra-estrutura. Grande parte das respostas dos gerentes de unidades assistenciais está situada na fase 1 demonstrando a baixa governabilidade destes gerentes.
- O controle é bem desenvolvido pelos gerentes de infra-estrutura seguido dos gerentes de atividades técnicas.

Se analisados os resultados tabulados no Quadro 5 (Apêndice 4) mediante o Quadro 3, os gerentes de infra-estrutura e os gerentes em atividades técnicas apresentam um bom desenvolvimento do planejamento, com alcance satisfatório da eficiência e eficácia, enquanto os gerentes de unidades assistenciais desenvolvem esta dimensão de forma razoável tendo a eficiência e eficácia comprometidas. A organização apresenta-se com desenvolvimento satisfatório no que diz respeito a eficiência e eficácia apenas para os gerentes de infra-estrutura, enquanto para os demais gerentes, seu desenvolvimento interfere na eficiência e eficácia. A dimensão de direção tem desenvolvimento razoável nos 3 níveis gerenciais comprometendo de forma significativa a eficiência e eficácia administrativas. O controle apresenta resultados similares à dimensão administrativa planejamento.

Diante destes resultados, observa-se que a eficiência e eficácia apresentam limites em seu desenvolvimento gerencial na SESAU e, diante das discussões suscitadas nesta pesquisa, é possível ampliar a capacidade administrativa interna por meio da adoção de modelos teóricos organizacionais mais modernos, como, por exemplo a teoria sugerida por Matus que pressupõe 3 subsistemas: de agenda, de petição e prestação de contas, que além de manterem relações dinâmicas, conferem responsabilidades às operações em substituição a hierarquia burocrática (Matus, 1996b). Também outra possível alternativa, é a adoção de equipes como estratégia e método para a distribuição de atividades, proposto por Motta (2001) deslumbra-se a possibilidade de constituir a responsabilidade em equipes de trabalho. Nesse enfoque, as gerências assistências teriam um papel relevante no sentido de coordenar e dirigir as equipes.

Dado o pressuposto inicial desta pesquisa, constatou-se que os movimentos para a descentralização entre as esferas governamentais aconteceram em Campo Grande com resultados positivos, sem entretanto, ocorrer também no âmbito interno à Organização.

Para que isso aconteça é preciso encaminhar as unidades de serviço para a autonomia, com a participação mais efetiva de todos gerentes na construção das normas

e regras de controle necessárias ao serviço. Notadamente a interdisciplinaridade se dá na SESAU por meio do controle vertical mediante reuniões das gerências superiores com as demais, com pouca comunicação e trocas nos níveis horizontais da Organização.

O atual modelo organizacional da SESAU pode colocar em risco sua organização futura uma vez que se observa que a centralização retira dos demais níveis a responsabilização e compromisso que só ocorrem quando as pessoas conhecem e participam de todo o processo de tomada de decisão, despertando competências para planejar, organizar e liderar equipes e avaliar os resultados individuais, coletivos e a eficácia das ações.

A nova noção do “público”, entendida como cliente e adotada nos modelos administrativos mais modernos, está cada vez mais ampliando a participação dos cidadãos nas decisões governamentais e exigindo a qualidade associada aos procedimentos. Há também, em particular ao setor saúde, uma nova dimensão de “saúde” incorporada pelas pessoas que ampliam suas necessidades individuais com a mesma rapidez com que novas tecnologias são divulgadas. De outro lado, a administração pública adota modelos mais modernos na gestão e exige cada vez maior qualificação no trabalho. Estes dois aspectos põem o foco no gerente que, por estar mais próximo do cliente tanto quanto do gestor, precisa, cada vez mais, dominar conhecimentos e desenvolver capacidade de enfrentar problemas e agregar equipes e, para isso, necessita de autonomia e participação nas decisões da organização.

***REFERÊNCIAS BIBLOGRÁFICAS***

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- ACKOFF, L.R., 1981. *Creating the corporate future*. New York: John Wiley.
- ALMEIDA, C.M. 1999. Reforma do Estado e reforma dos sistemas de saúde. *Ciência e saúde coletiva*, 4(2). Pp 263-286.
- BARBIERI, A.R.; HORTALE, V.A.,2002. Relações entre regulação e controle na reforma administrativa e suas implicações no sistema de saúde brasileiro. *Revista de Administração Pública. FGV* .36(2):181-194
- BARBIERI, A.R, 1995. *A assistência à saúde em Campo Grande diante do processo de implantação e consolidação do SUS*. Dissertação de mestrado, Campo Grande: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.
- \_\_\_\_\_, 1997. A assistência à saúde em Campo Grande através do SUS: a construção de uma política. In: *Divulgação Saúde Para o Debate*. nº 18: 17-25.
- BARZELAY, M. 1992. *Breaking through bureaucracy*. Berkeley: University of California Press.
- \_\_\_\_\_. 2002. Instituições centrais de auditoria e auditoria de desempenho: uma análise comparativa das estratégias organizacionais na OCDE. *Revista do Serviço Público*, 53(2):5-36
- BATEMAM, T.S. & SNELL, S.A., 1998. *Administração: construindo a vantagem competitiva*. São Paulo: Atlas.
- BEHRENS, R., 2002. How to manage individual performance United Kingdom Country Report. *Germany High-Level Symposium*, Berlin: OECD, 13-14 march.
- BERTI, & TUMIATI., 1962. Controllo: controlli amministrativi. In: *Enciclopedia del Diritto*, vol. X.
- BISCOLA, J & SAUER, L. 2003.*Relatório estatístico*. Campo Grande: apostila.
- BLAIR, D., 2002. Working for results: the american experience in enhancing government performance. *Germany High-Level Symposium*, Berlin: OECD

BOBBIO, N., 1992. *Estado, governo, sociedade: para uma teoria geral da política*. 4ªed. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

BOWLING, A.1999. *Research methods in health: investigating health and health services*. Philadelphia: Open University Press.

BOYER, R., 1990. *A Teoria da Regulação: uma análise crítica*. São Paulo: Editora Nobel.

BRASIL/CONASS, 2003. *Para entender a gestão do SUS*. Brasília: CONASS.

BRASIL/CONASS, 2003. *Legislação do SUS*. Brasília: CONASS

BRASIL, ENAP, 2002. *Apostila de apoio ao treinamento on-line Elaboração de Indicadores de Desempenho Institucional*. Brasília: ENAP e-cursos.

BRASIL,MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001. *Gestão municipal de saúde. Leis, normas e portarias atuais*. Brasília: Ministério da Saúde.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001 (b). *Saúde mais perto: os programas e as formas de financiamento para os municípios*. Projeto mais saúde. Brasília: Ministério da Saúde.

BRASIL/MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003. Portaria GM/MS nº 548, de 12 de abril de 2001. In: CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE(CONASS), 2003. *Legislação do SUS*.Brasília: CONASS, pp 293-308

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE et all. 2002. *Epidemiologia das desigualdades em saúde no Brasil: um estudo exploratório*.Brasília.

\_\_\_\_\_, 2002. Portaria GM

BRASIL, 2002. *Constituição da República Federativa do Brasil*, com alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nº 1/92 a 38/2002 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nº 1 a 6/94. Brasília: Senado Federal.

BRASIL.MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, *Princípios e diretrizes para a NOB/RH-SUS*. Brasília: Ministério da Saúde.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. FUNAS, 1995, *Desenvolvimento gerencial de unidades básicas de saúde do distrito sanitário: projeto GERUS*. Brasília: Ministério da Saúde, FUNASA.

BRESSER PEREIRA, L.C., 1996. Gestão do setor público: estratégia e estrutura para um novo Estado. In: *Reforma do Estado e administração pública gerencial*. 2<sup>a</sup> ed (Bresser Pereira, L. C.; Spink, P., org), pp.21-39, Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas.

BRESSER PEREIRA, L.C., 1999. Reflexões sobre a reforma gerencial brasileira de 1995. *Revista do Serviço Público* 50(4):5-29.

BRESSER PEREIRA, L.C., 1998. Da administração pública burocrática à gerencial. In: *Reforma do Estado e administração pública gerencial*. 2<sup>a</sup> ed. (Bresser Pereira, L. C.; Spink, P.,org), pp 237-270, Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas (a)

CÂMARA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE, 1993. *Mato Grosso do Sul 1903-1993*. Campo Grande.

CATELLI, A. et all., 2001. Um sistema para a gestão econômica de organizações governamentais empreendedoras. *Revista do Serviço Público*, 52 (3): 83-100.

CECÍLIO, L.C.de O. A modernização gerencial dos hospitais públicos: o difícil exercício da mudança. *Revista de Administração Pública*, 31(3), 1997.

CHAIM, C. 2003. Olha aí quem emperra quase tudo. *Isto é*. São Paulo, Editora Três, 1780, 12 de novembro de 2003, p. 74-77.

CHIAVENATO, I.,1983. *Introdução à teoria geral da administração*. 3<sup>a</sup> ed. São Paulo: McGraw-Hill.

CNS. 1996. Disponível em <http://www.datasus.gov.br/cns/rel10.htm>. Acesso em: 06 dez 2003.

COHN, G (org) 1991.Weber. *Sociologia*, 5 ed., v. 13. São Paulo. Editora Ática.

CONFORTO, G., 1998. Descentralização e regulação da gestão de serviços públicos. *Revista de Administração Pública*. 32(1): 27-40.

COSTA F. L., 1998. Estado, reforma do Estado e democracia no Brasil da Nova República. *Revista de Administração Pública*. 32(4): 71-82.



COSTA, F. L., 2000. Por uma outra reforma do Estado: estratégias alternativas ao paradigma gerencialista. *Revista de Administração Pública*. 34(1): 267-270.

COSTA, N. R.; SILVA, P.L.B.; RIBEIRO, J.M., 1999. A experiência internacional de reforma do setor saúde: inovações organizacionais e de financiamento. *Revista de Administração Pública*. 34(1): 209-227.

COSTA, N.R.; MENDES, J., 2001. Reforma do Estado, reforma administrativa e impacto na gestão em saúde. *Texto didático do Curso de Especialização em Gestão Hospitalar*, ENSP/FIOCRUZ. Rio de Janeiro.

COSTET, J. 1973. Le contrôle hiérarchique. *Revista de Administración Pública*, México, jan-abr.

CROZIER, M. 1974. O fenômeno burocrático. *Coleção sociedade moderna*. v. 2. Brasília. Editora Universidade de Brasília.

CROZIER, M & FRIEDBERG, E. 1977. L'acteur et le système. Paris: Éditions du Seuil.

CROZIER, M. 1989. *Estado modesto, Estado moderno: estratégia para uma outra mudança*. Brasília: FUNCEP.

CUNHA, R.E & SANTOS, F.P. 2001. Os desafios do gestor local: estruturas organizacionais e mecanismos de controle. In: BRASIL/MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Gestão municipal de saúde: textos básicos*. Rio de Janeiro: 269-284.

DANIEL, W., 1995. *Biostatistics: a foundation for analysis in The Health Sciences*. New York: John Wiley & Sons.

DATASUS/Ministério da Saúde. *Informações de saúde*. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em : 05 jun 2003.

DRUCKER, P.F., 1975. *Administração: tarefas, práticas, responsabilidades*. São Paulo: Pioneira, v.1.

DRUCKER, P.F. 1975. *Administração: tarefas, práticas, responsabilidades*. São Paulo: Pioneira, v.2 (b).

DUPAS, G., 2000. *Economia global e exclusão social: pobreza, emprego, estado e o futuro do capitalismo*. 2ª ed. São Paulo: Paz e Terra.

DUSSAULT, G., 1992. Gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. *Revista da Administração Pública*.26(2):8-19.

EGLER, P.C.G. Leitor procura esclarecer a diferença entre Organização Social e Organização da Sociedade Civil de Interesse Público. *JC e-mail*, nº 2270, 05 mai 2003. Disponível em: <[www.jornaldaciencia.org.br/Detailhe.jsp?id=9523](http://www.jornaldaciencia.org.br/Detailhe.jsp?id=9523)>. Acesso em : 06 de maio de 2003.

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA. 2002. *Elaboração de indicadores de desempenho institucional*. (Apostila de apoio ao treinamento on-line). Brasília: ENAP e-cursos.

EQUIPE ATLAS. 1991. *Manuais de legislação: reforma administrativa Atlas*. 28ª ed. São Paulo: Atlas.

ÉRALY, A., 1988. *La structuration de l'entreprise: la rationalité em action*. Bruxelles:ULB.,pp 7-26.

FLEURY, J.G., 2002. Performance management program in the Canadian Federal Public Service. *Germany High-Level Symposium*, Berlin: OECD.

FONTES FILHO, J.R. *Planejamento estratégico*.(apostila) Rio de Janeiro: FGV.

FRANCO SOBRINHO, M.O., 1983. *Comentários à reforma administrativa federal: exegeese do Decreto-Lei nº 200 de 25 de fevereiro de 1967, com as modificações introduzidas pela legislação posterior*. 2ª ed. São Paulo: Saraiva.

FRIEDBERG, E., 1997. *Le pouvoir et la règle: dynamiques de l'action organisée*. Disponível em <[www.friedberg.org/Le%20pouvoir%20et%2C...](http://www.friedberg.org/Le%20pouvoir%20et%2C...)> Acesso em: 11 nov 2003

FUNDAÇÃO IBGE, 2001. *Anuário estatístico 2000*. Rio de Janeiro.

GIANESI, I.G.N. & CORRÊA, H.L.,1994. *Administração estratégica de serviços: operações para a satisfação do cliente*. São Paulo: Atlas.

GIANNINI, M. S. 1974. Controllo: nozioni e problemi. *Rivista Trimestrale di Diritto Pubblico*, 4: 1278-1286.

GRAHAM Jr., C.B.; HAYS, S. W. 1994. *Organização pública*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.

GREER, P., 1994. *Transforming central government: the next steps initiative*. Buckingham: Open University Press.

GUERREIRO, R., 1989. *Modelo conceitual de sistema de informação de gestão econômica: uma contribuição à teoria da comunicação da contabilidade*. Tese de Doutorado, São Paulo: Faculdade de Economia e Administração, Universidade de São Paulo.

HARTLY, J.F. 1994. Case studies in organizational research. In: *Qualitative methods in organizational research* (Cassel, C. & Simon, G. eds), pp 208-229, London: Sage.

HORTALE, V. A., 1996. *Descentralização, autonomia gerencial e participação: alternativas à crise ou transição para um sistema diverso?*. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

KEARNS, K.P. 1996. *Managing for accountability*. São Francisco: Jossey-Bass Publishers.

KETTL, D.F.; INGRAHAM, P. W.; HORNER, S; HORNER, C. 1996. *Civil service reform: building a government that works*. Washington, DC: Brookings Institution Press.

KETTL, D.F., 1998. A R A revolução global: reforma da administração do setor público. In. *Reforma do Estado e administração pública gerencial*. 2ª ed. (Bresser Pereira, L. C.; Spink, P. org), pp 75-121, Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas.

KEINERT, T.M.M. (2000). *Administração Pública no Brasil: crises e mudanças de paradigmas*. São Paulo: Annablume/FAPEESP.

LAKATOS, E.M., 1997. *Sociologia da administração*. São Paulo: Atlas.

LAPASSADE, G., 1983. *Grupos, organizações e instituições*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves.

LIMA, S.M.L. 1994. Definição e implementação de objetivos nas organizações públicas de saúde. *Revista de Administração Pública*, 28 (4): 38-64.

MATO GROSSO DO SUL, 1982. *Cadastro estadual dos estabelecimentos de saúde*, Campo Grande.

MATO GROSSO DO SUL. 1995. Decreto nº 7.062 de 20 de dezembro de 1994. *Diário Oficial do Estado*. Campo Grande, 13 de janeiro, seção II, pp 37-39.

MATUS, C. 1996a. *Chipanzé, Maquiavel e Ghandi: estratégias políticas*. São Paulo. FUNDAP.

\_\_\_\_\_. 1996b. *Adeus, Senhor Presidente: governantes e governados*. Trad. L.F. Rodrigues del Riego. São Paulo. FUNDAP.

MEDAUAR, O., 1993. *Controle da administração pública*. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais.

MEIRELLES, H. 1998, *Direito administrativo brasileiro*. 23ª ed. São Paulo: Editora Malheiros.

MINTZBERG, H. 1982. *Structure et dynamique des organizations*. Paris: Les éditions d'organisation.

\_\_\_\_\_. 1995. *Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações*. São Paulo. Atlas.

\_\_\_\_\_. 1998. Administrando governos, governando administradores. *Revista do Serviço Público*, 49(4), out-dez, 151-165.

MOTTA, P.R. 1996. *Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente*. 7ª ed. Rio de Janeiro: Record.

\_\_\_\_\_. 2001. *Desempenho em equipes de saúde: manual*. Rio de Janeiro: Editora FGV.

NEWCOMER, K.E. 1999. A preparação dos gerentes públicos para o século XXI. In: *Revista do Serviço Público*. nº2, abr-jun. 5-17.

NOGUEIRA, M.L.G. et al., 1995. *Introdução à bioestatística*. Belo Horizonte: UFMG.

ORMOND, D & LÖFFLER, E., 1999. A nova gerência pública. *Revista do Serviço Público*.50(2): 67-97.

PATTON, M.Q., 1989. *Qualitative evaluation methods*. Newbury Park: SAGE.

PELEIAS, I.R.,1992 *Avaliação de desempenho: um enfoque de gestão econômica*. Dissertação de mestrado, São Paulo, Faculdade de economia e administração, Universidade de São Paulo.

PIMENTA, C.C., 1998. *A reforma administrativa do estado brasileiro no contexto das grandes tendências mundiais*. Texto apresentado na 14ª reunião do grupo de especialistas do programa das Nações Unidas em Administração Pública e Finanças. Nova York..

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE, 1979. Reforma administrativa. *Jornal Correio do Estado*. Campo Grande, 04 de julho.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE, 2001. Diário Oficial, ano IV, nº 797 (suplemento) que publica o regimento interno da Secretaria Municipal de Saúde Pública.

PMCG/SESAU, 1989. *Proposta de adesão ao SUDS*. Campo Grande.

\_\_\_\_\_, 1993 *Plano municipal de saúde*, Campo Grande.

\_\_\_\_\_, 2003. *Relatório de gestão 2002*. Campo Grande.

\_\_\_\_\_, 2003 (a). *Resolução SESAU nº 29 de 28 de janeiro de 2003*. Campo Grande:PMCG.

\_\_\_\_\_, 2001. *Plano municipal de saúde: 2002 a 2005*.Campo Grande, março.

\_\_\_\_\_, 2002. *Resolução SESAU nº 26, de 10 de maio de 2002*. Campo Grande: PMCG.

PRESTES MOTTA, F.C. 1986. *Teoria das organizações: evolução e crítica*. São Paulo, Livraria Pioneira Editora.

RAMEY, M. (revisora)(1999) Monitoring performance in the Public Sector: future directions International experience. *American Journal of evaluation*, v. 20, n 1, 145-146.

RIBEIRO, J.M.; COSTA, N.R. s/d. *Reforma do Estado, reforma administrativa e impacto na gestão em saúde*. Apostila para Curso de Especialização em Gestão Hospitalar ENSP/FIOCRUZ. Módulo introdutório. Rio de Janeiro.

RIBEIRO, J. M.; COSTA, N.R.; BARROS SILVA, P. L., 2000. Política de saúde no Brasil e estratégias regulatórias em ambiente de mudanças tecnológicas. *Revista Interface- comunicação, saúde, educação*, 4(6): 61-84.

RIVERA, F.J.(org), 1992. *Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico*. 2ª ed. São Paulo: Cortez.

RIVERA, F.J. 2003. *Análise estratégica em saúde e gestão pela escuta*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.

SCHAWARTZMAN, S. 1996. Desempenho e controle na reforma administrativa. ENAP.*Texto para discussão*,8. Brasília.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE; SECRETARIA DE HIGIENE E SAÚDE PÚBLICA; UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL, 1984 *Serviços básicos de saúde em áreas urbanas periféricas*. Campo Grande.

SILVA, R.C., 1998. *A auditoria operacional como instrumento de gerência no setor público*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Economia e Administração, Universidade de São Paulo.

SILVA-DA-FONSECA, 2003. Abordagem institucional nos estudos organizacionais: bases conceituais e desenvolvimentos contemporâneos. In: FALCÃO VIEIRA, M.M. & CARVALHO, C.A. (org). 2003. *Organizações, instituições e poder no Brasil*. Rio de Janeiro, Editora FGV, p 47-66.

SOUZA CAMPOS, G.W., 1994. In: *Planejamento sem normas* (Souza Campos, G.W.; Merhy, E.E.; Nunes, E.D.), 2ª ed., pp. 9-33, São Paulo: Hucitec.

TANCREDI, F.B.; BARRIOS, S.R.L.; FERREIRA, J.H.G., 1998. Planejamento em saúde. *Série Saúde e Sociedade*, v. 2, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/Universidade de São Paulo: Editora Fundação Peirópolis.

TROSA, S. 1999. *Quand l'État s'engage: la démarche contractuelle*. Paris: Éditions d'Organization.

TROSA, S. 2001. *Gestão pública por resultados: quando o estado se compromete*. Rio de Janeiro: Revan; Brasília: ENAP.

YIN, R. K., 1994. *Case Study Research*. 2ª ed. Applied Social Research Methods Series, V. 5 Thousand Oaks: SAGE.

OCDE. Germany High-Level Simposium. Disponível em:

<[www.oecd.org/EN/document/O,,EN-document-308-nodirectorate-no20-24857](http://www.oecd.org/EN/document/O,,EN-document-308-nodirectorate-no20-24857)>.

Acesso em: 17 jul 2003.

## APÊNDICES



## APÊNDICE 1

### Roteiros para entrevistas junto aos gerentes da SESAU

#### FORMULÁRIO 4 – GERENTE DE UNIDADES DE SAÚDE

#### PARTE I – IDENTIFICAÇÃO GERENCIAL

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_

UNIDADE DE SERVIÇO: \_\_\_\_\_

GERENTE: \_\_\_\_\_

IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_

CARGO QUE OCUPA: \_\_\_\_\_ TEMPO QUE OCUPA O CARGO: \_\_\_\_\_

ATIVIDADE ANTERIOR AO CARGO: \_\_\_\_\_

FORMAÇÃO: \_\_\_\_\_

PÓS-GRADUAÇÃO: \_\_\_\_\_

ANO DE CONCLUSÃO: \_\_\_\_\_

TRÊS ÚLTIMOS CURSOS REALIZADOS:

\_\_\_\_\_ ANO DE CONCLUSÃO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ANO DE CONCLUSÃO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ANO DE CONCLUSÃO: \_\_\_\_\_

VÍNCULO COM A INSTITUIÇÃO: \_\_\_\_\_

#### PARTE II – DIMENSÕES ADMINISTRATIVAS

##### PLANEJAMENTO

1. A missão é conhecida e compreendida por todos que trabalham nesta Unidade de Serviço.

fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:

Missão escrita em lugar de fácil visualização

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

\_\_\_\_\_

2. A missão da Instituição orienta os objetivos e ações da Unidade de Serviço

fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:

Objetivos gerais escritos para a Unidade de acordo com a missão

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

---

3. A missão institucional é conhecida pelos clientes externos

fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:

A missão é conhecida pelo Conselho Gestor e usuários

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

---

4. As estratégias de trabalho da Unidade de Serviço são coerentes com a missão

fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:

Regimento interno da Instituição coerente com a missão.

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

---

5. A sua Unidade de Trabalho participa da elaboração de metas e planejamento da Instituição

fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:

Participação em reuniões de trabalho para planejamento da Instituição

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

---

6. As necessidades e expectativas da clientela externa da Unidade de Serviço são sistematicamente avaliadas para reformular as ações

fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:

Mecanismos (ouvidoria, caixa de sugestões, reuniões) para colher opinião do público e discutidas em reuniões de trabalho

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

---

7. Todos trabalhadores da sua Unidade de Serviço conhecem suas funções e responsabilidades/ direitos e deveres

fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:

Há normas e rotinas escritas para o serviço, desenvolvidas em conjunto com trabalhadores

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

---

8. Os canais de delegação de autoridade da Instituição são claros e funcionais

fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:

Os cargos comissionados tem funções escritas e as atendem

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

---

9. A sua Unidade de Serviço tem autonomia para planejar as atividades burocráticas

fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:

O gerente define horários de trabalho, escala de férias, cursos de capacitação etc.

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

---

10. O planejamento para a sua Unidade de Serviço é realizado anualmente em equipe

fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:

Há atas e planos de trabalho escritas

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

---

11. Os clientes externos participam do planejamento da Unidade de Serviço

fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:

Documentos escritos com participação do CG ou outras fontes de participação

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

---

12. Os fornecedores internos conhecem o planejamento da Unidade de Serviço e as necessidades daí advindas

fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:

As chefias da Instituição conhecem o planejamento e os recursos necessários para o exercício seguinte

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

---

13. O planejamento da Unidade de Serviço tem metas e objetivos claramente definidos

- fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:

- Registro escrito dos objetivos e metas para o próximo exercício

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

---

14. O planejamento da Unidade de Serviço prevê indicadores para acompanhamento sistemático das metas

- fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:

- Indicadores escritos em consonância com o planejamento

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

---

**OBSERVAÇÕES** (se necessárias)

---

---

---

---

---

---

---

**ORGANIZAÇÃO**

1. Esta Unidade de Serviço conhece seus clientes internos

- fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:

- Há um fluxo com as funções de cada chefia descritas e sendo obedecido

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

---

2. A Unidade de Serviço conhece as suas atribuições perante a Organização

- fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:

- Regimento interno da Instituição como resultado de uma construção coletiva

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

---

3. Há mecanismos para avaliar as atividades desenvolvidas em grupo

- fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:

Indicadores de eficiência e eficácia desenvolvidos junto com os trabalhadores e utilizados mensalmente

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

---

4. Há mecanismos para avaliar as atividades individuais

- fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:

Indicadores de desempenho individual escritos e utilizados

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

---

Há rotina de trabalho para captar e analisar as informações relevantes para a sua Unidade de Serviço

- fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:

Reuniões de serviço com ata, reuniões do CG com ata

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

---

5. Há mecanismos institucionais para valorização de desempenho dos trabalhadores

- fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:

Reuniões de serviço com ata, reuniões do CG com ata

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

---

6. Há mecanismos da Unidade de Serviço de incentivo ao desempenho dos trabalhadores

- fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:

Acordos formais ou informais

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

---

7. Há contrapartida (fornecimento) dos fornecedores internos para a execução das atividades planejadas

- fase 1    fase 2    fase 3    fase 4

Evidência objetiva:

Pedidos em tempo hábil. Número de atividades não realizadas ou realizadas parcialmente por falta de recursos

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---



---

Há mecanismos de divulgação de informações (produção, produtividade, indicadores de desempenho de equipes...) na Unidade de Serviço

- fase 1    fase 2    fase 3    fase 4

Evidência objetiva:

Presença de mural, avisos, mecanismos funcionais de comunicação na Unidade de Serviço

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---



---

8. Há estratégias para controle de despesas na Unidade de Serviço

- fase 1    fase 2    fase 3    fase 4

Evidência objetiva:

Rotinas escritas e adotadas

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---



---

**OBSERVAÇÕES** (se necessárias)

---



---



---



---

## **DIREÇÃO**

1. Há facilidade de comunicação entre esta Unidade de Serviço e o gestor

- fase 1    fase 2    fase 3    fase 4

Evidência objetiva:

Quantidade de encontros com o gestor nos últimos 6 meses

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---



---

2. A Unidade de Serviço procura outras Organizações para estabelecer parcerias

- fase 1    fase 2    fase 3    fase 4

Evidência objetiva:

- Quantidade de parcerias com outras Organizações

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

---

3. Há rotina de serviço para conhecer as necessidades dos clientes internos

- fase 1    fase 2    fase 3    fase 4

Evidência objetiva:

- Contatos, reuniões, comunicações escritas

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

---

4. As expectativas dos clientes internos são discutidas com os trabalhadores da Unidade de Serviço

- fase 1    fase 2    fase 3    fase 4

Evidência objetiva:

- Reuniões de trabalho com registro

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

---

5. Há rotina para supervisão do trabalho desenvolvido pelos trabalhadores

- fase 1    fase 2    fase 3    fase 4

Evidência objetiva:

Rotinas de avaliação de desempenho discutidas, escritas e adotadas na Unidade de Trabalho

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

---

6. Os trabalhadores são comunicados das metas e objetivos da Instituição para a Unidade de Serviço

- fase 1    fase 2    fase 3    fase 4

Evidência objetiva:

Comunicação formal do gestor para a Unidade de Serviço e transmitidas em reuniões de trabalho

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

---

7. Os funcionários participam da construção dos indicadores do seu próprio desempenho

- fase 1    fase 2    fase 3    fase 4

Evidência objetiva:

- Registros escritos e indicadores utilizados

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

---

8. As compensações e gratificações próprias da Unidade de Serviço foram estabelecidas em conjunto com os trabalhadores

- fase 1    fase 2    fase 3    fase 4

Evidência objetiva:

- Relato do(a) gerente

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

---

9. Há participação desta Unidade de Serviço para planejar a capacitação e aprimoramento dos trabalhadores

- fase 1    fase 2    fase 3    fase 4

Evidência objetiva:

- Registro de planejamento participativo da Organização com metas e objetivos para área de RH

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

---

10. A Unidade de Serviço participa do planejamento da Instituição no que diz respeito à definição de perfil profissional para contratações

- fase 1    fase 2    fase 3    fase 4

Evidência objetiva:

- Idem

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

---

**OBSERVAÇÕES** (se necessárias)

---

---

---

---



**CONTROLE**

1. A Unidade de Serviço analisa o impacto da sua produção frente aos objetivos e metas da Organização

- fase 1    fase 2    fase 3    fase 4

Evidência objetiva:

- Relatório de gestão da Unidade de Serviço

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

---

2. Há indicadores para medir a produção da Unidade de Serviço

- fase 1    fase 2    fase 3    fase 4

Evidência objetiva:

- Existência e aplicação de indicadores

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

---

3. A Unidade de Serviço conhece o impacto da sua produção para os clientes internos

- fase 1    fase 2    fase 3    fase 4

Evidência objetiva:

- Avaliação de desempenho da Organização como um todo, reuniões avaliativas

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

---

4. A Unidade de Serviço conhece o impacto da sua produção para os clientes externos

- fase 1    fase 2    fase 3    fase 4

Evidência objetiva:

- Uso de indicadores de resultado

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

---

5. Há indicadores para medir o desempenho da Unidade de Serviço diante da Organização

- fase 1    fase 2    fase 3    fase 4

Evidência objetiva:

% de participação da Unidade de Serviço na totalidade dos serviços da Organização; contribuições da Unidade de Serviço para a Organização

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

---

6. Os resultados da avaliação de desempenho dos trabalhadores da Unidade de Serviço são utilizados para o próximo planejamento

- fase 1    fase 2    fase 3    fase 4

Evidência objetiva:

- Registro escrito das avaliações

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

---

7. Os resultados de atividades desenvolvidas em conjunto são analisados nas reuniões de serviço

- fase 1    fase 2    fase 3    fase 4

Evidência objetiva:

- Registro das reuniões de serviço

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

---

8. Há reuniões e encontros periódicos para discutir os resultados da Organização

- fase 1    fase 2    fase 3    fase 4

Evidência objetiva:

- Registro em atas do gestor e do Conselho Municipal de Saúde

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

---

**OBSERVAÇÕES** (se necessárias)

---

---

---

---

---

---

## FORMULÁRIO 2 – GERENTE DE INFRA-ESTRUTURA

**PARTE I – IDENTIFICAÇÃO GERENCIAL**

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_

UNIDADE DE SERVIÇO: \_\_\_\_\_

GERENTE: \_\_\_\_\_

IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_

CARGO QUE OCUPA: \_\_\_\_\_ TEMPO QUE OCUPA O CARGO: \_\_\_\_\_

ATIVIDADE ANTERIOR AO CARGO: \_\_\_\_\_

FORMAÇÃO: \_\_\_\_\_

PÓS-GRADUAÇÃO: \_\_\_\_\_

ANO DE CONCLUSÃO: \_\_\_\_\_

TRÊS ÚLTIMOS CURSOS REALIZADOS:

\_\_\_\_\_ ANO DE CONCLUSÃO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ANO DE CONCLUSÃO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ANO DE CONCLUSÃO: \_\_\_\_\_

VÍNCULO COM A INSTITUIÇÃO: \_\_\_\_\_

**PARTE II – DIMENSÕES ADMINISTRATIVAS****PLANEJAMENTO**

1. A missão é conhecida e compreendida por todos que trabalham nesta Unidade de Serviço.

fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:

Missão escrita em lugar de fácil visualização

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

\_\_\_\_\_

2. A missão da Instituição orienta os objetivos e ações da Unidade de Serviço

fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:

Objetivos gerais escritos para a Unidade de acordo com a missão

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. A sua Unidade de Trabalho contribui para a elaboração de metas e planejamento da Instituição

fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:

Participação das reuniões de planejamento

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

---

4. A Unidade de Serviço conhece os clientes internos para os quais fornece insumos

fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:

Há mecanismos formais (formulário, opinião escrita) adotados na Unidade de Serviço

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

---

5. Todos trabalhadores da sua Unidade de Serviço conhecem suas funções e responsabilidades/ direitos e deveres

fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:

Há normas e rotinas escritas para o serviço elaboradas de forma participativa com o conjunto de trabalhadores e sendo utilizadas

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

---

6. Os canais de autoridade são claros e funcionais

fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:

Mecanismos (ouvidoria, caixa de sugestões, reuniões) para colher opinião do público e discutidas em reuniões de trabalho

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

---

7. Todos trabalhadores da sua Unidade de Serviço conhecem suas funções e responsabilidades / direitos e deveres

fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:

Há normas e rotinas escritas para o serviço, desenvolvidas em conjunto com trabalhadores

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

---

8. A sua Unidade de Serviço tem autonomia para planejar e organizar as atividades burocráticas (rotinas, normas).

fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:

- O gerente define horários de trabalho, escala de férias e cursos de capacitação etc

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

---

9. A sua Unidade de Serviço participa de reuniões com os gestores para discutir e avaliar o desempenho das Unidades de Serviço

fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:

- Há reuniões periódicas de serviço com o gestor.

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

---

10. Os clientes internos conhecem as rotinas da sua Unidade de Serviço e são comunicados em caso de mudanças

fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:

- Os clientes internos recebem por escrito a sua rotina de serviço

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

---

11. As expectativas e necessidades dos clientes internos são incorporadas ao processo de planejamento

fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:

- Registro do planejamento; mudanças decorrentes da incorporação das necessidades dos clientes

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

---

12. O planejamento da Unidade de Serviço prevê indicadores para acompanhamento sistemático das metas

fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:

Indicadores escritos em consonância com o planejamento

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---



---

**OBSERVAÇÕES** (se necessárias)

---



---



---



---

**ORGANIZAÇÃO**

1. Esta Unidade de Serviço conhece seus clientes internos

Evidência objetiva:

Há um fluxo com as funções de cada chefia descritas e sendo obedecido

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---



---

2. A Unidade de Serviço conhece as suas atribuições perante a Organização

fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:

Regimento interno da Instituição como resultado de uma construção coletiva

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---



---

3. A Unidade de Serviço conhece suas atribuições perante os clientes internos

fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:

Funções definidas para cada Unidade de Serviço, em um organograma e em funcionamento

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---



---

4. As normas e rotinas adotadas atendem as necessidades dos seus clientes

fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:

Número de solicitações extras e reclamações dos clientes internos

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

---

5. Há mecanismos para avaliar as atividades desenvolvidas pela Unidade de Serviço

- fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:

- Indicadores de eficiência e eficácia escritos e utilizados mensalmente

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

---

6. Há rotina de trabalho para captar e analisar as informações relevantes para a sua Unidade de Serviço

- fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:

- Registro de reuniões de serviço para discutir sugestões, reclamações e rotinas

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

---

7. Há mecanismos da Secretaria de valorização de desempenho dos trabalhadores

- fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:

- Normas e incentivos por escrito

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

---

8. Há mecanismos da Unidade de Serviço de incentivo ao desempenho dos trabalhadores

- fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:

- Incentivos formais ou informais

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

---

9. Há contrapartida (fornecimento) dos fornecedores internos para a execução das atividades planejadas

- fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:

Número de atividades não realizadas ou parcialmente realizadas por falta de recursos materiais

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---



---

10. Há mecanismos de divulgação de informações (produção, produtividade, informações gerais da instituição e outros) na Unidade de Serviço

fase 1    fase 2    fase 3    fase 4

Evidência objetiva:

Presença de mural de avisos, escalas, ofícios e CIs

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---



---

11. Há estratégias para controle de despesas na Unidade de Serviço

fase 1    fase 2    fase 3    fase 4

Evidência objetiva:

Rotinas escritas e adotadas na Unidade de Serviço

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---



---

### **OBSERVAÇÕES** (se necessárias)

---



---



---



---

### **DIREÇÃO**

1. Há facilidade de comunicação entre esta Unidade de Serviço e o gestor

fase 1    fase 2    fase 3    fase 4

Evidência objetiva:

Quantidade de encontros com o gestor nos últimos 6 meses

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---



---

2. A Unidade de Serviço procura outras Organizações para estabelecer parcerias

fase 1    fase 2    fase 3    fase 4

Evidência objetiva:

Quantidade de parcerias com outras Organizações

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):



---

---

3. Há rotina de serviço para conhecer as necessidades dos clientes internos

- fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:

- Contatos, reuniões, comunicações escritas

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

---

4. Há rotina para supervisão do trabalho desenvolvido pelos trabalhadores e chefia

- fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:

- Rotinas de avaliação de desempenho discutidas, escritas e adotadas na Unidade de Serviço

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

---

5. Há rotina para supervisão do trabalho desenvolvido pelos trabalhadores

- fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:

- Rotinas de avaliação de desempenho discutidas, escritas e adotadas na Unidade de Trabalho

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

---

6. Os trabalhadores são comunicados das metas e objetivos da Instituição para a Unidade de Serviço

- fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:

- Comunicação formal do gestor para a Unidade de Serviço e transmitidas em reuniões de trabalho

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

---

7. Os funcionários participam da construção dos indicadores do seu próprio desempenho

- fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:

- Registros escritos e indicadores utilizados

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---



---

8. As compensações e gratificações próprias da Unidade de Serviço foram estabelecidas em conjunto com os trabalhadores

fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:

Relato do(a) gerente

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---



---

9. Há participação desta Unidade de Serviço para planejar a capacitação e aprimoramento dos trabalhadores

fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:

Registro de planejamento participativo da Organização com metas e objetivos para área de RH

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---



---

### **OBSERVAÇÕES** (se necessárias)

---



---



---



---



---

### **CONTROLE**

1. A Unidade de Serviço analisa o impacto da sua produção frente aos objetivos e metas da Organização

fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:

Relatório de gestão da Unidade de Serviço

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---



---

2. Há indicadores para medir a produção da Unidade de Serviço

fase 1    fase 2    fase 3    fase 4

Evidência objetiva:

Existência e aplicação de indicadores

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

---

3. A Unidade de Serviço conhece o impacto da sua produção para os clientes internos

fase 1    fase 2    fase 3    fase 4

Evidência objetiva:

Avaliação de desempenho da Organização como um todo, reuniões avaliativas

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

---

4. A Unidade de Serviço conhece o impacto da sua produção para os clientes externos

fase 1    fase 2    fase 3    fase 4

Evidência objetiva:

Uso de indicadores de resultado

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

---

5. Há indicadores para medir o desempenho da Unidade de Serviço diante da Organização

fase 1    fase 2    fase 3    fase 4

Evidência objetiva:

% de participação da Unidade de Serviço na totalidade dos serviços da Organização; contribuições da Unidade de Serviço para a Organização

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

---

6. Os resultados da avaliação de desempenho dos trabalhadores da Unidade de Serviço são utilizados para o próximo planejamento

fase 1    fase 2    fase 3    fase 4

Evidência objetiva:

Registro escrito das avaliações

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

---

7. Os resultados produzidos na sua Unidade de Serviço são discutidos com o gestor

- fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:

- Registro e frequência de encontros avaliativos

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

---

8. Os resultados de atividades desenvolvidas em conjunto são analisados nas reuniões de serviço

- fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:

- Registro das atividades

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

---

9. Há reuniões e encontros periódicos para discutir os resultados da Instituição

- fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:

- Registro das atividades

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

---

**OBSERVAÇÕES** (se necessárias)

---

---

---

---

---

---

## FORMULÁRIO 3 – GERENTE ATIVIDADES TÉCNICAS

**PARTE I – IDENTIFICAÇÃO GERENCIAL**

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_

UNIDADE DE SERVIÇO: \_\_\_\_\_

GERENTE: \_\_\_\_\_

IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_

CARGO QUE OCUPA: \_\_\_\_\_ TEMPO QUE OCUPA O CARGO: \_\_\_\_\_

ATIVIDADE ANTERIOR AO CARGO: \_\_\_\_\_

FORMAÇÃO: \_\_\_\_\_

PÓS-GRADUAÇÃO: \_\_\_\_\_

ANO DE CONCLUSÃO: \_\_\_\_\_

TRÊS ÚLTIMOS CURSOS REALIZADOS:

\_\_\_\_\_ ANO DE CONCLUSÃO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ANO DE CONCLUSÃO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ANO DE CONCLUSÃO: \_\_\_\_\_

VÍNCULO COM A INSTITUIÇÃO: \_\_\_\_\_

**PARTE II – DIMENSÕES ADMINISTRATIVAS****PLANEJAMENTO**

1. A missão é conhecida e compreendida por todos que trabalham nesta Unidade de Serviço.

fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:

Missão escrita em lugar de fácil visualização

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

\_\_\_\_\_

2. A missão da Instituição orienta os objetivos e ações da Unidade de Serviço

fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:

Objetivos gerais escritos para a Unidade de acordo com a missão

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

\_\_\_\_\_

---

3. Na sua Unidade de Trabalho os trabalhadores tem atribuições, funções e responsabilidades definidas

fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:

Funções descritas, regimento interno.

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

---

4. A sua Unidade de Trabalho contribui para a elaboração de metas e planejamento da Instituição

fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:

Participação das reuniões de planejamento com gestor e com demais gerentes

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

---

5. A sua Unidade de Serviço conhece as necessidades e expectativas dos clientes internos para os quais fornece insumos.

fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:

Há mecanismos formais (formulário, opinião escrita) adotados na Unidade de Serviço

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

---

6. Os canais de autoridade são claros e funcionais

fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:

Mecanismos (ouvidoria, caixa de sugestões, reuniões) para colher opinião do público e discutidas em reuniões de trabalho

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

---

7. A sua Unidade de Serviço tem autonomia para planejar, formular objetivos, metas e indicadores, desde que respeitado o planejamento institucional

fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:

Planejamento da Unidade de Serviço escrito

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

---

8. O planejamento para a sua Unidade de Serviço atende as metas e objetivos da Instituição

fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:

Há atas e planos de trabalho escritas

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

---

9. A sua Unidade de Serviço participa de reuniões com os gestores para discutir e avaliar o desempenho das Unidades de Serviço

fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:

Há reuniões periódicas de serviço com o gestor.

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

---

10. Os clientes internos conhecem as rotinas da sua Unidade de Serviço e são comunicados em caso de mudanças

fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:

Os clientes internos recebem por escrito a sua rotina de serviço

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

---

11. As expectativas e necessidades dos clientes internos são incorporadas ao processo de planejamento

fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:

Registro do planejamento; mudanças decorrentes da incorporação das necessidades dos clientes

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

---

12. O planejamento da Unidade de Serviço prevê indicadores para acompanhamento sistemático das metas

fase 1    fase 2    fase 3    fase 4

Evidência objetiva:

Indicadores escritos em consonância com o planejamento

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---



---

### **OBSERVAÇÕES** (se necessárias)

---



---



---



---

### **ORGANIZAÇÃO**

1. A sua Unidade de Serviço tem autonomia para organizar as atividades (rotinas, normas) burocráticas

fase 1    fase 2    fase 3    fase 4

Evidência objetiva:

O gerente define horários de trabalho, escala de férias e cursos de capacitação

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---



---

2. A Unidade de Serviço conhece suas atribuições perante os clientes internos

fase 1    fase 2    fase 3    fase 4

Evidência objetiva:

Há um fluxograma com responsabilidades descritas

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---



---

3. As normas e rotinas adotadas atendem as necessidades dos seus clientes

fase 1    fase 2    fase 3    fase 4

Evidência objetiva:

Número de solicitações extras e reclamações dos clientes internos

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---



---

4. Há mecanismos para avaliar as atividades desenvolvidas pela Unidade de Serviço



- fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:

- Indicadores de eficiência e eficácia escritos e utilizados rotineiramente

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

5. Há rotina de trabalho para captar e analisar as informações relevantes para a sua

Unidade de Serviço

- fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:

- Registro de reuniões de serviço para discutir sugestões, reclamações e rotinas

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

6. Há mecanismos da Instituição de valorização de desempenho dos trabalhadores

- fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:

- Regras e incentivos por escrito

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

7. Há mecanismos da Unidade de Serviço de incentivo ao desempenho dos trabalhadores

- fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:

- Incentivos formais ou informais

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

8. Há contrapartida (fornecimento) dos fornecedores internos para a execução das atividades planejadas

- fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:

- Número de atividades não realizadas ou parcialmente realizadas por falta de recursos materiais

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

9. Há mecanismos de divulgação de informações (produção, produtividade, informações gerais da instituição e outros) na Unidade de Serviço

- fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:

- Presença de mural de avisos, escalas, ofícios e CIs

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

10. Há estratégias para controle de despesas na Unidade de Serviço

- fase 1    fase 2    fase 3    fase 4

Evidência objetiva:

- Rotinas escritas e adotadas na Unidade de Serviço

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

11. Há estratégias para controle de despesas na Unidade de Serviço

- fase 1    fase 2    fase 3    fase 4

Evidência objetiva:

- Rotinas escritas e adotadas na Unidade de Serviço

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

### **OBSERVAÇÕES** (se necessárias)

---



---



---



---

### **DIREÇÃO**

1. Há facilidade de comunicação entre esta Unidade de Serviço e o gestor

- fase 1    fase 2    fase 3    fase 4

Evidência objetiva:

- Quantidade de encontros com o gestor nos últimos 6 meses

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

2. A Unidade de Serviço procura outras Organizações para estabelecer parcerias

- fase 1    fase 2    fase 3    fase 4

Evidência objetiva:

- Quantidade de parcerias com outras Organizações

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

3. Há encontros formais com o gestor para discutir as expectativas dos clientes internos quanto as atividades da Unidade de Serviço

- fase 1    fase 2    fase 3    fase 4

Evidência objetiva:

- Mudanças na Unidade de Serviço decorrentes de sugestões/críticas dos clientes

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

4. Há avaliação de desempenho individual periódico

- fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:

- Formulário de avaliação de desempenho aplicado sistematicamente  
Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):
- 
- 

5. Há rotina para supervisão do trabalho

- fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:

- Rotina escrita em consonância com a avaliação de desempenho e aplicada sistematicamente  
Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):
- 
- 

6. Os trabalhadores são comunicados das metas e objetivos da Instituição para a Unidade de Serviço

- fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:

- Comunicação formal do gestor para a Unidade de Serviço e transmitidas em reuniões de trabalho  
Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):
- 
- 

7. Os funcionários participam da construção dos indicadores do seu próprio desempenho

- fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:

- Registros escritos e indicadores utilizados  
Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):
- 
- 

8. As compensações e gratificações próprias da Unidade de Serviço foram estabelecidas em conjunto com os trabalhadores

- fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:

- Relato do(a) gerente  
Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):
- 
- 

9. Você participa do planejamento da Instituição para capacitação e aprimoramento dos trabalhadores da Unidade de Serviço que você gerencia

- fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:

- Registro de planejamento participativo da Organização com metas e objetivos para área de RH  
Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

---

10. Há participação no planejamento da Secretaria no que diz respeito à definição de perfil para contratações

- fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:

- Agenda única

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

---

### **OBSERVAÇÕES** (se necessárias)

---

---

---

---

### **CONTROLE**

1. Há indicadores para medir a produção da Unidade de Serviço

- fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:

- Existência e aplicação dos indicadores

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

---

2. A Unidade de Serviço conhece o impacto dos seus serviços para os clientes internos

- fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:

- Avaliação do desempenho da Instituição como um todo

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

---

3. A Unidade de Serviço conhece o impacto dos serviços para os clientes externos

- fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:

- Uso de indicadores de resultado

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

---

4. Há indicadores para medir o desempenho da Unidade de Serviço frente a Instituição

- fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:

- % de metas da Unidade de Serviço alcançadas nos Relatórios de Gestão

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

5. Os resultados da avaliação de desempenho dos trabalhadores da Unidade de Serviço são utilizados para o próximo planejamento

fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:

Registro das reuniões de serviço

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

6. Os resultados de atividades desenvolvidas em conjunto são analisados nas reuniões de serviço

fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:

Registro escrito das avaliações

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

7. Há reuniões e encontros periódicos para discutir os resultados da Instituição.

fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:

Registro em atas do gestor e do Conselho Municipal

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

---

**OBSERVAÇÕES** (se necessárias)

---

---

---

---

---

---

## FORMULÁRIO 4 – GESTOR

**PARTE I – IDENTIFICAÇÃO GERENCIAL**

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_

UNIDADE DE SERVIÇO: \_\_\_\_\_

GERENTE: \_\_\_\_\_

IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_

CARGO QUE OCUPA: \_\_\_\_\_ TEMPO QUE OCUPA O CARGO: \_\_\_\_\_

ATIVIDADE ANTERIOR AO CARGO: \_\_\_\_\_

FORMAÇÃO: \_\_\_\_\_

PÓS-GRADUAÇÃO: \_\_\_\_\_

ANO DE CONCLUSÃO: \_\_\_\_\_

TRÊS ÚLTIMOS CURSOS REALIZADOS:

\_\_\_\_\_ ANO DE CONCLUSÃO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ANO DE CONCLUSÃO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ANO DE CONCLUSÃO: \_\_\_\_\_

VÍNCULO COM A INSTITUIÇÃO: \_\_\_\_\_

**PARTE II – FUNÇÕES ADMINISTRATIVAS****PLANEJAMENTO**

1. A missão da Instituição é resultado de debate com funcionários e clientes

 fase 1    fase 2    fase 3    fase 4

Evidência objetiva:

 Ata de reuniões do Conselho Gestor

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

2. A missão é conhecida e compreendida por todos que trabalham na Instituição

 fase 1    fase 2    fase 3    fase 4

Evidência objetiva:

 Missão escrita em local de fácil visualização em todas Unidades de Serviço

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

---

3. A missão da Instituição orienta os objetivos e ações de todas Unidades de Serviço

- fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:

- Objetivos gerais escritos conforme a missão Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):
- 
- 

4.O Plano Municipal de Saúde é resultado da Conferência Municipal de Saúde

- fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:

- Número de indicativos da CMS inseridos no Plano Municipal de Saúde

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

---

5. As Unidades de Trabalho participam da elaboração de metas e planejamento da Instituição

- fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:

- Atas dos planejamentos anuais formulários respondidos

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

---

6. Há clareza de fluxos de serviços e responsabilidades de cada Nível de Gerência na Instituição

- fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:

- Existência do fluxo de serviços, conforme organograma de serviços, com descrição de funções

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

---

7. As Unidades de Serviço identificam seus fornecedores e clientes internos

- fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:

- Organograma de serviços divulgado e funcionando

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

---

8. Todos trabalhadores da Instituição conhecem suas funções e responsabilidades/ direitos e deveres

- fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:

- Há normas e rotinas escritas para cada Unidade de Serviço

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

---

9. Os canais de delegação de autoridade da Instituição são claros e funcionais

- fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:

- Agenda interna

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

---

10. As Unidades de Serviço tem autonomia para planejar atividades, traçar metas particulares e construir indicadores, em conformidade ao planejamento institucional

- fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:

- Relatórios de planejamento

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

---

11. As Unidades de Serviço tem autonomia para organizar as atividades (rotinas, normas).

- fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:

Cada gerente define horários de trabalho, escala de férias e cursos de capacitação conforme necessidades do serviço

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

---

12. Os clientes internos conhecem as rotinas da sua Unidade de Serviço e são comunicados em caso de mudanças

- fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:



Rotina de trabalho escrita e divulgada

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---



---

13. O planejamento de cada Unidade de Serviço prevê indicadores para acompanhamento sistemático das metas

fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:

Indicadores escritos em consonância com planejamento institucional

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---



---

### **OBSERVAÇÕES** (se necessárias)

---



---



---

### **ORGANIZAÇÃO**

1. Cada Unidade de Serviço conhece suas atribuições perante a Secretaria

fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:

Regimento interno da Instituição

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---



---

2. Funções descritas e organograma aplicado

fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:

Regimento interno da Instituição como resultado de uma construção coletiva

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---



---

3. As normas e rotinas adotadas das Unidades de Serviço Nível 2 e 3 atendem as necessidades dos seus clientes (Nível 1)

fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:

Rotinas realizadas a partir de necessidades do Nível 1

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---



---

## 4. Há mecanismos para avaliar as atividades desenvolvidas pelas Unidade de Serviço

- fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:

- Indicadores de eficiência e eficácia escritos e utilizados rotineiramente

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

## 5. Há rotina de trabalho para captar e analisar as informações relevantes para a Instituição

- fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:

- Registro de reuniões de serviço para discutir sugestões, reclamações e rotinas

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

## 6. Há mecanismos institucionais de valorização de desempenho dos trabalhadores

- fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:

- Normas e incentivos por escrito

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

## 7. É permitido às Unidades de Serviço criação de incentivos ao desempenho dos trabalhadores

- fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:

- Incentivos formais ou informais

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

## 8. Há estratégias para controle de despesas

- fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:

- Rotinas escritas e adotadas

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

**OBSERVAÇÕES** (se necessárias)

---



---



---



---

**DIREÇÃO**

1. Há facilidade de comunicação entre esta Unidade de Serviço e o gestor

- fase 1    fase 2    fase 3    fase 4

Evidência objetiva:

- Quantidade de encontros com o gestor nos últimos 6 meses

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

2. A Instituição procura outras organizações para estabelecer parcerias

- fase 1    fase 2    fase 3    fase 4

Evidência objetiva:

- Quantidade de parcerias com outras Organizações

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

3. Há rotina de serviço para conhecer as necessidades dos seus clientes internos

- fase 1    fase 2    fase 3    fase 4

Evidência objetiva:

- Contatos, reuniões, comunicações escritas

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

4. Há mecanismos para identificar as expectativas dos funcionários frente às atividades que desenvolvem

- fase 1    fase 2    fase 3    fase 4

Evidência objetiva:

- Registro de planejamento participativo

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

5. Há rotina para supervisão do trabalho das Unidades de Serviço

- fase 1    fase 2    fase 3    fase 4

Evidência objetiva:

- Normas escritas em consonância com a avaliação de desempenho

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

6. Os trabalhadores são comunicados das metas e objetivos da Instituição para as respectivas Unidades de Serviço

- fase 1    fase 2    fase 3    fase 4

Evidência objetiva:

- Comunicação por escrito do gestor para cada Unidade de Serviço

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

7. Os funcionários participam da construção dos indicadores do seu próprio desempenho

- fase 1    fase 2    fase 3    fase 4

Evidência objetiva:

- Registros escritos e indicadores utilizados

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

8. Há divulgação sistemática das informações acerca das atividades da Instituição em conjunto com os trabalhadores

- fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:

- Atas de reuniões de serviço e mural

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

9. Há reuniões periódicas junto com as Unidades de Serviço para análise de desempenho

- fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:

- Registro das análises e ações decorrentes

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

10. Há participação das Unidades de Serviço no planejamento da Secretaria no que diz respeito as contratações

- fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:

- Idem

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

11. Há uma agenda única na Instituição para viagens, cursos e capacitações da totalidade dos funcionários

- fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:

- Agenda única

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

12. Existem obrigações dos funcionários beneficiados com viagens, cursos e outros

- fase 1     fase 2     fase 3     fase 4

Evidência objetiva:

- Atividades obrigatórias de instituição de serviço ou multiplicação de conteúdos

Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

---

**OBSERVAÇÕES** (se necessárias)

---

---

---

---

---

---

## CONTROLE

1. A Instituição faz análise da produção frente aos objetivos e metas da Secretaria
  - fase 1     fase 2     fase 3     fase 4
  - Evidência objetiva:
    - Relatório de gestão/análise dos resultados frente ao PMS
    - Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---
  
2. Há indicadores para medir a produção de cada Unidade de Serviço
  - fase 1     fase 2     fase 3     fase 4
  - Evidência objetiva:
    - Existência e aplicação de indicadores
    - Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---
  
3. Os resultados de cada Unidade bem como o geral, são submetidos à avaliação e retomados no planejamento
  - fase 1     fase 2     fase 3     fase 4
  - Evidência objetiva:
    - Conclusões e recomendações dos relatórios de gestão
    - Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---
  
4. Cada Unidade de Serviço avalia suas atividades sistematicamente
  - fase 1     fase 2     fase 3     fase 4
  - Evidência objetiva:
    - Relatórios gerenciais com críticas e recomendações de seu próprio serviço
    - Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---
  
5. A Instituição conhece o impacto dos serviço para os clientes externos
  - fase 1     fase 2     fase 3     fase 4
  - Evidência objetiva:
    - Uso de indicadores de resultado
    - Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---
  
6. Há avaliação de desempenho individual periódico para todos funcionários
  - fase 1     fase 2     fase 3     fase 4
  - Evidência objetiva:
    - Formulário de avaliação de desempenho
    - Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---
  
7. Os resultados da avaliação de desempenho dos trabalhadores são utilizados para progressão funcional, prêmios e incentivos
  - fase 1     fase 2     fase 3     fase 4
  - Evidência objetiva:

- Registro escrito em atas, livros e no planejamento  
Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

8. Há reuniões e encontros periódicos para discutir os resultados da Instituição

- fase 1    fase 2    fase 3    fase 4

Evidência objetiva:

- Registro em atas do gestor e do Conselho Municipal  
Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

9. As pessoas que ocupam cargos de chefia na Secretaria são capacitadas para o cargo

- fase 1    fase 2    fase 3    fase 4

Evidência objetiva:

- Verificar formação, tempo de serviço  
Ou (evidência apresentada pelo entrevistado):

---

**OBSERVAÇÕES** (se necessárias)

---

---

---

---

---

---

## APÊNDICE 2

Distribuição das respostas, em números absolutos, por formulários (1 para gerentes de unidades assistenciais, 2 para gerentes de infra-estrutura e 2 para gerentes de atividades técnicas).

|       |    |    |    |    |       |                 |  |
|-------|----|----|----|----|-------|-----------------|--|
| FORM1 | 1  | 2  | 3  | 4  | TOTAL |                 |  |
| P     | 58 | 28 | 32 | 50 | 168   | $\chi^2 = 7.74$ |  |
| O     | 37 | 31 | 29 | 34 | 131   | p-valor = 0.56  |  |
| D     | 51 | 26 | 20 | 23 | 120   |                 |  |
| C     | 33 | 18 | 19 | 24 | 94    |                 |  |
|       |    |    |    |    |       |                 |  |
| FORM2 | 1  | 2  | 3  | 4  | TOTAL |                 |  |
| P     | 12 | 14 | 11 | 21 | 58    | $\chi^2 = 29.7$ |  |
| O     | 10 | 12 | 17 | 16 | 55    | p-valor = 0.000 |  |
| D     | 19 | 7  | 10 | 13 | 49    |                 |  |
| C     | 13 | 4  | 6  | 18 | 41    |                 |  |
|       |    |    |    |    |       |                 |  |
| FORM3 | 1  | 2  | 3  | 4  | TOTAL |                 |  |
| P     | 35 | 19 | 25 | 54 | 133   | $\chi^2 = 27.1$ |  |
| O     | 25 | 38 | 30 | 26 | 119   | p-valor = 0.001 |  |
| D     | 47 | 23 | 20 | 41 | 131   |                 |  |
| C     | 22 | 10 | 20 | 33 | 85    |                 |  |

### APÊNDICE 3

Distribuição de respostas, em números absolutos, entre os níveis hierárquicos, para as dimensões administrativas

|   |   | FORM1 | FORM2 | FORM3 | FORM4 |
|---|---|-------|-------|-------|-------|
| 1 | p | 58    | 12    | 35    | 3     |
| 2 | p | 56    | 28    | 38    | 8     |
| 3 | p | 96    | 33    | 75    | 27    |
| 4 | p | 200   | 84    | 216   | 40    |
| 1 | o | 37    | 10    | 25    | 2     |
| 2 | o | 62    | 24    | 76    | 9     |
| 3 | o | 87    | 51    | 90    | 9     |
| 4 | o | 136   | 64    | 104   | 32    |
| 1 | d | 51    | 19    | 47    | 5     |
| 2 | d | 52    | 14    | 46    | 8     |
| 3 | d | 60    | 30    | 60    | 6     |
| 4 | d | 92    | 52    | 164   | 52    |
| 1 | c | 33    | 13    | 22    | 4     |
| 2 | c | 36    | 8     | 20    | 4     |
| 3 | c | 57    | 18    | 60    | 12    |
| 4 | C | 96    | 72    | 132   | 32    |

Distribuição das atividades administrativas entre os diferentes níveis hierárquicos, em percentuais

|      |    |    |    | PLANEJAMENTO |       |            |       |  |
|------|----|----|----|--------------|-------|------------|-------|--|
| FORM | 1  | 2  | 3  | 4            | total |            |       |  |
| 1    | 58 | 28 | 32 | 50           | 168   | $\chi^2 =$ | 25.4  |  |
| 2    | 12 | 14 | 11 | 21           | 58    | p-valor =  | 0.003 |  |
| 3    | 35 | 19 | 25 | 54           | 133   |            |       |  |
| 4    | 3  | 4  | 9  | 10           | 26    |            |       |  |
|      |    |    |    | ORGANIZAÇÃO  |       |            |       |  |
| 1    | 37 | 31 | 29 | 34           | 131   | $\chi^2 =$ | 23.1  |  |
| 2    | 10 | 12 | 17 | 16           | 55    | p-valor =  | 0.006 |  |
| 3    | 25 | 38 | 30 | 26           | 119   |            |       |  |
| 4    | 2  | 6  | 3  | 8            | 19    |            |       |  |
|      |    |    |    | DIREÇÃO      |       |            |       |  |
| 1    | 51 | 26 | 20 | 23           | 120   | $\chi^2 =$ | 35.7  |  |
| 2    | 19 | 7  | 10 | 13           | 49    | p-valor =  | 0.000 |  |
| 3    | 47 | 23 | 20 | 41           | 131   |            |       |  |
| 4    | 5  | 4  | 2  | 13           | 24    |            |       |  |
|      |    |    |    | CONTROLE     |       |            |       |  |
| 1    | 33 | 18 | 19 | 24           | 94    | $\chi^2 =$ | 15.3  |  |
| 2    | 13 | 4  | 6  | 18           | 41    | p-valor =  | 0.083 |  |
| 3    | 22 | 10 | 20 | 33           | 85    |            |       |  |
| 4    | 4  | 2  | 4  | 8            | 18    |            |       |  |



## APÊNDICE 4

**Quadro 4:** Distribuição percentual das respostas dos gerentes dos quatro níveis hierárquicos para as quatro dimensões administrativas.

| GERENTES/FASE                   | PLANEJAMENTO |     |     |     | ORGANIZAÇÃO |     |     |     | DIREÇÃO |     |     |     | CONTROLE |     |     |     |
|---------------------------------|--------------|-----|-----|-----|-------------|-----|-----|-----|---------|-----|-----|-----|----------|-----|-----|-----|
|                                 | F 1          | F 2 | F 3 | F 4 | F 1         | F 2 | F 3 | F 4 | F 1     | F 2 | F 3 | F 4 | F 1      | F 2 | F 3 | F 4 |
| Gerentes Unidades Assistenciais | 35           | 17  | 19  | 30  | 28          | 24  | 22  | 26  | 43      | 22  | 17  | 19  | 35       | 19  | 20  | 26  |
| Gerentes Infra - Estrutura      | 21           | 24  | 19  | 36  | 18          | 22  | 31  | 29  | 39      | 14  | 20  | 27  | 32       | 10  | 15  | 44  |
| Gerentes At Técnicas            | 26           | 14  | 19  | 41  | 21          | 32  | 25  | 22  | 36      | 18  | 15  | 31  | 26       | 12  | 24  | 39  |