



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE



ANN OTILIA PAIVA FERREIRA

**O PROCESSO DE TRABALHO EM UMA PERSPECTIVA DE GESTÃO
PARTICIPATIVA**

Goiânia - GO

2013

ANN OTILIA PAIVA FERREIRA

**O PROCESSO DE TRABALHO EM UMA PERSPECTIVA DE GESTÃO
PARTICIPATIVA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Ambientais e Saúde, da Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, como requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências Ambientais e Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Flávia Melo Rodrigues

Goiânia - GO

2013

DEDICATÓRIA

Dedico esta conquista à Deus que tem me proporcionado, não apenas durante a realização deste trabalho, mas em todos os dias de minha vida a sabedoria necessária para honrar as oportunidades profissionais que a vida tem me oferecido com toda a responsabilidade, dedicação e amor ao próximo. Neste universo se incluem todas as pessoas que buscam a melhoria de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), e que muitas vezes sofrem o ônus de se deparar com a ganância incondicional daqueles que estão à frente das decisões importantes que definem as políticas e prioridades de nossa gente.

AGRADECIMENTOS

À Deus antes de tudo, agradeço por me permitir viver mais uma conquista nesse mundo, pela sabedoria que me ajuda a enfrentar os obstáculos que a vida nos impõe, pela energia espiritual que me acompanha todos os dias que invoco sua presença.

Aos meus pais Zuila e Messias, verdadeiros mestres de minha vida, que nunca mediram esforços para me proporcionar uma educação libertadora, maiores incentivadores de minhas conquistas profissionais, especialmente ao meu saudoso pai, o qual não se faz presente neste mundo para brindarmos mais essa conquista.

Aos meus amados anjinhos: Ana Beatriz e Matheus, que com toda sua ingenuidade me ensinaram que a virtude da paciência nos faz vivenciar experiências únicas de amor e cuidado entre mãe e filhos, em um mundo que amargura sofrimentos com o mal do século – a ansiedade.

À minha estimada orientadora, Dra. Flávia, que com toda paciência e disponibilidade me acolheu e me estimulou, sendo uma das maiores motivações para o término desta pesquisa.

Às colegas de Trabalho Carla Ribeiro da Silva Santos e Reila Campos Guimarães que, mesmo na condição de antigas “chefas” demonstraram ser verdadeiras amigas, que me emprestaram seus ouvidos nos momentos de desabafo, de extrema angústia e dificuldades encontradas na trajetória da pesquisa, e que me apoiaram na continuidade desse processo.

Ao meu atual chefe Jorge Alves de Souza, que, apesar das desavenças e desacordos em alguns momentos demonstrados, sei que encontro nesta pessoa um verdadeiro “pai”, que aponta os erros do filho, mas que também torce e trabalha para seu sucesso.

À todos os colegas de trabalho da Regional de Saúde Sudoeste I, que me acolheram com toda colaboração que precisei para a concretização dessa pesquisa. Encontro em vocês uma família que tem lá seus desentendimentos, mas que também brinda as conquistas com a felicidade de um “ente” querido.

À colega de trabalho da Regional de Saúde Marina Fonseca Coelho, que no auge da minha angústia por mudança do projeto de pesquisa inicial, me fez enxergar as relações interpessoais como objeto tão importante para a realização do nosso trabalho e desta pesquisa.

À Secretaria Estadual de Saúde, na pessoa do Sr. Secretário Dr. Antônio Faleiros Filho e à gerência da Escola Estadual de Saúde Pública Cândido Portilho, pela autorização do projeto e credibilidade a mim depositada para o desenvolvimento dessa pesquisa.

O PROCESSO DE TRABALHO EM UMA PERSPECTIVA DE GESTÃO PARTICIPATIVA

RESUMO

O processo de trabalho (PT), descrito em seus elementos, é uma dinâmica pela qual o homem utiliza-se de meios de produção para transformar um objeto, ou realidade qualquer, em um produto ou serviço que venha satisfazer alguma necessidade. No campo da saúde, a descentralização promovida pela implantação do SUS no Brasil, as mudanças no modelo assistencial, bem como outros fatores, como uso intensivo de tecnologia de ponta, flexibilização das relações de trabalho e outros, exigem um gerenciamento voltado para a realidade atual. O debate acerca das mudanças nos modelos de gestão em saúde traz como desafio a superação de modelos de controle e regulação do trabalho, adotados por instituições que operam o setor público de saúde no Brasil. A busca por processos de trabalho que assegurem a relação entre o contrato de trabalho e a efetiva produção de serviços de saúde, sugere um modelo de gestão participativa, no qual os agentes sejam sujeitos ativos do PT. Na perspectiva de instituir um PT que compartilhe missão e responsabilidades entre seus agentes, dando oportunidade a estes à participação ativa no processo de produção e qualificação de ações e serviços de saúde, busca-se como objetivo principal do estudo descrever o processo de trabalho em uma Regional de Saúde do estado de Goiás. Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, com abordagem quantitativa. Foi realizada na Regional de Saúde Sudoeste I, em Rio Verde-GO, e teve como amostra 40 servidores efetivos que atuam há mais de 3 anos na instituição. Após diagnóstico situacional acerca dos elementos constituintes do PT, foi aplicado questionário para investigação das relações interpessoais predominantes no ambiente, assim como a motivação e fatores desmotivadores para o trabalho. Os resultados revelaram que a prática de descrever PT deve ser um processo constante para a gestão de instituições que buscam investir na qualificação de pessoas e resultados. A participação de trabalhadores no planejamento de suas ações, assim como na tomada de decisões, possibilita melhor apreensão de seu objeto de trabalho, qualifica relações interpessoais no trabalho, e é fator essencialmente motivador de suas ações.

Palavras-chave: Processo de Trabalho. Gestão Participativa. SUS. Relações Interpessoais.

THE PROCESS OF WORKING IN A PARTICIPATORY MANAGEMENT PERSPECTIVE

ABSTRACT

The work process (PT), described in its entirety, is a dynamic in which the man uses the means of production to transform an object, or any reality, in a product or service that will satisfy any need. In health, the decentralization promoted by the establishment of the SUS in Brazil, the changes in the health care model, as well as other factors such as intensive use of technology, flexibility of labor relations and others, require a management facing the current reality. The debate concerning the changes in the health care model management brings the challenge to overcome the control models and work regulation, adopted by the institutions operating in the public health in Brazil. The search for work processes which ensure the relationship between the employment contract and the actual production of health services, suggests a participatory management model, in which agents are active subjects of PT. From the perspective of establishing a PT that share their mission and responsibilities between its agents, providing opportunities to these agents to have an active participation in the production and qualification of actions and health services, we proposed as the main aim of the present study to describe the process of working on a Regional Health Office from the state of Goiás. This is an exploratory, descriptive and quantitative approach. It was held at the Southwest Regional Health Office I-GO in Rio Verde, and had a sample size of 40 servers that act effective for more than 3 years in the institution. After situational diagnosis of the elements of the PT, we applied a questionnaire for the investigation of the interpersonal relationships prevalent in the environment, as well as motivating and demotivating factors for work. The results revealed that the practice of describing PT must be a constant management process in the institutions which seek to invest in qualifying people and results. The participation of workers in planning their actions, as well as in decision making, enables a better understanding of their object of study, qualifies the interpersonal relationships at work, and it is essentially a motivating factor for their actions.

Keywords: Process Work. Participative Management. SUS. Interpersonal Relations.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Identificação dos elementos que constituem o processo de trabalho instituído na Regional de Saúde Sudoeste I, Rio Verde- GO, 2011/2012.....	57
TABELA 2	Estrutura, Planejamento e Atividades da Regional de Saúde Sudoeste I, Rio Verde- GO, 2011/2012.....	61
TABELA 3	Tipos e grau de ocorrência das relações interpessoais no trabalho da Regional de Saúde Sudoeste I, Rio Verde- GO, 2011/2012.....	63
TABELA 4	Tipos e grau de envolvimento pessoal nas relações interpessoais da Regional de Saúde Sudoeste I, Rio Verde - GO, 2011/2012.....	65
TABELA 5	Grau de motivação para o trabalho, entre os servidores na RS Sudoeste I. Rio Verde- GO, 2011/2012.....	66
TABELA 6	Fatores que contribuem para a desmotivação do trabalho na RS Sudoeste I, Rio Verde- GO, 2011/2012.....	67

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	Trabalhadores de saúde, ativos, da administração direta estadual por modalidade de vínculos de trabalho, segundo regiões (em percentual).....	28
QUADRO 2	Ações propostas pelo Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS: DesprecarizaSUS, para desprecarização dos vínculos de trabalho.....	29
QUADRO 3	Regionais de Saúde do estado de Goiás com número de municípios jurisdicionados.....	44
QUADRO 4	Municípios da região sudoeste I, com população (nº de habitantes) e área (Km2).....	45

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	Organograma da Secretaria Estadual de Saúde – GOIÁS.....	41
FIGURA 2	Divisão do estado de Goiás por Macrorregiões segundo Plano Diretor Regionalizado (PDR)2012.....	42
FIGURA 3	Divisão do estado de Goiás por Microrregiões segundo Plano Diretor Regionalizado (PDR) 2012.....	43
FIGURA 4	Divisão da Macrorregião Sudoeste I por municípios segundo Plano Diretor Regionalizado (PDR) 2012.....	43
FIGURA 5	Aspectos Relacionados à Gestão do Trabalho no Setor Saúde.....	51

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde
ARS - Administração Regional de Saúde
CAIS - Centro de Atenção Integral à Saúde
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
CIB - Comissão Intergestores Bipartite
CIR- Comissão Intergestores Regional
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
DGERTS - Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde
EC-Emenda Constitucional
GAB/SES - Gabinete do Secretário Estadual de Saúde
GM/MS - Gabinete Ministerial do Ministério da Saúde
HUGO - Hospital de Urgências de Goiânia
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência e Previdência Social
INPS-Instituto Nacional da Previdência Social
LOUSA – Limpeza, Ordenação, Utilização, Saúde e Disciplina
MS - Ministério da Saúde
NOB/RH - Norma Operacional Básica/ Recursos Humanos
OPAS - Organização Pan Americana de Saúde
OSEGO - Organização da Saúde do Estado de Goiás
PACS - Programa de Agente Comunitário de Saúde
PAM - Pronto Atendimento Médico
PEC - Projeto de Emenda Parlamentar
PCCS - Plano de Cargos, Carreira e Salários
PDR - Plano Diretor de Regionalização
PNH - Política Nacional de Humanização
PT - Processo de Trabalho
RH - Recurso Humano
RJU - Regime Jurídico Único
RS - Regional de Saúde

SES - Secretaria Estadual de Saúde

SGTES - Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

SCNES - Sistema de cadastro nacional dos estabelecimentos de saúde

SAI - Sistema de informações ambulatoriais

SIAB - Sistema de informação da atenção básica

SIH - Sistema de informações hospitalares

SIM - Sistema de informações sobre mortalidade

SINAN - Sistema nacional de agravos de notificação

SINASC - Sistema de informação sobre nascidos vivos

SISCOLO - Sistema de informação do câncer do colo do útero

SISMAMA - Sistema de informação do câncer de mama

SISPRENATAL - Sistema de acompanhamento da gestante

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado da Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	14
2.1 Objetivo geral	14
2.2 Objetivos específicos	14
3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	15
3.1 O processo de trabalho (P.T) em saúde.....	15
3.1.1 O contexto do trabalho/trabalhador de saúde no SUS	20
3.1.2 O plano de carreira, cargos e salários (PCCS)	33
3.2 As relações interpessoais na produção dos serviços de saúde	35
3.3 A saúde na gestão do estado de Goiás: caracterização das regionais de saúde	40
3.3.1 Estrutura organizativa das regionais de saúde.....	44
3.3.2 Sistemas de incentivos e instrumentos de avaliação de desempenho de recursos humanos em saúde	47
4 METODOLOGIA	54
4.1 Amostra, critérios de inclusão e exclusão	54
4.2 Instrumento e coleta de dados	54
4.3 Análise dos dados	56
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	57
5.1 Processo de trabalho da regional de saúde (RS) Sudoeste I.....	57
5.2 Atividades diárias, participação e motivação dos servidores – RS Sudoeste I	60
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
7 INTERVENÇÕES E DESAFIOS	72
REFERÊNCIAS	75
APÊNDICES	84
APENDICE I – T.C.L.E	85
APENDICE II – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS	87
APENDICE III – CARTA DE CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO	93
ANEXOS	93
ANEXO I - PARECER DE APROVAÇÃO CEP-HUGO	95
ANEXO II - PORTARIAS 241 E 242 DE JUNHO/2011	97
ANEXO III - DECRETO Nº 7.508, DE 28 DE JUNHO DE 2011	99

1 INTRODUÇÃO

Evidencia-se nos últimos anos, o crescimento do debate acerca das mudanças necessárias na gestão e organização do trabalho em saúde. No Brasil, essas mudanças ganharam repercussão a partir do movimento da Reforma Sanitária, que pressupõe a necessidade de participação dos sujeitos envolvidos no processo de trabalho em saúde, profissionais, gestores e usuários, tanto na assistência quanto na gestão, na ótica de se efetivar os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) consolidados pela constituição de 1988.

Um dos desafios que se impõem ao modelo de controle e regulação do trabalho, adotados por instituições que operam a gestão de saúde pública no Brasil, é que estas instituições adotem processos de trabalho (PT) que assegurem a relação entre o contrato de trabalho e a efetiva produção de serviços de saúde. Muitas correntes administrativas acerca da organização do trabalho encontram-se ainda bastante centradas no aumento da produtividade e eficiência da organização, permanecendo o trabalhador em segundo plano (PIRES; GELBECK; MATOS, 2004). Há um amplo consenso sobre a necessidade de superar entraves e limitações dos processos gerenciais de recursos humanos tradicionalmente adotados pelas instituições de saúde (SANTANA, 2001). Em uma área considerada essencial, como a saúde, muitos profissionais ainda convivem com vínculos precarizados de trabalho, alienados quanto à missão e projetos institucionais. As repercussões são as mais variadas, dentre elas a ausência de direitos trabalhistas, alta rotatividade desses trabalhadores no serviço, além da desmotivação, prejudicando a continuidade das políticas e programas de atenção à saúde da população (BRASIL, 2006).

Permanece ainda em vigor mecanismos tradicionais e processos rígidos de regulação do trabalho. Tais processos mostram-se ineficazes, tendo em vista os aspectos relacionados ao crescimento do porte e da complexidade das organizações de saúde, não apenas como consequência da incorporação tecnológica, mas também, em função da evolução dos direitos sociais (FEKETE e ALMEIDA, 1999).

Os modelos clássicos de gerenciamento influenciaram a administração de recursos humanos em saúde o que, nas últimas décadas, têm levado as organizações a resultados insatisfatórios e ineficientes, pois não respondem as necessidades atuais. A descentralização promovida pela implantação do SUS, no

Brasil, as mudanças no modelo assistencial, bem como outros fatores como uso intensivo de tecnologia de ponta, flexibilização das relações de trabalho e outros exigem um gerenciamento voltado para a realidade atual (CASTRO, 2005).

Analisando o contexto sócio-histórico-político, o gerente elabora pensamentos e a sua idealização se projeta no modo como organiza o trabalho para produção de bens e serviços. Este, que pode ser de natureza técnica ou política, simultaneamente, influencia e pode ser influenciado por diferentes atores sociais. O papel gerencial direciona o atendimento das necessidades geradas por uma determinada sociedade. No processo de trabalho, o gerente deve se adequar a determinados mecanismos próprios da Unidade, que propiciem o desenvolvimento da execução da prática gerencial, visando a garantia dos princípios do SUS (PASSOS; CIOSAK, 2006).

Nesse contexto, a contribuição das ações gerenciais para se instituir a organização democrática do trabalho na saúde, torna-se elemento indispensável para uma prática participativa, que repercute em ações e serviços com mais qualidade.

Para tal motivo, busquei enquanto gerente, conhecer o P.T da Regional de saúde Sudoeste I, e posteriormente efetivar um P.T que compartilhe missão e responsabilidades entre seus agentes, oportunizando a estes a participação ativa no processo de produção e qualificação de ações e serviços de saúde.

Acredita-se que, o processo de trabalho descrito e avaliado em seus elementos, contribuirá para que trabalhadores reconheçam de forma mais clara seu objeto de trabalho, assim como desenvolvam a motivação e o comprometimento com resultados.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Descrever o processo de trabalho em uma Regional de Saúde do estado de Goiás.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever os elementos do P.T da RS Sudoeste I, na perspectiva do gerente da instituição;
- Caracterizar o grau de participação nas atividades gerenciais, na perspectiva dos servidores da RS Sudoeste I;
- Avaliar o grau de motivação de servidores para a participação no P.T ;
- Identificar as relações interpessoais predominantes no ambiente de trabalho da RS Sudoeste I;
- Caracterizar os fatores que desmotivam servidores no P.T.

3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3.1 O processo de trabalho (P.T) em saúde

O processo de trabalho em saúde pode ser descrito como a menor dimensão das ações praticadas entre trabalhadores/profissionais de saúde, envolvendo produção e consumo de serviços de saúde (PEDUZZI, 2003).

A maneira como realizamos qualquer atividade relacionada ao trabalho, independente do modo pelo qual façamos, é chamado de P.T. O trabalho é uma dinâmica pela qual, o homem utiliza-se de meios de produção para transformar um objeto qualquer em um produto que venha satisfazer alguma necessidade (FARIA et. al, 2009).

No P.T, as ações decorrentes do trabalho humano são intencionadas a um determinado fim, no objeto que recebe forças dos instrumentais de produção. O processo extingue-se ao concluir-se o produto . O P.T, descrito em seus elementos simples e abstratos, é atividade dirigida com o fim de criar valores-de-uso, de apropriar os elementos naturais às necessidades humanas; predominando o objeto material no processo de produção, não sendo condição necessária o relacionamento interpessoal, para que o P.T exista. Torna-se preciso apenas o homem com seu trabalho de um lado, e a natureza com seus elementos materiais do outro (MARX, 1984).

Alguns aspectos relacionados às mudanças do mundo do trabalho iniciadas em meados dos anos 70, repercutem com muita especificidade no P.T em saúde, entre elas: a crescente incorporação tecnológica; o desemprego por falta de qualificação; a flexibilização e precarização do trabalho; além de outros fenômenos. Tais situações atingem de modo impactante a produção de ações e serviços de saúde (ANTUNES, 1995; CECÍLIO, 1999; NOGUEIRA; BARALDI; RODRIGUES, 2004; PEDUZZI, 2003).

A partir dos anos 90, um novo cenário é configurado, e novas reflexões surgem acerca do P.T em saúde. Por um lado, aparecem questões relacionadas às novas formas de trabalho flexível e/ou informal e da regulação realizada pelo Estado, com foco nos mecanismos institucionais de gestão do trabalho. Por outro, as questões da integralidade do cuidado e da autonomia dos sujeitos, cujo foco de

análise se desloca para o plano da interação envolvendo a relação profissional - usuário ou as relações entre os profissionais (NOGUEIRA, 2002).

Assim, na atualidade, o conceito P.T em saúde é foco de pesquisa em diferentes áreas que compõem o campo da saúde, permitindo sua abordagem como prática social para além de áreas profissionais especializadas. O P.T também é utilizado nas pesquisas e intervenções sobre atenção à saúde, gestão em saúde, modelos assistenciais, trabalho em equipe de saúde, cuidado em saúde e outros temas, permitindo abordar tanto aspectos estruturais como aspectos relacionados aos sujeitos, pois é nessa dinâmica que se configuram tais processos (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2009).

Ao considerar que o P.T é regido por fins estabelecidos, a escolha e o estabelecimento desses objetivos é uma atividade de fundamental importância para que os elementos interajam de forma harmônica e comprometida. Essa etapa deve ser compartilhada, de maneira que os sujeitos possam apreender o objeto de trabalho com maior conhecimento e responsabilidade. Nesse momento, identificam-se, mesmo que não explicitamente, as grandes questões sociais e de poder na determinação dos processos de trabalho (FARIA et al., 2009).

Faria et al. (2009) afirmam que na atual sociedade, em quase todas as instituições, a definição das finalidades está quase completamente desconhecida, fora do poder de decisão dos trabalhadores que realizam as atividades produtivas diretas. Quem define as finalidades são, geralmente, grupos restritos que ocupam os níveis mais elevados da hierarquia institucional. Talvez, por isso, seja comum o fato das análises dos processos de trabalho omitirem esse componente – o objetivo – em seus esquemas analíticos, tratando-o como um dado externo ao próprio trabalho.

São elementos que compõem o P.T: o objeto, os instrumentos ou meios de produção e os agentes, os quais precisam ser examinados de forma articulada e não em separado, pois somente na sua relação recíproca configuram um dado P.T específico (MENDES GONÇALVES 1979, 1992; FARIA et. al ,2009).

Mendes-Gonçalves (1992) chama atenção para o fato de que, os elementos que constituem o P.T são categorias de análise, portanto abstrações teóricas. São importantes para explicar ou para entendermos como se processam muitas práticas de saúde, condições sociais e certos aspectos da realidade, cujo trabalho constitui a base mais fundamental de sua efetivação.

O objeto representa o que vai ser transformado: a matéria-prima (matéria em estado natural ou produto de trabalho anterior), e no setor saúde, necessidades humanas de saúde. O objeto será, pois, aquilo sobre o qual incide a ação do trabalhador (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2009). Faria et al. (2009) afirmam serem objetos, as finalidades ou objetivos, projeções de resultados que visam a satisfazer necessidades e expectativas dos homens, conforme sua organização social, em dado momento histórico. Desse modo, os objetos a serem transformados podem ser matérias-primas ou materiais já previamente elaborados ou, ainda, certos estados ou condições pessoais ou sociais. Considerando o trabalho em saúde, aspectos da realidade podem ser entendidos como objeto de trabalho. Isso acontece, quando o sujeito tem esta percepção, e assim o delimita. Neste exemplo, o objeto de trabalho não é algo material, não existe por si só, é delimitado por um olhar de um sujeito que tem uma intencionalidade para transformar em uma realidade melhor. Esta representa a proposta do P.T, o projeto prévio de alcançar o produto desejado que está na mente do trabalhador, ou seja, em que direção e perspectiva será realizada a transformação do objeto em produto (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2009). Marx (1984) complementa a definição de objeto, afirmando que este constitui-se de todas as coisas que o trabalho apenas separa de sua conexão imediata com seu meio natural, fornecidos pela natureza. Sobre os instrumentos de trabalho, estes não necessariamente são objetos materiais. Podem ser configurados como saberes constituídos historicamente pelos sujeitos que, assim, ampliam as possibilidades de intervenção sobre o objeto.

Os meios de produção estão colocados entre os sujeitos e seu objeto de trabalho para direcionar sua atividade de transformação. Os meios servem para medir o desenvolvimento da força humana de trabalho e, além disso, indicam as condições sociais em que este se realiza (MARX, 1984). Mendes-Gonçalves (1979, 1992, 1994) identifica, no P.T em saúde, a presença de instrumentos materiais e não materiais. Os primeiros são os equipamentos, material de consumo, medicamentos, instalações, entre outros. Os segundos são os saberes, que articulam, em determinados arranjos, os sujeitos (agentes do processo de trabalho) e os instrumentos materiais. Além disso, constituem ferramentas principais do trabalho de natureza intelectual. O autor salienta que esses saberes são também os que permitem a apreensão do objeto de trabalho. Os meios de produção ou instrumentos de trabalho podem ser máquinas, ferramentas ou equipamentos em geral, mas também, em uma visão mais ampla, podem incluir conhecimentos e habilidades (FARIA et al., 2009).

Para melhor compreensão dos meios de produção, ou condições de trabalho, Faria et al. (2009) elencam várias possibilidades para entendermos esse elemento; segundo os autores podem ser:

- Ferramentas e estruturas físicas para o trabalho, como máquinas, equipamentos, instrumentos, edificações e o ambiente, que permitem que o trabalho se realize;
- Conhecimentos, sistematizados ou não, e as habilidades utilizadas no processo de trabalho, comumente chamados de meios intangíveis, na terminologia cunhada por Merhy (1999) para a análise dos processos de trabalho em saúde;
- As próprias estruturas sociais, que são determinantes, por exemplo, para as relações de poder no trabalho e para a remuneração dos diversos tipos de trabalho.

Peduzzi (2003) considera que tanto os instrumentos ou meios de produção, quanto os objetos só coexistem em uma relação intermediada pelo agente do trabalho que lhe imprime certa finalidade.

Caracterizando o terceiro elemento, o ser humano é entendido como agente de todos os P.T, os quais se utilizam de meios para atingir os fins pré-estabelecidos (FARIA et al., 2009). Somente pela presença e ação do agente do trabalho torna-se possível o P.T – a dinâmica entre objeto, instrumentos e atividade. Por tal motivo, o agente pode ser entendido não só como sujeito de ação, mas também como instrumento do trabalho, à medida que consegue trazer para o processo outros projetos de caráter coletivo e pessoal, dentro de um certo campo de possíveis estratégias de ação (PEDUZZI, 2003).

Mendes-Gonçalves (1994) faz reflexões sobre os aspectos dinâmicos do P.T em saúde. Ao estudar a organização social das práticas de saúde, o autor considera que em um primeiro momento, esse processo possibilitou reflexões acerca da estrutura social e as relações hierárquicas de poder. Em um segundo momento, com as contribuições teóricas de Canguilhem (1982), Heller (1991) e a escola de Frankfurt (1994, 2001), foi possível repensar não apenas os aspectos estruturais de sociabilidade, mas também o P.T como prática social, inerente às relações humanas.

O estudo do P.T em saúde representou desde sua origem, e continua representando importante abordagem teórico - conceitual para as questões sobre

recursos humanos em saúde. A noção clássica de trabalho e de P.T constitui relevante categoria interpretativa nos estudos sobre pessoas. Ao aprofundar discussões sobre as novas formas de organização do trabalho em saúde, entende que, investir em recursos humanos, é condição *sine qua non* para delinear novos paradigmas gerenciais, no que tange aos aspectos relacionados aos serviços de saúde pública (NOGUEIRA, 2002).

Algumas particularidades são descritas por Dussault (2002), no que se referem à oferta de serviços por instituições públicas. O autor considera que estas instituições, diferentemente das privadas, são reguladas externamente, e sofrem constantemente influência das mudanças no cenário sócio-político. Por isso são expostas à contaminação burocrática, ou seja, sua regulação externa, muitas vezes alternam por projetos de governo, que seguem várias direções políticas e, por esse motivo, ficam limitadas ou sofrem dificuldades no desempenho gerencial dos estabelecimentos públicos.

Mesmo com tais limitações, a presença e o perfil do gerente, podem ser o diferencial na busca de uma gestão participativa em serviços públicos de saúde.

É crescente no cotidiano das instituições que prestam serviços de saúde, a necessidade de perfil gerencial. O desafio faz-se por um profissional que, não apenas detenha habilidades administrativas com pessoas, mas que seja capaz de implementar estratégias adequadas aos novos conceitos e práticas de gestão, principalmente no ponto relacionado à organização do trabalho (LAMAS, 2009).

Neste perfil gerencial, ganha destaque aquele que utiliza a estratégia de avaliar constantemente o P.T, fazendo desta uma preocupação de suas ações.

Trabalhar a prática de se avaliar constantemente a dinâmica do P.T, pode ser um exercício para os agentes, que nesse contexto manifestam capacidades e habilidades, e por esse motivo, essa prática já pode ser considerada um objetivo do P.T. Dito de outra forma, desenvolver a capacidade e a possibilidade de realizar um trabalho pode ser, em si mesmo, um objetivo (FARIA et. al, 2009).

Nesse contexto, são colocadas em evidência, capacidades e expectativas individuais que são sempre formadas ou desenvolvidas no coletivo. Deve-se destacar que parte não desprezível dessa realização, assim como da produtividade do trabalho, deve-se às relações interpessoais nas equipes de trabalho (FARIA et al., 2009).

3.1.1 O contexto do trabalho/trabalhador de saúde no SUS

O trabalho em saúde tem início quando o ser humano, ao identificar necessidades de saúde, tenta resolvê-las, procurando respostas e meios para satisfazê-las. Ao exercitar esta tarefa, começa a questionar-se sobre as possíveis causas e carecimentos, articulando várias maneiras de intervenção. Essas necessidades variam de sociedade para sociedade e, dentro de uma mesma sociedade em distintos momentos históricos, configurando aos poucos uma estrutura em que os homens vão definindo o que é normal e patológico para a vida social e individual. Especificidades advindas de cada necessidade se agrupam em diversos saberes, e contribuem para entender a complexidade de trabalho em saúde (LIMA, 2007).

Mesmo que o trabalho em saúde possa ser desenvolvido em diversos tipos de estabelecimentos como hospitais, clínicas especializadas, ambulatórios, maternidades entre outros, este assume características próprias, apesar de compartilharem do mesmo processo. Estão definidos os objetos, os meios e os fins para cada missão (BARRA,2011).

O ato assistencial em saúde pode ser realizado de forma autônoma, em uma relação direta entre profissional de saúde e usuário/cliente, mantendo características do trabalho profissional e da pequena produção. É válido destacar que, na atualidade, entendendo que as contribuições e os conhecimentos adquiridos no campo da saúde são complexos, assim como a tecnologia e instrumentais envolvidos neste ato também exigirem alto grau de especificidades, torna-se necessário o trabalho coletivo. Logo, diversos profissionais de saúde entre outros grupos de trabalhadores, integram um conjunto de ações, que resultam no cuidado aos seres humanos (PIRES,1999; PIRES ; MATOS, 2006).

A complexidade do cuidar em saúde, de alguma forma contribuiu para práticas nas quais, profissionais ou equipes de saúde, passam a executar etapas de um cuidado, enquanto outros dão seguimento ao projeto terapêutico. Este fato, entendido como organização parcelar do trabalho, produz alienação. Se o profissional não participa do processo de forma integral, desde o entendimento das causas de adoecimento do sujeito, ao delineamento do projeto terapêutico ou na implementação de programas, este não só perderá contato com elementos potencialmente estimuladores de sua criatividade, como tenderá a não se responsabilizar pelo objetivo final da própria intervenção, ou seja, pela

recuperação do paciente ou pela promoção da saúde de uma comunidade (CAMPOS, 1997).

Entendendo que, a busca por processos que estimulem a qualificação dos serviços de saúde, prestados à sociedade de forma integralizada é um desafio constante, e que, nesta busca estão como ponto fundamental, a necessidade de envolvimento dos profissionais de saúde na tomada de decisões, há que se considerar que a saúde é...

...um trabalho essencial para a vida humana e é parte do setor de serviços. É um trabalho da esfera da produção não-material, que se completa no ato de sua produção. [...] O produto é indissolúvel do processo que o produz, é a própria realização da atividade. O trabalho em saúde envolve um trabalho profissional, realizado por trabalhadores que dominam os conhecimentos e técnicas especiais para assistir o indivíduo ou grupo com problemas de saúde ou com risco de adoecer, em atividades de cunho investigativo, preventivo, curativo ou com o objetivo de reabilitação (PIRES; MATOS, 2006, p.511).

Nessa ótica, faz-se imprescindível a logística do trabalho em equipe. A ideia de equipe de saúde está associada não apenas ao agrupamento de profissionais, mas, sobretudo, à integração e articulação de diferentes processos de trabalho, entendendo as particularidades de cada saber (PEDUZZI, 2003).

O trabalho em equipe é preciso, uma vez que as diferenças são importantes e podem contribuir de maneira significativa para o cuidado holístico. A equipe multidisciplinar contribui para o avanço da democratização e da ética nas relações de trabalho, e no próprio trabalho produzido. O fato do trabalho em equipe se apresentar como superior não exclui, entretanto, a necessidade de definição clara das responsabilidades individuais diante de cada caso (PEDUZZI, 2003).

Nenhum trabalhador é sujeito pleno da totalidade do P.T. A superação da fragmentação do trabalho implica que, trabalhadores devem apropriar-se e envolver-se nas relações de produção, compartilhar os objetivos e as razões de seu trabalho (RAMOS, 2007).

Alguns dispositivos podem ser utilizados para construção do trabalho em equipe. São eles: discussões de casos, as reuniões interdisciplinares, a educação permanente e avaliação sistemática do P.T (SILVA JÚNIOR et. al, 2005).

A complexidade do trabalho desenvolvido na área da saúde remete à necessidade de um processo constante de reflexão e avaliação deste, que tenha como foco a qualificação da assistência, o atendimento às necessidades do usuário

e a construção de um modelo de atenção à saúde universal, integral e resolutivo (BARRA, 2011).

A organização integrada e horizontal como demanda do P.T, congrega diferentes personagens envolvidos no trabalho em saúde, e nesta relação, todos os sujeitos participam, seja como produtor ou como consumidor dos serviços ofertados (BARRA, 2011).

Torna-se necessário uma gestão do trabalho, com fins organizativos e operacionais desse sistema.

O papel da gestão do trabalho em saúde é de grande complexidade. Deve articular a garantia da universalidade e equidade na prestação de serviços; possibilitar a participação popular e profissional nos processos decisórios no que tange à organização da produção e também na execução dos cuidados em saúde; trabalhar com foco na integralidade das ações, estimulando a interação no trabalho cotidiano e gerenciando conflitos, ao mesmo tempo em que deve encontrar a melhor forma de obter alta resolutividade e boa qualidade das ações que serão produzidas (SCHRAIBER et. al, 1999).

Na relação entre o desenvolvimento do trabalho e os processos de gestão, Pierantoni (2001), apresenta alguns princípios básicos da administração, os quais devem ser reconhecidos e aplicados na gestão em saúde. O primeiro deles se refere ao reconhecimento do papel central dos profissionais na vida da instituição. Esse reconhecimento implica assumir e efetivar a prática de mecanismos participativos de gestão. O segundo princípio se expressa pela incorporação da responsabilidade com os objetivos e as práticas institucionais, substituindo mecanismos de controle de desempenho de atividades por espaços que favoreçam a criatividade e iniciativa do trabalhador. O terceiro princípio refere-se à utilização do espaço de gestão também para controle de interesses individuais e corporativistas, em defesa dos interesses da coletividade e do alcance da qualificação da assistência.

A adoção destes três princípios básicos permite a organização democrática do trabalho, com foco nas necessidades do usuário e na integração entre os atores envolvidos na produção do cuidado, usuários, trabalhadores e gestores (PIERANTONI, 2001).

Ainda na discussão sobre a gestão e organização do trabalho em saúde, percebe-se que, vários autores buscam sustentação em diversas áreas do conhecimento, entre as quais se destacam as teorias da administração. Pires;

Gelbeck e Matos (2004), em estudo sobre a organização do trabalho em enfermagem, consideram que, as influências e mudanças ainda são embrionárias, e insuficientes para apontar uma direção para a gestão e organização do trabalho em saúde; são pouco significativas considerando as dificuldades e a hegemonia das teorias clássicas e burocráticas, mas muito significativas se considerarmos os avanços das últimas décadas.

Um modelo dito orgânico nas instituições, surge pela necessidade de resolubilidade, de se imprimir eficácia aos novos desafios gerenciais, de combinar variáveis ambientais com formas estruturais de organização do trabalho. Este modelo, também chamado de contingencial, caracteriza-se por apresentar grande flexibilidade, descentralização e desburocratização. Contrapõe-se ao modelo mecanicista de trabalho, no qual predominam situações e ambientes relativamente estáveis, é, portanto, de grande utilidade para ambientes de trabalho em constantes modificações, de enfrentamento de situações instáveis (GUIMARÃES, 2000).

Em relação à organização do trabalho, esta abordagem privilegia a análise tecnológica, entre as diversas contingências, no sentido de estipular limites à reorganização do trabalho. Compreende que fatores contingenciais diversos influenciam de modo significativo as relações funcionais, os quais interferem nas organizações. Estudos desenvolvidos sobre essa abordagem, associam a participação do trabalhador como uma variável de condição estrutural da empresa, tendo como fator relacionado a interação trabalhador/gerência, no estímulo deste à participação (GUIMARÃES, 2000).

O objeto de trabalho visto sob a ótica de instituições que adotam modelo orgânico de trabalho deve ser elemento de comunhão entre trabalhadores que, na perspectiva de organogramas horizontais, compartilham-o constantemente. Trata-se da gestão democrática do trabalho (PIRES, 1999). O atendimento ao usuário é o único motivo capaz de reunir grupos profissionais com interesses e lógicas de organização do trabalho bastante diferenciadas. Este objetivo é ponto de discussão entre os diversos segmentos que, após negociações, resultará em um plano assistencial multiprofissional (PIRES, 1999).

Castro (2005) discorrendo sobre administração de recursos humanos em saúde, considera que os modelos clássicos de gerenciamento influenciaram de modo singular a administração de recursos humanos em saúde. Entretanto, face às atuais necessidades, não tem apresentado resultados satisfatórios e eficientes. Os avanços advindos com a descentralização do SUS; a mudança do modelo

assistencial; a incorporação de tecnologia de ponta aos serviços de saúde; e a flexibilização das relações de trabalho no SUS, exigem modelo de gestão coerente com tal realidade.

Campos (1997) em estudo sobre subjetividade e administração de pessoal, identificou importantes problemas para o trabalho de saúde pública no Brasil. Foram eles: a fragmentação, a imobilidade, a desarticulação das linhas de intervenção com os sistemas de informação e a burocratização. Para o autor, o trabalho das equipes de saúde sofre influência da linha taylorista, traduzida pela acumulação de normas administrativas e padronizações técnicas, guiadas por crenças na possibilidade de controlar e regulamentar o conjunto do trabalho.

É necessário reaproximar os trabalhadores do resultado de seu trabalho. Compartilhar missão e projetos institucionais permite o envolvimento de trabalhadores com a instituição, além de estimular a participação destes, que pode ser favorecida pela possibilidade diária de reinventar práticas de enfrentamento e criar alternativas de resolução de problemas. Como resultado de relações mais flexíveis, estariam em pauta também a discussão sobre o desenvolvimento de novos indicadores, avaliadores do desempenho como possibilidade de dimensionar a retribuição financeira dos trabalhadores de saúde (CAMPOS, 1997).

Outeiro (2009) propõe como alternativa para estimular positivamente a subjetividade dos trabalhadores, a combinação de salários fixos com outras variáveis de pagamento, como gratificação pelo alcance de metas. Com isso, acredita em resultados que compartilhem diminuição de conflitos, aumento do envolvimento com o projeto de saúde e sentimento de valorização por sua contribuição.

Sobre a organização do trabalho, seguindo uma evolução histórica no Brasil, desde a metade da década de 80 ao momento atual, pode-se evidenciar um debate intenso acerca das mudanças necessárias na gestão dessa prática. A discussão ganha espaço no centro das transformações que afetam o mundo do trabalho, as organizações em geral e as organizações de saúde. A Reforma Sanitária, iniciada em meados de 1986, é de fato, um acontecimento que marca este cenário e que estimula intensamente este debate (PIRES; GELBCKE; MATOS, 2004).

O Movimento da Reforma Sanitária foi ao mesmo tempo uma bandeira de luta específica e parte de uma totalidade de mudanças (AROUCA, 1998), já que concretizava setorialmente (na saúde) os direitos democráticos, pelos quais amplos

segmentos da sociedade brasileira se mobilizavam. Foi e segue sendo uma proposta, já que oferece princípios e proposições, como os contidos no relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde, muitos dos quais incorporados ao texto constitucional.

A reforma sanitária pode ser considerada um projeto, pois representa um conjunto de políticas articuladas, que incluem uma dada consciência sanitária, a defesa da participação cidadã e a vinculação da saúde com lutas políticas e sociais mais amplas. Também é um processo, pois se transformou em bandeira de lutas, o que possibilitou a articulação de práticas e a conformação de um projeto político - cultural consistente (PAIM, 1997).

O movimento da reforma sanitária, ocorrido em momento pós ditadura, foi um potente ideário por representar uma bandeira de luta por direitos de saúde numa perspectiva igualitária e coletiva, apesar de uma sociedade desigual. Propôs linhas gerais de uma nova identidade sanitária do país. Merecem destaque, as principais ideias - forças desse movimento (FLEURY, 1997):

- a) modelo de democracia: a utopia igualitária (universalidade, equidade), a garantia da saúde como direito individual ao lado da construção do poder local fortalecido pela gestão social democrática;
- b) proposta de reconceitualização da saúde: reconhecimento da determinação social do processo saúde-doença, trazendo uma perspectiva de atenção integral às necessidades de saúde da população;
- c) crítica às práticas hegemônicas de saúde: proposição de uma nova divisão do trabalho em saúde, incluindo um papel ativo do usuário na construção da saúde.

Frente a esse novo cenário, são difundidas práticas alternativas de administração e organização do trabalho em saúde. Tratam-se de modelos que venham superar a organização taylorista/fordistas, que não permitem a participação do trabalhador na tomada de decisões frente aos problemas institucionais (FLEURY, 1997).

O modelo participativo enfatiza a cooperação; a valorização de grupos de trabalho; a diminuição de níveis hierárquicos; autogerenciamento por setores e áreas; delegação de tarefas, responsabilidade compartilhada e transparência nas decisões. Todavia, apesar dos enormes avanços conquistados pelas teorizações de diversas correntes administrativas, muitas instituições continuam centradas na

produtividade e eficiência, ficando o trabalhador em segundo plano (PIRES; GELBCKE e MATOS, 2004).

As teorias clássicas da administração influenciaram várias áreas de conhecimento, com modelos teóricos que diferenciam-se ao longo dos tempos. Os modelos participativos promoveram discussões e grandes contribuições, ao passo que busca aliar produtividade e participação (PIRES, GELBCKE e MATOS, 2004).

Ao se pensar em uma mudança de paradigma, na temática relacionada à gestão e organização do trabalho, os estudos e as mudanças que ocorreram nas últimas décadas ainda são precoces e não direcionam um caminho específico. As teorias clássicas e burocráticas, ainda influenciam de maneira significativa as práticas de gestão. Porém, mesmo sendo hegemônicas, observam que resultados expressivos de experiências com novas práticas de organização do trabalho, devem ser consideradas para as transformações do mundo atual (PIRES; GELBCKE e MATOS, 2004).

As organizações de saúde configuram-se em instituições complexas, em que convivem projetos políticos bastante diferenciados entre si, influenciando a gestão e organização do trabalho. Estão presentes na Lei orgânica do SUS, Lei nº 8.080, de setembro de 1990, as diretrizes que orientam a política do SUS: descentralização, criação de distritos de saúde e/ou municipalização dos serviços de saúde (PIRES; MATOS, 2006).

Sobre a municipalização, fica assegurado ao gestor local, maior autonomia nas tomadas de decisões relacionadas aos problemas sanitários do município. Pressupõe aumento do poder de operação, entendendo que as prioridades de saúde são reconhecidas e enfrentadas a nível local. A municipalização realiza transformações nos serviços e mudanças efetivas nas ações de saúde, fundamentadas nos princípios de universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde, e nas diretrizes de regionalização e hierarquização da oferta da assistência e descentralização político-administrativa (PIRES; MATOS, 2006).

Em contrapartida aos princípios idealizadores do SUS, alguns autores consideram que o modelo assistencial, vigente nos serviços de saúde, guia-se pela ótica hegemônica neoliberal, e, na prática, essa visão acaba definindo a missão dos serviços e as conformações tecnológicas, atendendo a interesses poderosos, considerados legítimos (MEHRY, 1999). Nesse modelo, segundo Schraiber et al. (1999), há a tendência de se adotar políticas que passem tanto a desproteger o trabalho e o trabalhador quanto, no caso da saúde, a regular diretamente o produtor

direto dos cuidados, interferindo imediatamente em seus processos de trabalho. Cita-se, como exemplo, a instabilidade provocada pelas várias modalidades de contrato e de remuneração existentes nos estados e municípios brasileiros.

Em uma área considerada essencial, como a saúde, a ausência dos direitos trabalhistas ocasiona um alto grau de desmotivação e, conseqüentemente, grande rotatividade desses trabalhadores nos serviços, prejudicando a continuidade das políticas e programas de atenção à saúde da população, o que leva à precarização do processo de trabalho (BRASIL, 2006).

Para o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), o trabalho precário está relacionado aos vínculos de trabalho no SUS, que não garantem os direitos trabalhistas e previdenciários consagrados em lei, seja por meio de vínculo direto ou indireto. O vínculo direto é aquele no qual o trabalhador tem garantido os direitos trabalhistas. O vínculo indireto caracteriza-se pela prestação de serviços sem necessariamente, assegurar direitos aos trabalhadores. Mesmo que o vínculo seja indireto, é necessário garantir o processo seletivo e, sobretudo, uma relação democrática com os trabalhadores. Por sua vez, para as entidades sindicais que representam os trabalhadores do SUS, trabalho precário está caracterizado, não apenas como ausência de direitos trabalhistas e previdenciários consagrados em lei, mas também como ausência de concurso público, ou processo seletivo público para cargo permanente ou emprego público no SUS (BRASIL, 2004b).

A seleção pública é um modo de selecionar interessados para prestar uma função temporária na Administração Pública, atendendo ao art. 37, IX da Constituição Federal. Por sua vez, Concurso Público é a forma legal de selecionar candidatos para um cargo efetivo ou emprego público, nos termos do que manda o art. 37, II da Constituição Federal (BRASIL, 1988).

Diante dessa situação, o governo federal entendeu ser importante o processo de desprecarização do trabalho em saúde, e implantou em 2003 uma política de valorização do trabalhador. O Ministério da Saúde (MS), por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) / Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS), criou o Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS - DESPRECARIZA SUS, com o intuito de buscar soluções para a precarização dos vínculos de trabalho nas três esferas de governo. Para tanto, ainda há necessidade de se ampliar o consenso em torno dos

malefícios sociais que esta situação acarreta, e de se adotar alternativas de ação com o objetivo de superar a precarização dos vínculos de trabalho no SUS (BRASIL, 2006).

Nesse contexto, são pactuados o financiamento e as metas do processo de desprecarização pelas três esferas de governo. Diante desse quadro, o MS, sintonizado com as políticas governamentais, adotou a estratégia de implementação de uma política de valorização do trabalhador, passo fundamental para promover a desprecarização do trabalho e a consolidação do SUS. Para tanto criou, por meio da Portaria nº 2430/GM, em 23 de dezembro de 2003 o Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS, que tem como objetivo a elaboração de políticas e a formulação de diretrizes para desprecarização do trabalho no sistema (BRASIL, 2005b).

A promulgação da Emenda Constitucional (EC) nº 19/1998 que trata das propostas de reformas estruturais do estado Brasileiro, fez com que temas como a flexibilização e a precarização das relações de trabalho, ganhasse espaço de discussão, não só a nível nacional, mas em boa parte dos estados e municípios (BRASIL, 2005b).

No que concerne à área da Saúde, constatou-se que cerca de 600 mil trabalhadores encontravam-se em condições precárias de trabalho, colocando, então, em franca situação de desconforto e de insegurança trabalhista e social, expressivo contingente de profissionais que prestam assistência à população (BRASIL, 2004a).

Objetivando o enfrentamento do problema, que afeta diretamente a consolidação do SUS, e, assim reconhecer e valorizar o trabalho humano em todas as suas dimensões, ganharam espaço neste cenário, gestores das três esferas de governo e lideranças trabalhistas que analisam e debatem alternativas para combater a precariedade do trabalho no SUS (BRASIL, 2006).

O quadro 1 ilustra os vários tipos de vínculos trabalhistas estabelecidos por regiões do Brasil em 2004. Dados revelados desse levantamento, proporcionaram ao Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS do MS, estabelecerem ações a serem adotadas para desprecarizar tais vínculos (Quadro 2).

Quadro 1 - Trabalhadores de saúde, ativos, da administração direta estadual por modalidade de vínculos de trabalho, segundo regiões (em percentual).

Modalidades de vínculos	Brasil	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	C.Oeste
Cargos em comissão	4,3	6,4	2,1	4,8	3	8,1
Regime Jurídico Único-RJU	76,2	41,5	84,4	75,4	87,9	84,8
Consolidação leis trabalhistas – CLT	5,3	0,7	0,5	12,4	9,1	3,1
Cooperativas	1,2	6,4	1	-	-	-
Contrato por tempo determinado	8,6	10,9	12	7,4	0	4
Vínculo não informado	4,4	34,1	-	-	-	-

Fonte: Adaptada da pesquisa CONASS – estruturação da área de recursos humanos nas secretarias de saúde e dos estados e do Distrito Federal (BRASIL, 2004a).

Quadro 2 - Ações propostas pelo Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS: DesprecarizaSUS, para desprecarização dos vínculos de trabalho.

Instituição	Iniciativa	Objetivos
Governo federal /Ministério da Saúde	Criar a Comissão Especial Para Elaboração das Diretrizes do PCCS no Âmbito do SUS(Portaria Nº626/GM, de 08/04/2004).	Orientar a criação ou reforma de planos de carreiras, cargos e salários no âmbito do sus.
	Instituição do Comitê Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS(Portaria Nº2430/GM, de 23/12/2003).	Elaborar política e formular diretrizes para a desprecarização do trabalho no SUS; Dimensionar e estimular a realização de concurso público
	Criação da Rede de Apoio à Desprecarização do Trabalho no SUS	Apoiar e estimular a criação de comitês nos estados e municípios
	No âmbito do MS(2003): Processo seletivo simplificado para contratação por um ano prorrogável por mais três.	Substituir consultores temporários contratados por organismos internacionais
	Nos hospitais federais: processo seletivo simplificado e posterior realização de concurso público.	Contratar servidores efetivos
Congresso Nacional	Promulgação da Emenda Constitucional Nº51(PEC Nº007/2003)	Oferecer base legal de sustentação para o PACS pelo estabelecimento de um modo singular de seleção dos ACS e agentes de endemias – processo seletivo público

Fonte: (BRASIL, 2006).

Cada vez mais, o potencial relacionado aos recursos humanos são incorporados nas agendas políticas, sendo o sustento estratégico para a melhoria do sistema de saúde do país (PIERANTONI, 2008).

O campo de atuação da gestão de Recursos Humanos (RH) envolve: a captação, distribuição e alocação de pessoas em postos de trabalho, com a qualificação requerida; a oferta de possibilidades de formação e capacitação que

atenda às necessidades de desenvolvimento de competências para atenção à saúde de qualidade; e medidas no campo da regulação do trabalho com interfaces com as corporações profissionais e com o mercado educativo (PIERANTONI; VARELLA; FRANÇA, 2004).

Pierantoni (2008) reconhece que, problemas de gestão de RH perpetuam desde a implantação do SUS aos dias atuais, entre eles o gerenciamento de trabalhadores e profissionais das diferentes esferas de governo, com contratos e salários diferenciados, realizando o mesmo tipo de atividade e integrados em um mesmo processo de trabalho.

Buscando identificar a adesão às práticas de desprecarização do trabalho no país, a implementação de planos de cargos, carreira e salários (PCCS) específicos para a saúde, assim como a pactuação dos conflitos do trabalho e de formação e desenvolvimento do capital humano, Pierantoni (2008) publica relatório em 2008, no qual, muitas considerações são importantes destacar. Foi realizado por estudo comparativo tendo como base os resultados das pesquisas realizadas pelo CONASS nas SES (BRASIL, 2004b) anteriormente apresentadas, e nos municípios e capitais com mais de cem mil habitantes (ObservaRH/IMS/UERJ, 2006).

Alguns resultados do estudo são significativos e servem como avaliação das ações propostas pelo DESPRECARIZASUS.

Sobre o questionamento acerca do conhecimento e participação do/no programa DesprecarizaSUS, 84,0% dos respondentes consideraram que o programa tem contribuído pra solucionar os problema dos vínculos precários de trabalho no SUS. Desses, 85,7% declararam que o programa vem contribuindo especialmente para realização de concursos e processos seletivos públicos (ObservaRH/IMS/UERJ, 2006).

Na investigação sobre mudanças nas relações de trabalho do SUS, pela mesa de negociação do trabalho, foi percebido que 63,8% dos responsáveis pelo RH das secretarias municipais e estaduais de saúde, afirmaram existir tais mudanças(ObservaRH/IMS/UERJ, 2006).

Sobre as formas de contribuição do DesprecarizaSUS para resolução dos vínculos precários de trabalho no SUS, 85,7% da amostra do estudo, citaram haver realizado concursos e processos seletivos públicos em seus territórios. No item sobre os tipos de ações desenvolvidas para resolução dos vínculos precários de

trabalho no SUS nas secretarias de saúde, 55,4% reafirmaram a substituição do trabalho precário por formas legais de contratação.

Pelo exposto, e por não dispor de dados publicados referente aos últimos 4 anos, torna-se evidente a contribuição positiva das ações propostas pelo Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS.

É essencial um modelo de organização dos serviços de saúde alicerçado em condições sociopolíticas, materiais e humanas, que viabilizem um trabalho de qualidade para quem o exerce e para quem recebe a assistência. É na busca da dimensão do cuidado nas práticas de saúde, em relação aos aspectos macroestruturais que interferem neste, que podemos destacar a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS - HumanizaSUS (BRASIL, 2004b).

A HumanizaSUS indica uma humanização efetivada pela forma de como se age no cotidiano das práticas de saúde. Envolve todos que compõem o SUS: trabalhadores de saúde, usuários, gestores entre outros, que compartilham experiências no dia-a-dia dos serviços de saúde. É no encontro entre estes sujeitos concretos, situados, que a política de humanização se constrói. Partindo desse referencial, o objetivo não se confundiria com um objetivo geral de mudar o serviço e, sim, de viabilizar a compreensão de como se institui um serviço e um processo de trabalho em saúde (SANTOS FILHO; BARROS; GOMES, 2009).

A indissociabilidade entre atenção e gestão, princípio da HumanizaSUS, se baseia em contribuir com o modo de discutir e construir, no coletivo, estratégias para melhorar o acesso e a qualidade dos serviços, entendidos como indissociáveis dos modos como esses são geridos. Nesse sentido, não se pretende assegurar o acesso e a qualidade da atenção a partir de concepções e determinações externas aos serviços. Pelo contrário, teria como objetivo ajudar os coletivos organizados na produção e na articulação de arranjos, pactos e ações concretas, capazes de viabilizar mudanças na gestão, indispensáveis para que haja também mudanças nos modos de atenção (CAMPOS, 2003).

Algumas marcas da HumanizaSUS são afirmadas: (BRASIL, 2004b).

- O trabalho é tudo que efetivamente se realiza e o esforço que se despende nas atividades do dia-a-dia profissional para o trabalhador dar conta do que acordou com o gestor da área em que está alocado e com os demais companheiros de trabalho.

- As prescrições são as regras que definem como o trabalho deve ser realizado. No entanto, as situações cotidianas, os imprevistos, nem sempre são definidos pelas prescrições. Trabalhadores são convocados a criar, a improvisar ações, a construir o curso de suas ações, a inventar o melhor modo de trabalhar, a maneira mais adequada de realizar o trabalho de forma a atender os diversos contextos específicos.
- Os trabalhadores costumam adotar um determinado tipo de organização do trabalho: uma forma específica de agir, de se relacionar com os colegas e o estabelecimento de regras específicas na divisão de tarefas.
- O trabalho é constituído por um conjunto de atividades simultâneas, que possuem características diferentes e são exercidas por trabalhadores de diversas áreas, com saberes e experiências específicas.
- No processo de trabalho os trabalhadores 'usam de si', ou seja, utilizam suas potencialidades de acordo com o que lhes é exigido. Portanto, o trabalhador também é gestor e produtor de saberes e novidades.
- A criação implica experimentação constante, maneiras diferentes de fazer. Assim, evita-se fazer a tarefa de forma mecânica.
- O trabalho nunca é neutro em relação à saúde. Ele ocupa um lugar privilegiado na luta contra a doença, suas origens, sintomas e natureza. A gestão coletiva das situações de trabalho é critério fundamental para a promoção de saúde. Os trabalhadores afirmam sua capacidade de intervenção no processo de tomada de decisões no âmbito das organizações de saúde.

O desafio da HumanizaSUS é a sua afirmação como uma prática política. Busca-se na prática do diálogo, um método de incluir sujeitos e coletivos. O diálogo imprime mudanças e, assim, ela vai se alterando, acolhendo e incorporando novos elementos. Pasche, Passos e Barros (2009), afirmam que nos cinco anos de existência da Política de Humanização, permaneceu a convicção de que não se constrói e fortalece uma política pública sem a inclusão de sujeitos, sujeitos no plural, sujeitos no singular.

Feuerwerker (2005) considera que, mesmo em meio às dificuldades enfrentadas pelo SUS em seu processo de implantação e efetivação, muitas conquistas vem acontecendo no que se referem aos seguintes aspectos: alcance dos serviços de saúde à todos os municípios do país, aumento no número de

trabalhadores no setor, assim como garantia de financiamento mínimo para a área. A democracia nas relações de produção e oferta de serviços de saúde, assim com as instâncias de pactuação, também podem ser consideradas avanços significativos.

Dentre os serviços de saúde, o uso de contrato de gestão também foi proposto aos hospitais públicos de ensino. Em 2004 o governo Federal implantou o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino, que compreendeu a contratualização destes estabelecimentos. Essa foi a forma encontrada de estratégia para o enfrentamento da crise do setor, ao estabelecer novos modos de financiamento, de gestão e de articulação desses hospitais com o sistema de saúde, mediante contrato de gestão com o gestor local do SUS. Como avanço proporcionado pela contratualização, houve a mudança no perfil de financiamento, resultando em equilíbrio econômico-financeiro e no enfrentamento do endividamento, embora com intensidades e reflexos distintos para os hospitais estudados. No entanto, diretrizes para o ensino, educação permanente, pesquisa e incorporação tecnológica, fundamentais para a produção do novo hospital de ensino, foram finalidades claramente esquecidas na implementação da política, que também não foi capaz de proporcionar mudanças consideráveis em relação à qualificação da gestão e da assistência (REIS, 2011).

3.1.2 O plano de carreira, cargos e salários (PCCS)

O PCCS está instituído como parte da Política de Desenvolvimento do Trabalhador no SUS. A edição da Portaria GM n.º 830, de 20 de junho de 1990, do MS, constituiu Comissão Especial para Planos de Carreira, Cargos e Salários para o SUS; a Resolução n.º 12, aprovada na reunião ordinária dos dias 2 e 3 de outubro de 1991, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), estabeleceu “Orientações Gerais para o Plano de Carreira, Cargos e Salários para os Estados, Municípios e Distrito Federal”; os relatórios das Conferências Nacionais de Saúde e de RH para o SUS; os trabalhos desenvolvidos pela Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e pela Mesa Nacional de Negociação do SUS. Estes instrumentos, influenciaram na implementação de políticas de recursos humanos em experiências isoladas, não tendo, portanto, a efetivação como Política Nacional para a Gestão do Trabalho no SUS (BRASIL, 2005a).

A proposta preliminar das Diretrizes Nacionais de PCCS-SUS, elaboradas com o apoio de gestores e trabalhadores, foi concebida pela Comissão Especial criada pela Portaria nº 626/GM em 08/04/2004. Visa oferecer ao trabalhador oportunidades de desenvolvimento profissional e dotar o SUS de um instrumento de gestão de pessoal, instituindo uma política de ingresso, evolução, desenvolvimento e avaliação de desempenho (BRASIL, 2005b).

O Ministro da Saúde constituiu a referida comissão por entender a importância de estabelecer diretrizes norteadoras que garantam a valorização dos trabalhadores por meio da equidade de oportunidade e do desenvolvimento profissional em carreiras (BRASIL, 2005b).

Um dos objetivos centrais dos Planos é o de propiciar condições para a construção de uma cultura própria dos trabalhadores do SUS, a um só tempo, comprometida em realizar direitos de cidadania e estruturante de suas identidades profissionais. A qualificação e a avaliação devem ser processos que estimulem nos trabalhadores a assunção da condição de sujeitos do pensar e do fazer em saúde (BRASIL, 2005b).

Também deve ser estimulada e incentivada a aplicação das diretrizes aos trabalhadores de saúde contratados pelos prestadores de serviços de saúde privados (filantrópicos e lucrativos), contratados e conveniados pelo SUS (BRASIL, 2005a).

O concurso público é a forma de ingresso nos Serviços e na carreira da saúde no serviço público (administração direta e Indireta, incluindo as Agências Executivas, as Organizações Sociais, onde houver, e os Consórcios Intermunicipais de Saúde); A seleção pública é a forma de ingresso a ser estimulada nos serviços de saúde e na carreira da saúde para os trabalhadores dos serviços privados de saúde (filantrópicos e lucrativos). Deve ser assegurada a mobilidade dos trabalhadores do SUS na carreira (BRASIL, 2005a).

Acredita-se que o PCCS-SUS representa avanços, tanto no sentido de regular as relações de trabalho, como também no desenvolvimento do trabalhador. Os meios de progressão por capacitação e mérito, estabelecem as possibilidades concretas, de consolidação da carreira. Esta é instrumento estratégico para o fortalecimento e a consolidação do SUS, resultado de reivindicação histórica dos trabalhadores da saúde (BRASIL, 2005b).

A elaboração dos PCCSs foi executada após a aprovação da NOB/RH-SUS e a sua implementação é feita pelos gestores ou gerentes que devem ser

acompanhada pelos trabalhadores do SUS ou por suas entidades sindicais e membros das Mesas Permanentes de Negociação (BRASIL, 2005a).

No estado de Goiás, publicou-se em 01 de setembro de 2005, a Lei nº 15.337/2005, que cria o Plano de Cargos e Remuneração para os servidores da Secretaria Estadual de Saúde (SES). Esta lei, entretanto, apresentava instrumentos que careciam de regulamentação. Foi elaborada Minuta de Decreto, regulamentando os instrumentos da mencionada lei, porém a douta Procuradoria Geral do Estado informou sobre vários itens inconstitucionais que impediram o prosseguimento do respectivo documento. Considerando a publicação da Portaria nº 1.318 de 05 de junho de 2007, que versa sobre as Diretrizes Nacionais para a Instituição ou Reformulação de PCCS, decidiu-se pela reconstrução de nova Lei estadual. A instituição do PCCS para os servidores da SES/GO, ainda está em processo de discussão e conclusão, para apreciação e aprovação junto aos órgãos e autoridades competentes (GOIÁS, 2010b).

3.2 As relações interpessoais na produção dos serviços de saúde

A produtividade e eficiência de um grupo de trabalho está intimamente relacionada às relações que se processam entre seus membros. A constatação feita por estudos de Mailhiot (1976), exprime o caráter coletivo das relações interpessoais, não limitando-se apenas à competência de seus trabalhadores. A teoria das necessidades interpessoais é citada pelo mesmo autor, e é composta pelos seguintes elementos: necessidade de ser aceito pelo grupo, necessidade de responsabilizar-se pela existência e manutenção do grupo, necessidade de ser valorizado pelo grupo. Estas necessidades configuram-se na tríade citada por Mailhiot (1976): inclusão, controle e afeição, respectivamente.

Costa (2002), ao discorrer sobre humanização no ambiente de trabalho, aponta as relações interpessoais como um dos elementos que contribuem para a formação do relacionamento real na organização:

É mister observar a operação real da organização, aqui incluídas as relações interpessoais, que constituem a sua seiva vital. Os elementos formais (estrutura administrativa) e informais (relacionamento humano, que emerge das experiências do dia-a-dia) integram-se para produzir o padrão real de relacionamento humano na organização: como o trabalho é verdadeiramente executado e quais as regras comportamentais implícitas que governam os contatos entre as pessoas – esta é a estrutura de contatos e comunicações humanas a partir da qual os problemas de política de pessoal e de tomada de decisões podem ser compreendidos e tratados pelos administradores (COSTA, 2002, p.19).

Os pontos de contato entre os elementos formais e informais, torna-se visível ao se analisar os relacionamentos interpessoais. Costa (2002) também considera fundamental a necessidade de se respeitar a dignidade das pessoas, das quais em diversas ocasiões, são exigidos alto grau de desempenho em seus trabalhos. Atenta para o fato de que, os valores relacionados ao bem estar individual e coletivo são exigências sociais que imperam no campo de negócios, tanto público como privados. A cidadania deve-se preservada, estimulada e promovida (COSTA, 2004).

Leitão, Fortunato e Freitas (2006), em estudo sobre relacionamentos interpessoais e emoções nas organizações, destacam que o caráter emocional inserido nos processos interativos, é fundamental para as organizações, e que, a forma de convivência entre seres humanos definem o conjunto de sistemas que a organizam.

Costa (2004) considera que somos seres de relações. A biologia afirma que, mesmo sendo seres estruturalmente determinados, não somos predeterminados. Nossa constituição genética define um ponto de partida, mas o que vamos ser depende de um padrão emergente e tem a ver com a cultura em que nos criamos. As relações entre seres humanos são parte constituinte de sua identidade, portanto, relações desarmônicas podem causar mal estar e dificultar a convivência. Por esta razão, complementa o autor que, seres humanos em toda sua história, buscam constantemente sua inserção em macro e microssistemas. Tratar as relações interpessoais de maneira instrumental pode ser um grave erro, que repercutirá em sérios resultados para o trabalho, dentre eles a limitação da criatividade e baixa produtividade (COSTA, 2004).

Atualmente, o trato das relações interpessoais é tido como um grande diferencial entre empresas. Essas empresas estão aprendendo a valorizar as pessoas pelo que elas são e não apenas por sua utilidade econômica e estão desenvolvendo

capacidade empática em suas lideranças, termo da psicologia que se refere a uma habilidade em compreender as pessoas, goste-se delas ou não (LEITÃO; FORTUNATO; FREITAS, 2006). Os autores citam contribuições de vários estudos que identificaram elementos centrais na forma como se desenvolvem os relacionamentos em empresas. Seguem eles, expressos em termos de valores e práticas de gestão:

1. reconhecimento de que a organização é uma construção de todos;
2. a busca de lucros máximos e acumulação em segundo plano;
3. lideranças motivadas para a mudança e conscientes da necessidade do exemplo pessoal;
4. elevado comprometimento com as metas e maior motivação para o trabalho;
5. eliminação da mentira junto a seus *stakeholders* e conduta ética;
6. compatibilização entre produtividade e emprego;
7. participação nas decisões, diálogo, cooperação, solidariedade e espírito comunitário;
8. respeito ao ambiente natural;
9. espiritualidade percebida no mesmo nível da saúde física e mental.

A valorização do ser humano, a preocupação com sentimentos e emoções, bem como a qualidade de vida são fatores que fazem a diferença. É através do trabalho, que acontece a interação entre homem e natureza; o ser humano, busca sua sobrevivência e encontra nesta relação, o reforço de sua identidade e uma intensa motivação para contribuir harmonicamente com os elementos do P.T (BOM SUCESSO,1997).

A valorização do trabalhador enquanto ser humano influencia na motivação para o trabalho e conseqüentemente contribui para a produção de bens de serviços mais qualificados, no caso em questão os serviços de saúde (BOM SUCESSO, 1997).

Motivação é um estado emocional multifacetado que pode concretizar em ações e/ou em estados emocionais. É preciso que o indivíduo sinta-se motivado a efetuar suas tarefas com prazer e boa vontade. Não existe uma fórmula mágica para conquistar a boa vontade do funcionario; o mais sensato, é combinar uma série de atitudes tão essenciais quanto os princípios que norteiam o comportamento humano, combinar essas abordagens com a finalidade de criar uma força de trabalho motivado e com isso fazer com que as pessoas capazes e talentosas, contribuam

com o máximo de seus esforços para que a empresa possa oferecer serviços ou produtos com mais qualidade (FREITAS, 2010).

O ser humano é guiado por necessidades, e a satisfação destas, como impulso que segue do interior do indivíduo para alcançar seus objetivos, é descrito como motivação. Estas necessidades se sucedem, ou ora se alternam, contínua e infinitamente. Essas motivações dão direção e conteúdo ao comportamento humano (CHIAVENATO, 2000).

Um elemento motivador nas relações interpessoais é verificado a partir da seguinte constatação: o ser humano se comporta de forma dualista; ou compete ou colabora; coopera quando os seus objetivos individuais somente podem ser alcançados através do esforço comum coletivo. Compete quando seus objetivos são disputados e pretendidos por outros (CHIAVENATTO,2000). De forma complementar destaca-se a figura do gerente como fator motivacional das relações interpessoais. Os gerentes devem dar aos empregados as informações de que precisam para fazer um bom trabalho. Isso inclui conhecimentos sobre as metas globais e a missão da empresa, sobre o trabalho que precisa ser feito por alguns departamentos, sobre as atividades específicas nas quais determinados empregados devem se concentrar e, ainda noção de por que todas estas informações são importantes (FREITAS,2010).

O contato frequente com o gerente oportuniza ao trabalhador, trocar ideias, chamar atenção e/ou pedir ajuda para problemas que surgem. Possibilita também o reconhecimento daqueles que executam seu trabalho com qualidade. Quando os gerentes reconhecem publicamente o bom trabalho feito pelos empregados, estão dizendo aos funcionários que suas realizações merecem a atenção de todos (FREITAS, 2010).

O ambiente físico do trabalho também influencia de forma significativa o desempenho de tarefas. Um mínimo de comodidade é necessidade básica para o trabalho. Classifica o ambiente de trabalho em duas partes distintas: a física (instalações, móveis, decoração, etc.) e a social (as pessoas que o habitam). Desse modo, o ambiente de trabalho influencia no comportamento das pessoas e conseqüentemente nas relações interpessoais, finalizando no resultado dessa equipe (PEPE,2009).

O ambiente de trabalho influi no conforto social. Evidentemente, se tais elementos forem precários, ninguém trabalhará com moral elevado. Conforme a natureza do trabalho exigir-se-á uma luminosidade, uma temperatura, um grau de

umidade diferente, o que também deverá estar de acordo com a região onde se trabalha e a época do ano (MAGALHÃES, 1990).

Assim como cada ser humano é único e individual, suas reações também serão diferentes para situações semelhantes. Mesmo em ótimas condições de trabalho, tanto físicas, como emocionais, trabalhadores ainda reagirão de forma insatisfatória. Em situação oposta, muitos trabalhadores que sofrem com ausência de condições ideais para seu trabalho, ainda verbalizarão satisfação por desempenharem suas atividades (BOM SUCESSO,1997).

Em opinião controversa, Moreira (2000) considera que, fatores materiais e de logística em si não promovem a satisfação, mas a sua ausência a inibe. Por outro lado, fatores como oportunidade de auto realização, reconhecimento pela qualidade e dedicação no trabalho, a atratividade do próprio trabalho em si e a possibilidade de desenvolvimento pessoal e profissional do trabalhador, são motivadores em essência. Recebem o nome de fatores de motivação.

Entender os fatores de motivação, assim como o modo como os indivíduos são motivados é extremamente complexo e em algumas situações pode até sofrer influências do detentor do poder. A dificuldade reside no fato de que, não há uma única motivação capaz de determinar como os trabalhadores se conduzirão. Não há estratégia específica, que faça com que todos em todas as partes tenham uma satisfação permanente, ou seja, deve-se tentar levar em consideração as desigualdades humanas/peculiaridades individuais quer pareça, ou não, conveniente para o ambiente organizacional (VOLPATO;CIMBALISTA, 2002).

Existem mudanças consideráveis, na natureza do trabalho que afetam a gestão das pessoas e que podem ser plenamente exequíveis em organizações responsáveis. São elas: a interação entre trabalho e tecnologia (inovação), as mudanças nas definições de cargos, a integração de novas categorias de trabalhadores, a importância crescente da educação contínua, o controle do trabalho pelos consumidores, a transformação nas funções de liderança e supervisão e a passagem de uma abordagem individual para coletiva, de trabalho em equipe. Como consequência, trabalhadores executarão melhores performances e torna-se-ão partícipes do seu P.T, deixando de ser mero executor de tarefas (DAVEL; VERGARA, 2001).

Por fim, o bom desempenho das relações humanas dentro de qualquer instituição, é fator responsável pela obtenção de maior liderança, planejamento e organização funcional, o que leva ao ambiente de trabalho, motivação pelo interesse das atividades, inovação, criatividade e integração pessoal. Assim o ato de se relacionar bem com o outro, ter uma comunicação efetiva e valorizar o profissional são meios que possibilitam maior interação em todos os segmentos sociais (PEPE,2009).

3.3 A saúde na gestão do estado de Goiás: caracterização das regionais de saúde

O Estado de Goiás, localizado na região Centro-Oeste do Brasil, no Planalto Central, ocupa uma área de 340.086,698 Km², o que representa 3,99% da área do país, correspondendo ao 7º Estado do País em extensão territorial. Limita-se, ao Norte, com o Estado do Tocantins, ao Oeste com os Estados do Mato Grosso e Mato Grosso do Sul e ao Leste com os Estados da Bahia e Minas Gerais. Seu clima é tropical, com temperaturas médias anuais entre 18ºe 30ºC e umidade relativa do ar com média anual em torno de 43%. Possui atualmente 246 municípios (GOIÁS, 2010b).

É o estado mais populoso concentrando 43,2% da população total da região Centro Oeste. A população, segundo censo 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), é de 6.003.788 habitantes. Possui densidade demográfica de 17,65hab/Km² e os doze municípios mais populosos representam 54,17% da população, predominando municípios de pequeno porte com menos de 10.000 habitantes (GOIÁS, 2010b).

A SES/GO foi criada pela Lei nº 27, de 29 de novembro de 1947, artigo 39 a 46, e alterada pela Lei nº 17.257 de 25 de janeiro de 2011. Tem por finalidade dirigir, planejar, coordenar, executar, controlar e avaliar a Política Estadual de Saúde, compreendendo a promoção, a prevenção, a preservação e a recuperação da saúde da população do estado (GOIÁS, 2011b).

Sobre a Estrutura Organizacional Básica e Complementar a SES/GO está constituída por 12 Unidades Administrativas, dentre elas as Unidades Descentralizadas, que tem em sua composição a Gerência de Unidades Regionais de Saúde, conforme organograma que segue (figura 1) (GOIÁS, s.d.).

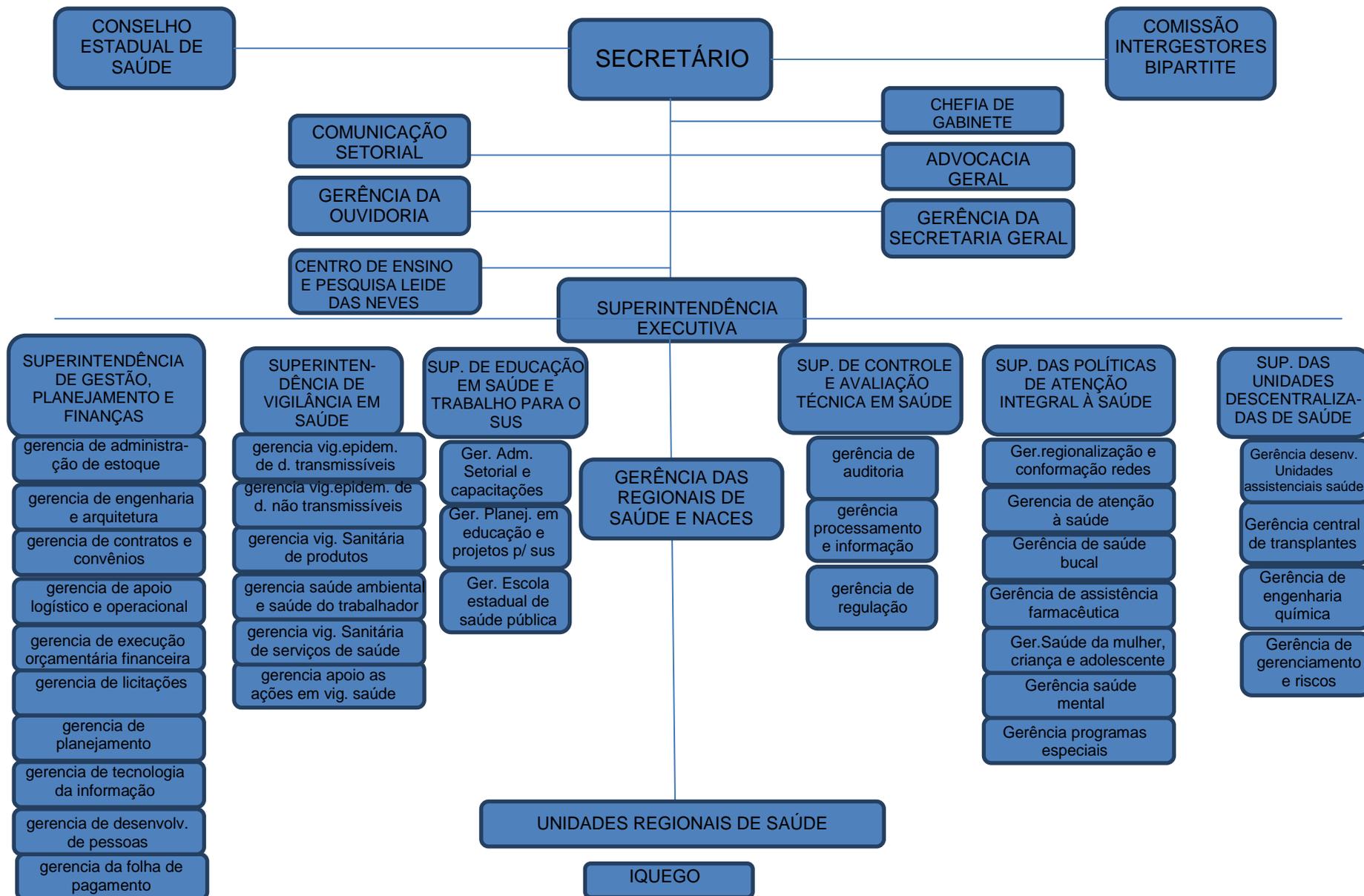


Figura 1 - Organograma da Secretaria Estadual de Saúde – GOIÁS
 Fonte: (GOIÁS, s.d.).

Até fevereiro de 2012, o estado integrava 16 Regionais de Saúde (GOIÁS, 2011b). Para atender a necessidade de distribuir e ordenar os espaços territoriais da unidade federada, expressando o desenho final das Regiões de Saúde, o estado de Goiás incorpora mudanças ocorridas nos fluxos assistenciais, assim como atualiza as conformações de abrangência das Regiões e Macrorregiões. A Comissão Intergestores Bipartite (CIB), vinculada à SES para efeitos administrativos operacionais, é instância colegiada de articulação, negociação e pactuação entre gestores de saúde dos entes federativos, para a operacionalização das políticas públicas de saúde no âmbito do SUS (GOIÁS, 2012a).

Baseando-se nas diretrizes do Pacto Pela Saúde (Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006) e no Decreto nº 7.508 (anexo III) de 28 de junho de 2011, a CIB resolve aprovar por pactuação em sua reunião ordinária, do dia 28 de fevereiro de 2012, o desenho final do Plano Diretor de Regionalização (PDR) do Estado de Goiás. Neste, fica estabelecido o desenho da regionalização do Estado de Goiás, com a seguinte apresentação: 05 Macrorregiões, 17 Regiões de Saúde, 246 Municípios e 17 Sedes Administrativas Regional (figuras 2 e 3). A RS Sudoeste I passou a ser composta pelos 18 municípios geograficamente compreendidos na região sudoeste (figura 4).

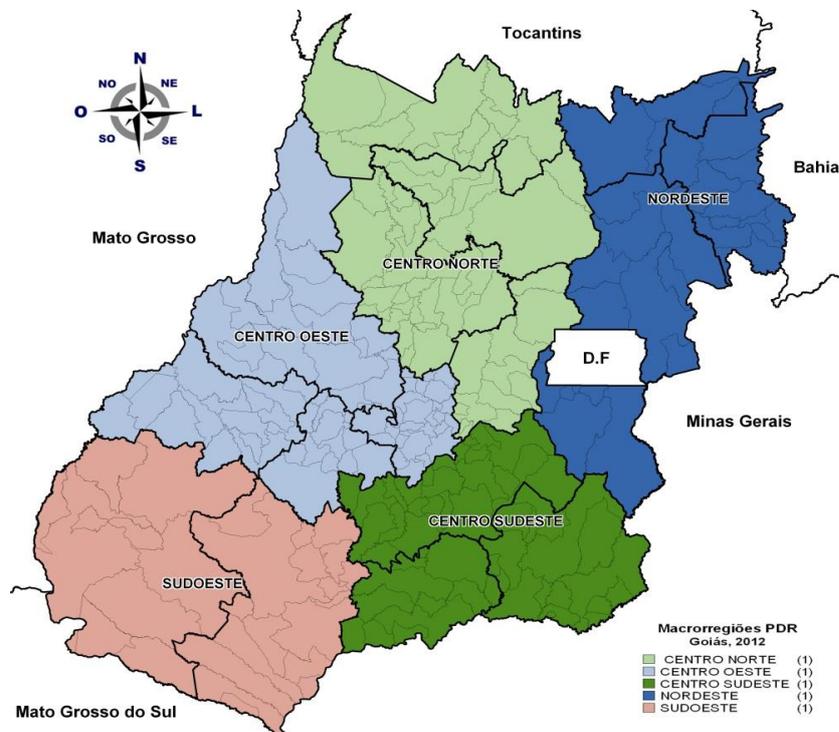


Figura 2 - Divisão do estado de Goiás por Macrorregiões segundo Plano Diretor Regionalizado (PDR) 2012.

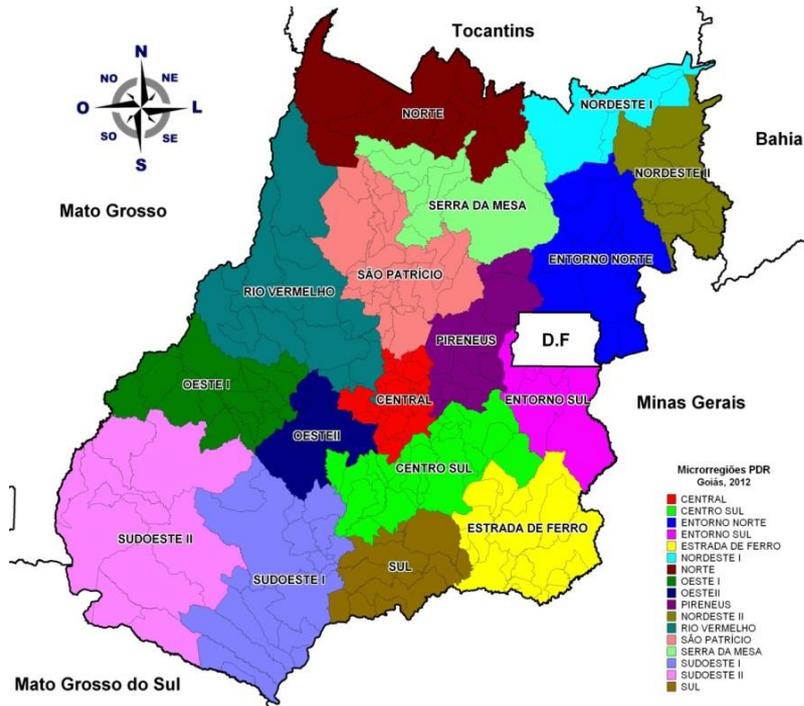


Figura 3 - Divisão do estado de Goiás por Microrregiões segundo Plano Diretor Regionalizado (PDR) 2012.

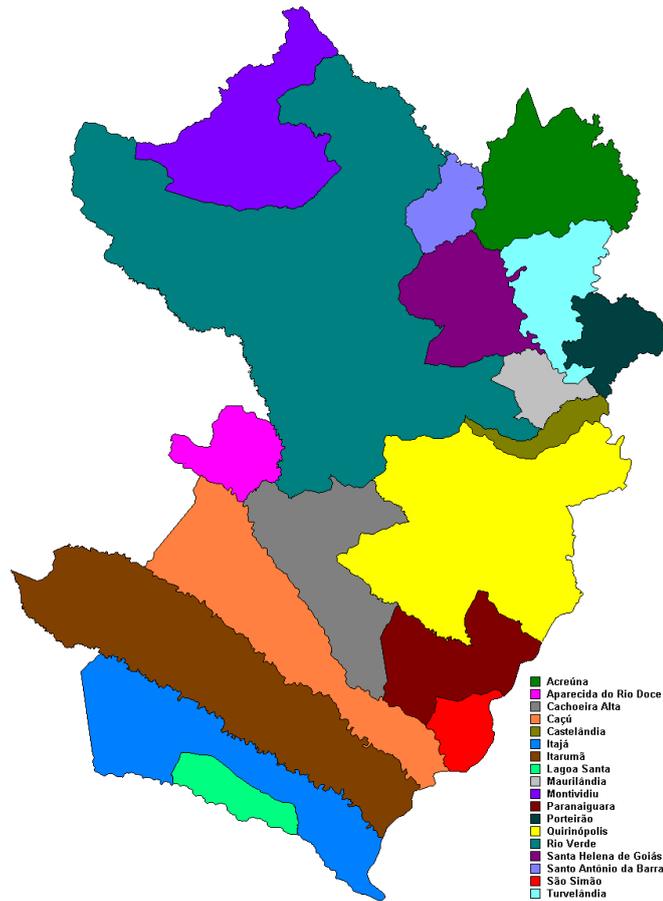


Figura 4 - Divisão da Macrorregião Sudoeste I por municípios segundo Plano Diretor Regionalizado (PDR) 2012.

3.3.1 Estrutura organizativa das regionais de saúde

A Política adotada pela SES/GO, preconizada no PDR, define as RS, como unidades administrativas desconcentradas, que tem como pressuposto, imprimir eficiência e efetividade a descentralização do sistema de serviços de saúde, promovendo a articulação e a otimização da oferta e do acesso às ações e serviços de saúde de forma resolutiva e equânime (GOIÁS, 2011b).

As RS estão distribuídas no estado de Goiás em 17 Regiões com sede em municípios pólos conforme tabela que segue (quadro 3):

Quadro 3 - Regionais de Saúde do estado de Goiás com número de municípios jurisdicionados.

Região/População	Município Polo	Nº de municípios que compõem a Região
Central - 1.642.963	Goiânia	26
Rio Vermelho - 191.636	Goiás	17
Oeste I - 113.883	Iporá	16
Oeste II - 106.241	São Luís de Montes Belos	13
Norte - 136.922	Porangatu	13
Serra da Mesa - 119.410	Uruaçu	9
Pireneus - 482.574	Anápolis	12
São Ppatricio - 285.085	Ceres	26
Entorno Nnorte - 228.055	Formosa	8
Entorno Sul - 727.628	Luziânia	7
Nordeste - 43.514	Campos Belos	5
Nordeste II-93.748	Posse	11
Sudoeste I -379.472	Rio Verde	18
Sudoeste II - 197.647	Jataí	10
Centro Sul - 765.578	Aparecida de Goiânia	25
Estrada de Ferro - 260.267	Catalão	18
Sul - 229.422	Itumbiara	12
17 microrregiões	17 municípios polos	246

Fonte: (SPAIS, 2012).

A estrutura organizacional das RS conforme Portaria nº 241/2011-GAB/SES de 06.05.11(anexo II), está composta por uma gerência e seis supervisões regionais, sendo: (GOIÁS, 2011b).

- Supervisão Regional de Planejamento e Gestão;
- Supervisão Regional de Controle, Avaliação e Regulação;
- Supervisão Regional de Vigilância em Saúde;
- Supervisão Regional de Atenção à Saúde;
- Supervisão Regional de Apoio Administrativo e;

- Supervisão Regional de Sistemas de Informação em Saúde;

É composta em *staff* por:

- Comissão Intergestora Regional (CIR);
- Comissão Intergestora Bipartite (CIB).

O território sanitário da RS Sudoeste I, compreende 18 municípios (quadro 4), com extensão de 31.477 Km², população rural e urbana de 379.472 pessoas, e sede instalada no município de Rio Verde – GO (SPAIS, 2012). O quadro 4 apresenta a distribuição dessa população por município, assim como sua extensão.

Quadro 4 - Municípios da região sudoeste I, com população (nº de habitantes) e área (Km²).

Municípios	População	Área (km²)
Acreúna	20.283	1.566
Aparecida do Rio Doce	2.433	602
Cachoeira Alta	10.539	1.654
Caçú	13.279	2.251
Castelândia	3.638	297
Itajá	5.066	2.091
Itarumã	6.298	3.434
Lagoa Santa	1.259	459
Maurilândia	11.516	394
Montividiu	10.576	1.875
Paranaiguara	9.119	1.154
Porteirão	3.347	604
Quirinópolis	43.243	3.780
Rio Verde	176.502	8.388
Santa Helena de Goiás	36.459	1.128
Santo Antônio da Barra	4.430	452
São Simão	17.086	414
Turvelândia	4.399	934
Total Regional	379.472	31.477

Fonte: (SPAIS, 2012).

A RS Sudoeste I foi criada em meados de 1975, funcionando até 1990 nas instalações do Instituto Nacional de Assistência e Previdência Social (INAMPS). Era denominada 15^a RS de Rio Verde (SUDOESTE I, 2011).

Naquele período, a assistência à saúde era responsabilidade do INAMPS, o qual contava com um Pronto Atendimento Médico (PAM). A saúde era direito daqueles que contribuíam com o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), e a assistência hospitalar funcionava com unidades conveniadas (SUDOESTE I, 2011).

No cenário nacional, iniciam sob a responsabilidade dos estados novos, os serviços de atenção à saúde. Em Goiás, a Organização de Saúde do Estado de

Goiás (OSEGO), é instituída com vistas a assumir esta responsabilidade (SUDOESTE I, 2011).

Em 1973, o casal rio-verdense, César da Cunha Bastos e Augusta Bastos, personalidades importantes no cenário político de Rio Verde e em Goiás, fazem a doação para o estado, de uma quadra no centro da cidade. O estado assumiu compromisso em transformá-lo no futuro, no “quarteirão da saúde”, onde foi construído o prédio que sediará a OSEGO de Rio Verde, inaugurado em novembro de 1974 (SUDOESTE I, 2011).

No ano de 1989, ao lado do prédio da OSEGO, o então governador Dr. Henrique Santillo e Secretário de Estado da Saúde Dr. Antônio Faleiros Filho, contemplam o município de Rio Verde com a construção do Centro de Atenção Integral à Saúde (CAIS), e em 1990 o Hemocentro de Rio Verde completando o “quarteirão da saúde”. Novas propostas surgem para a melhoria na oferta de serviços de saúde à população (SUDOESTE I, 2011).

A Lei nº 8.080, de 19/09/1990, fundamentada no relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde, o qual continha as propostas para a saúde no Brasil, aprovadas pelos diversos atores sociais que participaram do movimento, apresenta um modelo de saúde democrático e universal para o país, o SUS (BRASIL, 2005a).

Em 1990, o governo estadual, em cumprimento aos princípios e diretrizes do SUS, dá início em Rio Verde, aos primeiros passos para a sua implantação. Desfaz-se a OSEGO, e inicia o Sistema Unificado e Descentralizado da Saúde (SUDS) (SUDOESTE I, 2011).

Neste período, Rio Verde dá os primeiros passos para cumprir a Lei Complementar ora aprovada. O antigo prédio onde funcionava a OSEGO, é dividido em duas alas, abrigando em uma parte a Secretaria Municipal da Saúde e na outra, a 15ª Regional de Saúde (SUDOESTE I, 2011).

Muitas transformações ocorreram em relação à saúde no cenário nacional, estados e municípios. Cumprindo com os princípios e diretrizes que orientam o SUS, no ano de 2002, o estado de Goiás promove a reestruturação das Administrações Regionais de Saúde (ARS), e a 15ª Regional de Rio Verde passa a ser denominada Administração Regional de Saúde Sudoeste I, mantendo-a na mesma sede (SUDOESTE I, 2011).

Com o Pacto pela Saúde em 2006, as ARS mais uma vez sofrem mudanças políticas e estruturais. São sugeridas adaptações, que virão contribuir para que

gestores de saúde organizem, uma rede regionalizada de ações e serviços, capaz de prestar atendimento à toda população da região (SUDOESTE I, 2011).

Em Rio Verde, como em todos os municípios, as transformações vêm ocorrendo, porém, o prédio que está instalada a RS Sudoeste I, não está devidamente estruturado para abrigar e atender as necessidades requeridas por estas mudanças. É sabido que, em nenhum momento desde sua inauguração, em 1974, o prédio passou por qualquer reforma física e/ou estrutural, para atender as necessidades do serviço, conforme demandas do SUS (SUDOESTE I, 2011).

3.3.2 Sistemas de incentivos e instrumentos de avaliação de desempenho de recursos humanos em saúde

Por definição, sistema de incentivos pode ser entendido como:

[...] um componente da estratégia de gestão que, aplicado a partir de uma remuneração básica, visa estimular a equipe de trabalho, otimizando os componentes do processo produtivo nos serviços de saúde e possibilitando o alcance dos objetivos organizacionais de acordo com os preceitos da qualidade (FEKETE; ALMEIDA, 1999, p.10).

Santos (2010) também considera o Sistema de Incentivos como um instrumento dos Sistemas de Controle de Gestão. Tem como função principal motivar os colaboradores a melhorarem o seu desempenho e a alcançarem os objetivos da organização.

Está inserido como parte do sistema de incentivos, o aspecto financeiro, não sendo portanto, único motivador nas práticas de gestão de RH. É válido reforçar a importância do trabalhador, inserido no P.T em saúde, como um ser que, para se manter motivado, apresenta necessidades tanto individuais como relacionadas aos elementos constituintes do P.T (FEKETE; ALMEIDA, 1999).

Analisando a evolução das relações de trabalho, após o período das Relações Industriais, dá-se início ao período compreendido entre as décadas de 1950 e 1990. A velocidade da mudança econômica aumentou progressivamente neste período, acentuando a competição entre as pessoas. A teoria das relações humanas foi substituída pela teoria comportamental. O enfoque comportamental é outra maneira de observar as pessoas nas organizações. Este considera os indivíduos em sua totalidade,

e como parte mais importante das organizações e de seu desempenho (MAXIMIANO, 2004).

Entre o final do século XX e início do século XXI, surge uma nova maneira de administrar as pessoas, a qual recebeu o nome de Administração de RH. Os departamentos de RH visualizavam as pessoas como recursos vivos e inteligentes e não mais como fatores inertes de produção (MONTEIRO, 2009).

O período que começou no início da década de 1990 até os dias atuais foi considerado como a era da informação. Suas características principais são as mudanças rápidas, imprevisíveis, turbulentas e inesperadas. A competitividade tornou-se intensa e complexa entre as organizações. O capital financeiro deixou de ser o recurso mais importante, cedendo lugar ao conhecimento (MONTEIRO, 2009).

A era da informação entende que as pessoas, antes consideradas agentes passivas, passam a construir e a se tornar agentes ativos e inteligentes que ajudam a administrar os demais recursos organizacionais. São parceiras das instituições, compartilham relações de cumplicidade e amizade. Esta relação resulta em maior envolvimento com os objetivos organizativos, satisfação e excelência nos fins estabelecidos. Quando na área da saúde, representam sistemas psicossociais, já que produzem serviços bem mais evoluídos que bens comerciais (MONTEIRO, 2009).

Vários autores consideram, mesmo com a flexibilização das relações de trabalho e a existência de incentivos de ordem psicoemocionais, a utilização de mecanismos financeiros como maior valorizador dos trabalhadores. Entre eles, Fekete e Almeida (1999) afirmam que aspectos não monetários muitas vezes representam satisfação imprecisa e passageira; Chiavenato (1997) explica que a remuneração financeira representa decisão real da empresa, na valorização de seus trabalhadores. É um fator motivador preciso.

Outeiro (2009) complementa, afirmando que, no que diz respeito ao contexto organizacional o que torna uma empresa motivada são seus programas de melhorias e incentivo, treinamentos e fomento de ambiente propício ao desenvolvimento de talento de seus colaboradores.

Em opinião contrária, é possível identificar em Kohn (1991), uma síntese sobre os principais pontos negativos em relação aos incentivos financeiros. Segundo o autor:

- os incentivos têm um efeito temporário, promovendo mudanças comportamentais apenas quando presentes;
- pagar não implica em obter melhores resultados;
- o prêmio prejudica o relacionamento no trabalho pois estimula a competição entre os empregados;
- os incentivos limitam o aparecimento de soluções criativas pois direcionam as ações ao mero cumprimento de metas;
- o prêmio pode ter caráter punitivo por ser desmoralizante para aqueles que não alcançam os resultados esperados;
- a implantação de incentivo requer a instituição de mecanismos de controle que acabam por limitar a motivação.

O ambiente favorável às relações harmônicas de trabalho configura-se também como incentivo para trabalhadores. Entendido segundo Souza (1978) como clima organizacional, trata-se de um fenômeno resultante da interação dos elementos da cultura como preceitos, caráter e tecnologia. O clima organizacional reflete como as pessoas interagem umas com as outras, bem como o grau de satisfação com o contexto que as cerca. Dessa forma ele influencia direta e indiretamente a motivação, a produtividade do trabalho e a satisfação das pessoas envolvidas com a organização. Deve ser favorável e proporcionar motivação e interesse nos colaboradores, além de uma boa relação entre os funcionários e a empresa (LUZ, 1995; CHIAVENATO, 2004).

Outro aspecto que merece atenção é a necessidade de envolver as pessoas no processo de planejamento. A participação dos agentes envolvidos permite que cada um crie seu próprio objetivo e negocie a viabilidade do mesmo com seu líder; como forma de incentivo é necessário que existam programas periódicos de *feedback* (COSTA, 2008; BERGAMINI, 1997).

Dois aspectos são importantes na discussão sobre sistema de incentivos: primeiro, os objetivos não podem ser demasiado difíceis de alcançar; segundo, a atribuição do incentivo não pode ter lugar apenas quando o objetivo é atingido na sua totalidade. Em ambos os casos, o impacto pode ser prejudicial para a empresa. Por um lado, quando os colaboradores perceberem que não vão conseguir alcançar os objetivos e o respectivo incentivo, vão piorar o seu desempenho e, conseqüentemente, o desempenho da organização. Por outro lado, pode-se gerar

um conflito de interesses, com os colaboradores a tentarem negociar objetivos pouco ambiciosos ou até mesmo demasiado fáceis (SANTOS, 2010).

O reconhecimento é extremamente relevante para manter os profissionais motivados. É importante que os gestores reforcem positivamente os bons resultados (COSTA, 2004).

Como parte integrante da utilização de sistema de incentivos, atualmente, diversos gestores em saúde têm enfatizado o papel da avaliação de desempenho nas ações e programas de saúde. Esta tem por objetivo primordial, garantir a qualidade da atenção e subsidiar decisões que atendam às reais necessidades da população, alcançando resultados na produção de serviços e impacto na saúde (SZWARCWALD; MENDONÇA; ANDRADE, 2006).

Quando se utiliza incentivos financeiros como gratificação por avaliação de desempenho, uma expectativa é criada: a que toda a cadeia do P.T seja cumprida, e que o resultado possa gerar um novo processo ou produto em saúde (CECÍLIO et al., 2002).

O processo gerencial de serviços de saúde só poderá intervir de forma positiva, quando os trabalhadores de saúde experimentarem um protagonismo ativo na condução da política de avaliação de desempenho (CECÍLIO et al., 2002).

É válido afirmar que, a compatibilidade entre sistema de incentivos e avaliação de desempenho, para atender tanto a missão da instituição, quanto aos interesses dos trabalhadores, deve ser pensada a partir de um planejamento (figura 5). De forma esquemática é possível identificar a necessidade de encadeamento das atividades:

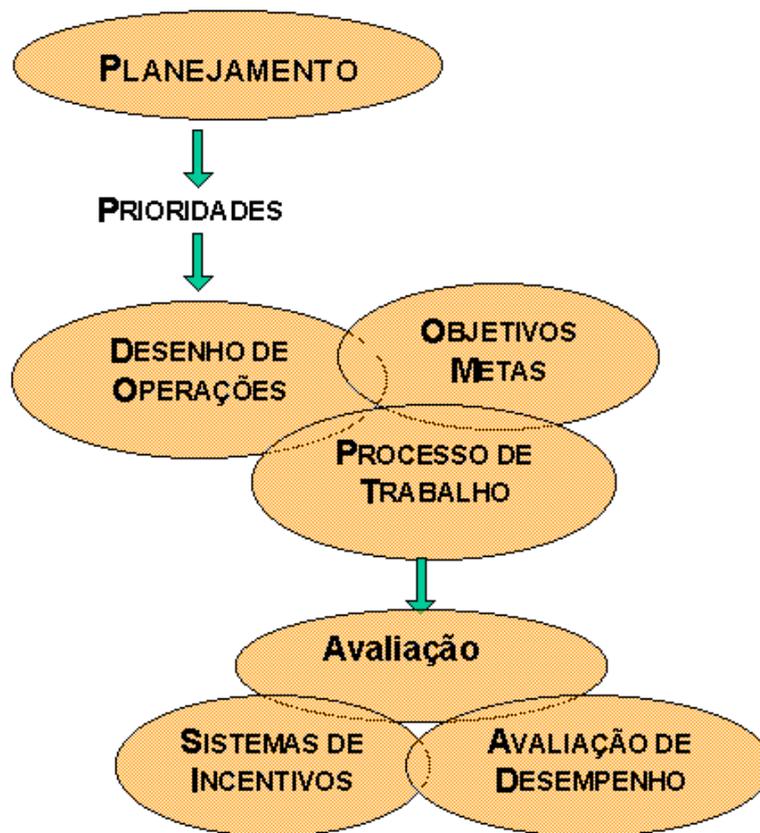


Figura 5 - Aspectos Relacionados à Gestão do Trabalho no Setor Saúde.
 Fonte: Sistemas de Incentivo ao Trabalho em Saúde (FEKETE; ALMEIDA, 1999).

A observação do esquema permite constatar que a avaliação de desempenho é parte integrante do processo de implantação de incentivos. Fekete e Almeida (1999) fazem críticas ao processo de planejamento em que, a elaboração de planos são desarticulados dos reais problemas e prioridades organizacionais. Neste caso, o planejamento de fato não acontece, sendo mera formalidade. Torna-se ineficaz a adoção de sistema de incentivos para motivar trabalhadores e melhorar serviços.

A avaliação de desempenho, dependendo de como for avaliada, pode provocar um efeito negativo no P.T. Profissionais de saúde poderão simplesmente blefar com as medidas e metas estabelecidas, ou ainda apostar em falhas no sistema de monitoramento/avaliação, de modo a continuarem recebendo os incentivos financeiros, em vez de se concentrarem na qualidade do atendimento ofertado aos usuários (LEITE; SOUZA e NASCIMENTO, 2010). Para isso, os indicadores propostos na avaliação por desempenho não devem somente envolver aspectos quantitativos, mas pressupõem um determinado nível pactuado de qualidade no atendimento prestado (SANTOS, 2010).

A SES/GO tem adotado políticas de incentivos financeiros a seus servidores no intuito de valorizar o trabalho em saúde, assim como promover motivação para este. A Lei nº 14.600 de 01 de dezembro de 2003, institui o Prêmio de Incentivo aos servidores em efetivo exercício na Secretaria da Saúde, com o objetivo de incrementar a produtividade e aprimorar a qualidade dos serviços prestados (GOIÁS, 2003).

O valor total do Prêmio ora instituído, a ser pago mensalmente, corresponderá ao somatório da produção das unidades da rede própria de saúde do Estado, considerada aquela apresentada e aprovada no Sistema DATASUS, do MS, e devido à SES (GOIÁS, 2003).

A Lei nº 16.939, de 12 de março de 2010 altera a Lei nº 14.600, que institui o prêmio incentivos aos servidores das Unidades Administrativas Básicas e Complementares da SES/GO, passando então a ser incorporado esse incentivo à todos os servidores lotados nas RS (GOIÁS, 2010a).

Somente em maio de 2011, é publicada a Portaria nº 294/2011 – GAB/SES-GO que estabelece regras para o cálculo e pagamento do Prêmio Incentivo aos servidores em efetivo exercício na SES/GO, assim como aprova os anexos que descrevem os aspectos contidos na avaliação de desempenho. São eles (GOIÁS, 2011a):

1. Aspectos Administrativos
 - a. Assiduidade
 - b. Pontualidade
2. Aspectos Profissionais
 - a. Disciplina
 - b. Responsabilidade
 - c. Criatividade
 - d. Iniciativa
 - e. Cooperação
 - f. Atendimento ao Público e
 - g. Conhecimento do Trabalho

Paralelo a isso, em março de 2011 o governo de Goiás estabelece normas e torna pública a seleção de Gerentes por Capacitação e Mérito, para o preenchimento das vagas de gerência para a administração direta, autárquica e fundacional do Poder Executivo. Este processo tem por objetivo, selecionar candidatos aos cargos gerenciais, que integrarão a equipe de Governo da

Administração Estadual, na condição de colaboradores da gestão estratégica, bem como das atividades relativas à consolidação de uma nova cultura organizacional para a administração pública, por meio da celebração de Acordos de Gestão entre o Governo e seus organismos componentes. A Meritocracia está regulamentada em conformidade com a alínea h, inciso I, do art. 7º, da Lei nº 17.257, de 25 de janeiro de 2011 e nesse cenário se insere o cargo de gerência para as RS (GOIÁS, 2012b).

4 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, de abordagem quantitativa. Foi realizado na sede da RS Sudoeste I situada no município de Rio Verde – Goiás.

4.1 Amostra, critérios de inclusão e exclusão

De uma população de 61 servidores, atualmente lotados no prédio que constitui a RS Sudoeste I, buscou-se incluir como amostra, todos os servidores ativos, que estavam em exercício efetivo há mais de 3 anos da data de início da coleta de dados, os quais totalizaram 40 sujeitos. Estes, receberam informação sobre os objetivos da pesquisa e assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido(T.C.L.E) (apêndice I).

Foram excluídos 21 servidores, 14 por estarem atuando na RS Sudoeste I há menos de 3 anos, e 7 por estarem afastados de suas funções de trabalho por motivos de férias e licenças diversas.

4.2 Instrumento e coleta de dados

Inicialmente, o Projeto foi apresentado ao Secretário Estadual de Saúde de Goiás para apreciação, conforme normatização daquela secretaria. Posteriormente, foi enviado ao Comitê de Ética do Hospital de Urgências de Goiás (HUGO) para aprovação conforme determina a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Terminada essa etapa, foram identificados os sujeitos da pesquisa, os quais após convite pela pesquisadora, deram seu aceite. O projeto foi aprovado sob o parecer 79283 (anexo I).

Os dados foram coletados pela pesquisadora em 2 etapas. A 1ª etapa teve início em agosto e terminou em outubro de 2011. Nesse período foi realizado diagnóstico situacional pela pesquisadora recém empossada ao cargo de gerente da instituição, acerca dos elementos que constituem o P.T instituído na RS Sudoeste I. Também foram identificadas as ações encontradas para cada um deles conforme a missão da instituição. Os dados foram obtidos por observação empírica da pesquisadora, relatos de servidores e busca de informações em banco de dados epidemiológicos dos sistemas de informação: SINAN (sistema nacional de agravos

de notificação), SIM (sistema de informação de mortalidade), SINASC (sistema de informação sobre nascidos vivos), SIAB (sistema de informação da atenção básica), SIH (sistema de informação hospitalar), SIA (sistema de informação ambulatorial), SISPRENATAL (sistema de acompanhamento da gestante), SISMAMA (sistema de informação sobre câncer de mama), SISCOLO (sistema de informação sobre câncer do colo do útero) e SCNES (sistema de cadastro nacional de estabelecimentos de saúde), todos instalados nas máquinas da RS Sudoeste I. Outra fonte de informação para este diagnóstico, foi o planejamento anual de saúde da instituição referente à vigência 2010/2011. Este documento continha essencialmente, as ações planejadas para o ano (mar/2010 à mar/2011), assim como os trabalhadores envolvidos para alcançar tais metas.

A 2ª etapa aconteceu de 22 de agosto à 06 de setembro de 2012. Foi aplicado um questionário sem identificação do sujeito (apêndice II), contendo perguntas objetivas e subjetivas, associadas às atividades diárias e funções desempenhadas pelo sujeito da pesquisa, assim como sua percepção sobre os relacionamentos interpessoais harmônicos / conflituosos e possíveis fatores desmotivadores existentes no ambiente de trabalho. O instrumento foi entregue pela pesquisadora após explicação sobre o preenchimento. A devolutiva do questionário acontecia no dia subsequente à entrega, e era deixado na ante sala da administração, em um escaninho de documentos que ficam para despacho.

O questionário foi composto por 3 blocos de perguntas: o primeiro versa sobre as atividades diárias do sujeito, sua participação na tomada de decisões e capacitações realizadas. O segundo bloco de perguntas investiga a percepção sobre relações interpessoais. Os tipos de relações harmônicas e conflituosas, foram elegidas por adaptação de instrumento sobre relações interpessoais utilizado pelo serviço social do Centro de Atenção Integral à Saúde (CAIS), no trabalho com famílias atendidas pelo serviço social daquela instituição. Este instrumento foi elaborado segundo Diretrizes da Política que direciona as ações do serviço social no país, a Lei 8.742, de 07 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da assistência social.

O terceiro bloco de perguntas, relacionam-se ao questionamento sobre motivação do sujeito para seu trabalho. A questão foi subjetiva, na qual o sujeito se auto avaliando, atribuía uma nota de zero a dez para seu grau de motivação. Quanto mais próximo de zero (< ou = 5) menor era a motivação, assim como quanto mais

próximo de dez (> 5), maior seria a motivação. Em seguida, elegia como opção, um ou mais fatores relacionados à desmotivação para o trabalho. Houve a possibilidade do sujeito acrescentar outros fatores relacionados à desmotivação, que não existiam na questão. As respostas foram categorizadas e agrupadas.

4.2 Análise de dados

Os dados foram analisados a partir do diagnóstico situacional sobre P.T instituído na RS Sudoeste I e respostas dos questionários. As possíveis intervenções relacionadas ao P.T seriam desenvolvidas, por conseguinte, levando em consideração os dados coletados pelo questionário, os quais abordaram necessidades de melhoramento nos elementos que constituem o P.T: Objeto, Meios de Produção e Agentes segundo classificação de Faria et al. (2009). Foi dado ênfase na participação do agente para qualificar ações e serviços de saúde. Acredita-se que, o elemento agente do P.T, quando fortalecido e motivado para o trabalho, subsidia melhor apreensão do objeto de trabalho, assim como dos meios de produção para tal. Os dados coletados são para fins acadêmicos e publicação.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 Processo de trabalho da regional de saúde (RS) Sudoeste I

A tabela 1 descreve os elementos que constituem o P.T identificados na RS Sudoeste I por diagnóstico situacional, assim como as ações atualmente encontradas na definição de cada elemento segundo classificação de Faria et al. (2009).

Os elementos que constituem o P.T na RS Sudoeste I foram identificados a partir da missão que direciona as ações de trabalho dessa instituição. Compete à ela coordenar e avaliar a execução da Política de Saúde na Região de acordo com as Políticas do Ministério da Saúde; promover sua implementação e permanente avaliação de modo a garantir a organização da Rede de Atenção à Saúde e contribuir para o desenvolvimento de ações e serviços em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS (SUDOESTE I, 2011).

Tabela 1 - Identificação dos elementos que constituem o processo de trabalho instituído na Regional de Saúde Sudoeste I, Rio Verde- GO, 2011/2012.

Elementos do processo de trabalho (P.T)*	Elementos do P.T identificados na RS Sudoeste I	Ação/situação encontrada para cada elemento do P.T
Objeto de Trabalho	Necessidade de Diagnóstico de saúde por identificação de indicadores epidemiológicos dos municípios:	Identifica apenas os indicadores epidemiológicos mais agravantes, não há sala de situação, com exposição destes indicadores.
	Necessidade de Monitoramento e Avaliação tanto de indicadores epidemiológicos de saúde, quanto de projetos de financiamento dos municípios:	Não há rotina de monitoramento e avaliação de indicadores epidemiológicos, assim como dos critérios exigidos por portarias para financiamento de projetos dos municípios por parte da RS.
	Necessidade de Integração entre sujeitos responsáveis pelo processamento de informações entre Regional e Municípios:	Há bom relacionamento e a comunicação acontece de várias maneiras.
Meios de Produção	Equipamentos, móveis e máquinas:	Equipamentos e móveis antigos, estrutura física precária.
	Assessoria técnica aos municípios:	Responde parcialmente às demandas dos municípios, algumas vezes intermediando servidores da área técnica central em Goiânia.
Agentes	Habilidades gestoras frente aos problemas de saúde dos municípios:	Ações pactuadas em fórum de colegiado, no qual participam apenas gestores dos municípios e o gerente da Regional de Saúde.
	Participação dos servidores no planejamento anual de ações:	Há participação apenas do gerente e alguns supervisores.
	Perfil de recursos humanos para atribuições de cargos:	Não há seleção de servidores por perfil; a indicação é feita pelo gerente ou por ação política.

*elementos constituintes do processo de trabalho.

Fonte: (FARIA et al., 2009).

De acordo com a observação da pesquisadora, foram identificados como objeto do P.T da RS Sudoeste I, três necessidades dos municípios jurisdicionados à RS Sudoeste I: necessidade de diagnóstico de saúde dos municípios; necessidade de avaliação e monitoramento dos indicadores epidemiológicos de saúde e dos projetos para financiamentos estaduais/federais elaborados pelos municípios; e necessidade de integração entre os sujeitos responsáveis por estas informações/comunicações da RS Sudoeste I com os municípios jurisdicionados. A RS Sudoeste I monitora indicadores epidemiológicos de agravos que estão em situação preocupante na região. A rotina de monitorar e avaliar outros indicadores epidemiológicos de saúde, os quais não estão em evidência, inexistem. No momento em que a pesquisadora buscou investigar dados inseridos nos sistemas de informação (SINAN, SIM, SINASC, SIAB, SIH, SIA, SISMAMA, SISCOLO, SISPRENATAL e SCNES), foi percebido que, muitos servidores não apresentavam habilidade em operacionalizar o sistema TABWIN para emitir relatórios, cruzar informações, assim como monitorar/avaliar dados e devolver diagnósticos para municípios. Muitos limitavam-se apenas a repassar tais informações para uma área técnica central, situada em Goiânia (tabela 1). Alguns financiamentos estaduais/ federais, que atendem projetos elaborados por municípios, exigem critérios definidos em portarias e, quando não atendidos repercutem em corte de recursos financeiros e prejuízos para municípios. Avaliar projetos e monitorar o atendimento a esses critérios, segundo entendimento da gerência, deve ser objeto de trabalho da RS enquanto missão institucional, evitando a perda de incentivos financeiros por parte dos municípios jurisdicionados.

As informações em saúde são registradas em documentos, e o envio/recebimento desses entre os sujeitos produtores e consumidores dos serviços de saúde, acontece por várias maneiras. Pela observação da pesquisadora, são utilizados ofícios, e-mails, fax e telefone para atender essa necessidade (tabela 1).

Foram identificados como meios de produção, a estrutura física, o trabalho de assessoria técnica da RS Sudoeste I aos municípios, assim como, habilidades de gerenciamento dos problemas de saúde junto aos 18 municípios. A RS Sudoeste I está sediada em um prédio construído em 1974. Desde então, não passou por nenhuma reforma, e mantém condições precárias de instalações elétricas e mobília, que interferem no atendimento de qualidade ao público, e ao desempenho dos servidores. A assessoria técnica aos municípios atende em algumas situações, as necessidades demandadas pelos municípios. Há suporte de uma área técnica da

Secretaria Estadual de Saúde (SES), situada na cidade de Goiânia, que também participa desse atendimento. Os problemas de saúde que demandam participação dos gestores são compartilhados em fórum deste com a presença apenas do gerente da RS Sudoeste I (tabela 1). Analisando o elemento agente, observou-se que, apenas o gerente e alguns supervisores participam do fórum colegiado de pactuação de ações em saúde. O Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011 (anexo III), em seu capítulo V, institui no âmbito regional a Comissão Intergestores Regional (CIR) a qual, em seu Regimento Interno assegura a participação do gerente e supervisores regionais de saúde, como parte integrante da plenária. Este fato repercutiu em maior participação dos servidores da RS Sudoeste I, no fórum de colegiado entre estado e municípios.

Na identificação do agente, foi considerado o perfil e a participação dele, no caso, o servidor da RS Sudoeste I, para atuação no planejamento anual e cumprimento de funções/atribuições. A RS Sudoeste I elabora um planejamento anual de ações, com a participação do gerente e alguns servidores, os quais assumem funções de supervisores regionais. Muitos não participam desta programação, apenas da execução das ações por aqueles documentadas. Por relatos de servidores e pelo documento analisado, o planejamento anual da instituição, foi possível constatar este fato. Poucos são os convidados pela gerência a participarem desta ação. Não há um critério de lotação dos servidores estaduais para a RS Sudoeste I. Há indicação do gerente ou ente político (tabela 1).

Percebeu-se a necessidade de um processo formal e documental tanto de organização do trabalho, quanto de inclusão dos profissionais na instituição. O servidor, por ocasião de sua inclusão no ambiente de trabalho, ou mesmo quando é transferido de um local para outro, na própria RS, não segue um cronograma de inclusão, que lhe proporcione conhecer aspectos institucionais essenciais para o desenvolvimento de suas ações, ocasionando, muitas vezes, sérias dificuldades a sua ambientação, ou até mesmo a sua exclusão desse processo, não somente na forma de desistência do cargo, mas também na forma de não comprometimento com o processo de trabalho. Faria et al. (2009) reforçam a importância de atender essa necessidade, afirmando que a reflexão contínua de cada profissional e da equipe sobre o seu processo de trabalho, é uma tendência da gestão contemporânea e, ao mesmo tempo, um possível instrumento de transformação das relações e práticas profissionais.

Na perspectiva de integrar objetivos organizacionais no P.T participativo, tornou-se necessário vincular o perfil de recurso humano disponível aos cargos de supervisão da RS Sudoeste I. Assim, torna-se possível efetivar o desempenho das atribuições, antes burocratizada, rotineira, repetitiva e desarticulada das atividades finalísticas, em um potente fator motivacional na condução das tarefas cotidianas e nas tomadas de decisões que permeiam o planejamento organizacional. Volpato e Cimbalista (2002) em estudo sobre motivação como fator de inovação nas organizações perceberam que solucionar problemas de desmotivação no local de trabalho, se sobrepõe à adaptação às mudanças ambientais e organizacionais. A resolução de problemas desta ordem pressupõe uma administração dos recursos humanos de forma estratégica.

As intervenções a serem implementadas no P.T, com fim de qualificar o objeto de trabalho da RS Sudoeste I, perpassa por decisões gerenciais, nas quais, apenas o gerente assume autonomia para adotá-las. Passos e Ciosak (2006) em relato de experiência com enfermeiros acerca da percepção do processo de trabalho destes em Unidades Básicas de Saúde, considera que a gerência, como instrumento do processo de trabalho na organização de serviços de saúde, implica na tomada de decisões que afetam a estrutura, o processo de produção e o produto de um sistema, visando ações que possibilitem intervenções impactantes no processo de trabalho em saúde. Os resultados deste estudo são, portanto, de grande impacto, já que a pesquisadora assume cargo de gerente da instituição.

5.2 Atividades diárias, participação e motivação dos servidores – RS Sudoeste I

Todos os sujeitos da pesquisa são servidores estaduais da Secretaria Estadual de Saúde, efetivos, com vínculo estatutário, variando de idade, cargos, profissões, tempo de serviço e gênero. Deste universo, 32 são do sexo feminino; as idades variaram de 37 à 58 anos; 12 trabalham há 20 anos na instituição, 13 estão há 4 anos e o restante entre este período; 09 possuem cargo de nível superior, 26 são de nível médio e 04 possuem nível elementar de ensino. Dos servidores com vínculo por nível médio de ensino, 06 graduaram-se e 02 destes, respondem por função comissionada de supervisor regional.

A tabela 2 revela que, uma parte dos servidores (40,0%) não conhece a estrutura organizacional a qual estão situados; outra parte considerável (80,0%)

reconhecem que não participam do planejamento anual da instituição, apesar de conhecerem as finalidades específicas de suas ações (80,0%). 47,0 % dos investigados referem não ter autonomia na tomada de decisões, frente aos problemas identificados em suas atividades de trabalho. Boa parte (67,0%) reconhecem que, participam de cursos e atualizações e 67,0% sentem-se aptos a multiplicar esses conhecimentos.

Tabela 2 - Estrutura, Planejamento e Atividades da Regional de Saúde Sudoeste I, Rio Verde- GO, 2011/2012.

Variáveis	Sim	Não	p*
Conhece estrutura organizacional	24,0(60,0%)	16,0(40,0%)	< 0.0001
Participa do planejamento anual	08,0(20,0%)	32,0(80,0%)	< 0.0001
Conhece finalidades específicas de suas ações	32,0(80,0%)	08,0(20,0%)	< 0.0001
Participa da tomada de decisões frente aos problemas	21,0(53,0%)	19,0(47,0%)	< 0.0001
Participa de cursos/atualizações	27,0(67,0%)	13,0(33,0%)	< 0.0001
Está apto a multiplicar capacitações	27,0(67,0%)	13,0(33,0%)	< 0.0001

*teste do qui-quadrado.

Considerando que o fator cultural provê o contexto onde as pessoas de uma organização interpretam seus eventos, qualquer esforço em mudá-lo pode ser, apesar de bem intencionados, um risco potencial para insucesso (SCHEIN, 1986). O planejamento de mudanças deve ser mediado pela cultura organizacional, ou seja, quanto mais importante a ação de mudança for para a organização, maior deve ser sua compatibilidade com a cultura instituída.

A não participação de todos os servidores da RS Sudoeste I no planejamento anual de ações da instituição é algo preocupante para uma gestão com foco em resultados. É possível perceber (tabela 2) que, a mesma população que responde não participar (80%), refere conhecer as finalidades específicas de suas ações(80%). É imprescindível a inclusão deste profissional, na documentação do planejamento anual. Mesmo não detendo autonomia para decidir sozinho, a participação deste trabalhador na tomada de decisões, deve acontecer de forma compartilhada, com seu supervisor ou chefe imediato. Envolver o agente na elaboração de alternativas para resolução de conflitos, é fator motivador e ao mesmo tempo, inovador para a criação de novas estratégias de resolução de problemas e alcance de metas. Urbanetto e Capella (2004) reforçam a necessidade de participação, explicando que, a concepção de que um gerenciamento participativo possa provocar bagunça e falta de uma figura no papel de comando, perpassa a

visão de muitos. Na verdade, falta ainda capacitação, tanto dos gerentes, como dos demais integrantes do grupo, para que este processo de gerenciamento possa ser reavaliado e atualizado, tornando claro as competências de cada um, nos diferentes contextos.

Faria et al. (2009), discorrendo sobre investimento em recursos humanos, afirma que a construção do conhecimento e de novas capacidades daí derivadas, é elemento-chave no desenvolvimento dos processos de trabalho, em quaisquer de suas características, por exemplo, a produtividade, a satisfação e a realização pessoal dos profissionais e dos usuários ou clientes, a economia de meios e otimização de recursos.

Os resultados da pesquisa reforçam essa necessidade, na medida em que o servidor sob a ótica da gerente, deva fazer parte, não só do planejamento específico de suas ações, mas também do conhecimento acerca do planejamento geral da instituição. Este servidor, entendendo que o alcance de metas de outros colegas de trabalho depende em menor ou maior grau da coletividade, passa a perceber sua importância também na otimização e economia de recursos, na melhoria e produtividade de serviços, etc (CHIAVENATO, 2000).

A tabela 3 apresenta informações sobre tipos de relações interpessoais e grau de ocorrência destas na RS Sudoeste I.

Sobre as relações conflituosas, foi possível observar que, apesar de ser minoria dos sujeitos, 06,5% citaram perceber a alienação ao trabalho, ocorrendo muitas vezes. Alienação ao trabalho, para efeito do estudo, foi interpretado como, a não participação do servidor na tomada de decisões específicas, assim como seu conhecimento sobre a missão da instituição. A mesma população (06,5%) percebe acontecer sempre. O abuso de poder pode ser identificado nas ocorrências de muitas vezes por 06,5% dos sujeitos e sempre por 06,5% dos mesmos.

Considerando as relações harmônicas, fica evidente insatisfações relacionadas à não participação do planejamento anual da instituição (67,0%) pelos sujeitos, assim como a não autonomia específica de suas ações por 47,0% dos sujeitos (tabela3). Entendendo o elogio como um item instituído nas relações harmônicas de motivação, observa-se que boa parte (47,0%), não percebem esta prática na RS Sudoeste I. Ademais, predominam relações harmônicas de amizade ocorrendo muitas vezes (20,0%) e sempre (47,0%) entre os sujeitos questionados (tabela 3).

Tabela 3 - Tipos e grau de ocorrência das relações interpessoais no trabalho da Regional de Saúde Sudoeste I, Rio Verde- GO, 2011/2012.

Tipos de relações	Grau de ocorrência			
	Nunca	Poucas vezes	Muitas vezes	Sempre
Conflituosas				
Alienação ao Trabalho	27,0(67,0%)	07,0(20,0%)	03,0(06,5%)	03,0(06,5%)
Abuso do poder	19,0(47,0%)	15,0(40,0%)	03,0(06,5%)	03,0(06,5%)
Inimizade – motivos pessoais	30,0(73,5%)	07,0(20,0%)	03,0(06,5%)	-
Agressão física	37,0(93,5%)	03,0(06,5%)	-	-
Agressão verbal	27,0(67,0%)	13,0(33,0%)	-	-
Violação de direitos	30,0(73,5%)	10,0(26,5%)	-	-
Ameaças	24,0(60,0%)	16,0(40,0%)	-	-
Harmônicas				
Participação no planejamento	27,0(67,0%)	07,0(20,0%)	06,0(13,0%)	-
Autonomia específica de suas ações	19,0(47,0%)	14,0(33,0%)	-	07,0(20,0%)
Amizades	03,0(06,5%)	10,0(26,5%)	07,0(20,0%)	20,0(47,0%)
Elogios	20,0(47,0%)	10,0(26,5%)	05,0(13,2%)	05,0(13,2%)
Liberdade de expressão	10,0(26,5%)	10,0(26,5%)	04,0(07,0%)	16,0(40,0%)

Uma repercussão do planejamento de ações envolvendo a participação de todos os profissionais da instituição é a qualificação das relações interpessoais. Coelho, Barbosa e Reis (2009) discorrendo sobre relações interpessoais na equipe multiprofissional, concluem que, para a consolidação do SUS, respeitando os princípios que o fundamentam, faz-se necessário alterar o modelo de administração pública, com novos processos que contribuirão para fortalecer a construção coletiva. O objetivo é alcançar, em conjunto, uma nova ética, em que trabalhadores e usuários assimilem a cultura da participação, propiciando assim, a construção de serviços públicos com maior descentralização do gerenciamento e transparências das ações públicas, e da aplicação de recursos de acordo com a política, respeitando as necessidades do serviço e as demandas da população.

No trabalho em saúde é importante que a equipe trabalhe com maturidade, estabelecendo relações em nível profissional, no qual haja respeito às diferenças e soma de forças, no esforço de desenvolver o trabalho dessa equipe. É importante

atentar para o risco de se construir relações, cujas características principais são os laços de amizade e de cumplicidade, que possam trazer um envolvimento de cunho pessoal que se superpõe à necessidade profissional, o que pode desprofissionalizar as relações no trabalho e trazer, ao contrário do que parece, várias dificuldades no que se refere à tomada de decisão, tão frequente e importante ao gerenciamento (URBANETTO; CAPELLA, 2004).

Entendendo que a administração de pessoal é um processo social que envolve, não só conhecimento técnico, mas conteúdo político, pautado em valores e crenças sobre o papel das organizações e instituições, considera-se indispensável, a participação do trabalhador na construção de alternativas para resolução de conflitos (CASTRO, 2005).

A tabela 4 complementa as informações da tabela 3, apresentando o grau de envolvimento dos sujeitos nas relações interpessoais elencadas pelo questionário.

Analisando as relações conflituosas, nota-se que 20,0% das respostas percebem haver alienação ao trabalho entre poucas pessoas e 13,0% percebem envolver muitas pessoas nesse tipo de relação. Da mesma forma, porém em maior porcentagem, 53,5% dos questionados percebem existir abuso de poder, envolvendo poucas pessoas, e 06,5% responderam existir envolvendo muitas pessoas.

Nas relações harmônicas, 67,0% da amostra percebe que o planejamento da instituição não envolve ninguém, e 47,0% dos questionados, não percebe existir elogios no ambiente de trabalho. Boa parte percebe amizade entre muitas pessoas (26,5%) e por todos os sujeitos (26,5%) (tabela 4).

Costa (2008), em estudo sobre a arte de motivar, entende que o reconhecimento de desempenho é extremamente relevante para manter o trabalhador motivado. É importante que os gestores reforcem positivamente os bons resultados. Quanto mais o profissional sente-se valorizado, maior será sua entrega na realização de suas funções (COSTA, 2008).

Tabela 4 - Tipos e grau de envolvimento pessoal nas relações interpessoais da Regional de Saúde Sudoeste I, Rio Verde - GO, 2011/2012.

Tipos de relações	Grau de envolvimento pessoal			
	Por ninguém	Poucas pessoas	Muitas pessoas	Por todos
Conflituosas				
Alienação ao trabalho	27,0(67,0%)	07,0(20,0%)	06,0(13,0%)	-
Abuso do poder	16,0(40,0%)	21,0(53,5%)	03,0(06,5%)	-
Inimizade – motivos pessoais	32,0(80,0%)	08,0(20,0%)	-	-
Agressão física	37,0(93,5%)	03,0(06,5%)	-	-
Agressão verbal	27,0(67,0%)	13,0(33,0%)	-	-
Violação de direitos	29,0(73,5%)	11,0(26,5%)	-	-
Ameaças	27,0(67,0%)	13,0(33,0%)	-	-
Harmônicas				
Participação no planejamento	27,0(67,0%)	10,0(26,5%)	-	03,0(06,5%)
Autonomia específica de suas ações	16,0(40,0%)	16,0(40,0%)	-	08,0(20,0%)
Amizades	07,0(20,5%)	11,0(26,5%)	11,0(26,5%)	11,0(26,5%)
Elogios	19,0(47,0%)	15,0(40,0%)	03,0(06,5%)	03,0(06,5%)
Liberdade de expressão	16,0(40,0%)	10,0(26,5%)	04,0(07,0%)	10,0(26,5%)

Analisando o instrumento de coleta de dados, percebeu-se o não registro de respostas relacionadas aos questionamentos subjetivos, acerca de conflitos no ambiente de trabalho (questão 2 do apêndice II). As estratégias utilizadas para resolvê-los, assim como os trabalhadores que intermediariam esta tomada de decisões, não foram respondidas por 38 sujeitos. Somam-se a estes mesmos questionados, a não documentação de respostas sobre outras maneiras de solucionar tais impasses. Acredita-se que, esta omissão de respostas, possa estar relacionada a receios ou mesmo dificuldade de entendimento pelos sujeitos, mesmo após explicação sobre preenchimento do instrumento. Destarte, é fato reconhecer que houveram falhas na elaboração do questionário, portanto, perdas de informações importantes para discussão de resultados.

A tabela 5 apresenta o grau de motivação dos servidores da RS Sudoeste I para seu trabalho. Pelas possibilidades de notas entre 0 e 10, a autoavaliação dos sujeitos apresentou variação de respostas entre 4 e 10. O cálculo da média revelou pontuação de 6,4 de todos os servidores investigados. A motivação para o trabalho

pode ser interpretada como razoável, pela média ser > 5 , e pelo fato dos fatores agravantes para a desmotivação elencados na tabela 6 interferirem de forma significativa.

Tabela 5 - Grau de motivação para o trabalho, entre os servidores na RS Sudoeste I. Rio Verde- GO, 2011/2012.

Notas	Grau de Motivação / Notas			
	1 - 3	4 - 6	7 - 9	10
n (%)	0 (0)	20 (50)	16 (40)	4 (10)
Média (\pm dp)	6,475 (\pm 1,99)			
Variação	4 - 10			

dp= desvio padrão.

Dados da tabela 6 revelaram diferença significativa entre alguns fatores que contribuem para a desmotivação. A maior parte da amostra não associaram esses fatores como potencial desmotivador para suas atividades. São eles: o baixo salário, a formação profissional não condizente com o cargo e cursos pouco proveitosos em Goiânia para compensar deslocamento em viagens.

Já em relação aos fatores que contribuem de forma significativa para a desmotivação do trabalho entre os sujeitos participantes, 48,0% das respostas estão relacionadas à ausência da participação do servidor nas decisões de trabalho. A mesma prevalência de respostas (48,0%) está associada às condições materiais precárias do ambiente de trabalho (tabela 6).

Costa (2008) reconhece que a gestão de recursos humanos, deve levar em consideração, alguns fatores que ele considera essenciais na elaboração de ações motivacionais. Uma delas é a criação de metas inteligentes e desafiadoras, porém exequíveis. Proporcionar condições para que estes desafios possam ser executados, também é um fator importante. Trata-se de investir em educação continuada, treinamentos e capacitações constantes, oferecendo sempre que preciso uma assessoria externa. Outro ponto fundamental para se trabalhar a motivação em instituições, é garantir a participação do trabalhador no planejamento geral, assim como manter a existência de programas de *feedback*, deixando claro a performance das equipes e a elaboração de planos de ação para aprimorar seu desempenho.

Tabela 6 - Fatores que contribuem para a desmotivação do trabalho na Regional Sudoeste I Rio Verde- GO, 2011/2012.

Fatores (n=92)	Sim (%)	Não (%)	p*
Ausência de participação nas decisões de trabalho	19 (48)	21 (52)	0,7518
Condições materiais precárias do ambiente de trabalho	19 (48)	21 (52)	0,7518
Constância de relações conflituosas no ambiente de trabalho	16 (40)	24 (60)	0,2059
Falta de elogios e/ou incentivos profissionais	16 (40)	24 (60)	0,2059
Baixo salário	10 (25)	30 (75)	0,0016
Formação Profissional não condizente com o cargo	10 (25)	30 (75)	0,0016
OUTROS: cursos pouco proveitosos em Goiânia para compensar deslocamento em viagens	2 (5)	38 (95)	< 0,0001

* *Teste do Qui-quadrado*

A instituição de uma cultura de descentralização do gerenciamento e de transparência nas ações públicas, implica em maior valorização do trabalhador. No caso da pesquisa, os resultados sob a ótica da pesquisadora, sugerem que o servidor da RS Sudoeste I, precisa ser valorizado, no sentido de delegar a estes, a responsabilidade de prestar assessoria técnica aos municípios, multiplicando capacitações, evitando ao máximo a necessidade de técnicos da área central advindos de outra cidade. Portanto, a valorização reforça o investimento em recurso humano como meio de promover a motivação para o trabalho e realização profissional (FARIA et al., 2009).

A desformalização do papel gerencial, minimizando pontos fundamentais para o desenvolvimento adequado do P.T, é outro aspecto importante a ser considerado na gestão que prioriza a participação.

Kliksberg (1988) faz críticas à política de pessoal que resulta na organização de um processo de trabalho extenso, porém com uma série de rotinas orientadas basicamente para o controle dos funcionários. É sabido hoje que, além da logística, uma política efetiva de pessoal implica uma agenda diferente, que contemple temas como a motivação, a participação, a relação entre mercados de trabalho privado e público, o desenvolvimento planejado e contínuo dos recursos humanos, etc. A reversão do quadro de inoperância dos serviços de saúde, ao passar pela questão da gerência, não deve postergar a discussão e a implementação de medidas que levem em consideração o seguinte ponto: reconhecimento do papel central dos profissionais na vida da organização. Isso implica, no plano institucional, a prática da administração participativa e, no âmbito do processo de trabalho, a abertura de espaços para a criatividade e a iniciativa do próprio trabalhador, substituindo o

controle no desempenho de atividades programadas por outrem, pela responsabilização para com os objetivos e as práticas institucionais.

A implementação dessas ações, apontam para uma questão desafiadora que se faz presente no atual cenário em que se discute gestão de pessoas: autonomia x controle do trabalhador. Segundo Pires; Gelbcke e Matos (2004) para melhorar a realidade do trabalho em saúde, é necessário reaproximar os trabalhadores do resultado de seu trabalho. É necessário que, instituições procurem mecanismos que favoreçam o envolvimento dos trabalhadores para efetuar as mudanças, tornar a reinvenção uma possibilidade cotidiana e garantir a participação da maioria, nesses processos. Os mesmos autores reconhecem que, a necessidade de construir organogramas mais horizontais, para um modelo de gestão mais participativa nas instituições, implica em reunir os profissionais naquilo que os mesmos têm em comum: o objeto de trabalho.

Os elementos que integram o atual processo de trabalho na RS Sudoeste I, revelaram a necessidade, não só de incluir todos os trabalhadores na participação do planejamento da instituição, mas também de delegar a ele o poder de tomar decisões, sejam compartilhadas ou não com seus pares e superiores, na medida em que se fizerem necessárias. Estes aspectos, quando levados em consideração, refletirão em um melhor conhecimento das finalidades de suas ações e provavelmente em maior motivação para seu trabalho. Volpato e Cimbalista (2002) discorrendo sobre o processo de motivação como incentivo à inovação nas organizações, concluem que apesar dos enormes avanços na área comportamental das organizações, trabalhadores ainda se ressentem da falta efetiva de comunicação entre setores, da troca de *feedback* entre chefias e trabalhadores, do planejamento de fato, mas não de direito, e do excessivo controle nas decisões e ações individuais ou grupais.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou compreender que, o P.T em saúde é dinâmico e requer avaliações periódicas, no que se referem aos objetos, meios e agentes, entre produtores e consumidores de ações e serviços de saúde. Especialmente quanto aos agentes, ficou evidente a constatação de que, o ambiente de trabalho que reconhece e valoriza a qualificação de trabalhadores para o desenvolvimento de habilidades de reconhecer e resolver problemas, repercute em melhores ações e serviços de saúde. O empoderamento do trabalhador de saúde, entendido sob a condição deste saber identificar com mais precisão seu objeto de trabalho, fortalece a integração entre os agentes produtores e consumidores no P.T. O trabalho em equipe, compartilhando autonomia e responsabilidades, contrapondo-se ao rígido controle de trabalhadores, repercute em maior envolvimento de trabalhadores para efetuar mudanças em sua rotina de trabalho.

Há que se considerar algumas dificuldades encontradas no decorrer da aplicação do instrumento de coleta de dados, principalmente o fato da pesquisadora ocupar cargo de chefia, notou-se um receio relatado por alguns servidores no que poderiam implicar as respostas apresentadas pelo questionário.

Foram percebidos aspectos relevantes, porém limitados em apresentar neste estudo pelo fato de não estarem contemplados pelos objetivos e metodologia. Tratam-se de comportamentos de melhora na pontualidade e assiduidade de muitos servidores, ora acomodados pela ociosidade de suas atividades, antes pouco colaborativa.

Por ocasião da prática de realizar avaliação trimestral por produtividade, observou-se, mesmo que em menor grau, relações de trabalho ainda pautadas prioritariamente nos vínculos de amizade do que profissionais, o que dificulta a compreensão e o reconhecimento do real objeto de trabalho. Para que as relações interpessoais e grupais, estabelecidas no processo de trabalho em saúde, assumam o caráter profissional, diminuindo os traumas e as inadequações, também é necessário que todos os envolvidos reconheçam a complexidade e o caráter evolutivo dessas relações. É preciso que servidores estabeleçam claramente os limites entre o profissional e o pessoal, entendendo ainda que uma boa relação de trabalho é aquela em que se estabelecem fortes laços de amizade, o que facilitaria a tomada de decisão e a abordagem à pessoa.

A prática de avaliar o agente nos processos de trabalho periodicamente, seja no âmbito administrativo, seja no nível assistencial em saúde, deve ser uma ação constante para a gestão de instituições que buscam investir na qualificação de pessoas e resultados.

Algumas considerações acerca do P.T da RS Sudoeste I, advém de sua descrição:

- A RS Sudoeste I enquanto produtora de ações e serviços de saúde necessita melhorar a qualidade dos diagnósticos de saúde dos municípios a ela jurisdicionados, apresentando a estes, indicadores epidemiológicos monitorados/ avaliados, assim como acompanhamento de projetos de financiamento em tempo de se demandar atitudes por parte dos consumidores, caracterizados pelo estudo como municípios, na prevenção de situações problemas.
- A assessoria técnica aos municípios, para repercutir em melhor qualificação de serviços, deve ser realizada pelos servidores da RS Sudoeste I devidamente treinados, empoderados por conhecimentos específicos, evitando ao máximo a necessidade de profissionais das áreas técnicas da SES, já que demandam deslocamentos e custos.
- Os supervisores da RS Sudoeste I necessitam ser eleitos por critério técnico, segundo perfil profissional exigido pelo cargo. Estes servidores também devem participar dos fóruns mensais de negociações entre gestores dos municípios e RS, assumindo papel de integrantes ativos.

Na categorização das relações interpessoais, é mister adotar a participação de todos os servidores no planejamento anual da instituição, identificando situações problemas e sugerindo propostas de ação, assumindo dessa forma maior poder nas tomadas de decisões compartilhadas.

Elencados os fatores contribuintes da desmotivação para o trabalho, é fato a constatação de que os servidores da RS Sudoeste I, ao serem identificados como agentes do P.T, necessitam de um ambiente de trabalho mais salubre, no que se referem a recursos materiais e sociais, que permitam a prática de serem reconhecidos por seus méritos e incentivados a buscarem mais qualificação para o trabalho.

A prática de descrever P.T deve ser um processo contínuo, de avaliação constante dos elementos que o integram. É fato reconhecer que, trabalhar com seres humanos e toda sua complexidade, é pensar que não existem fórmulas, já que o contexto exige o entendimento de que se trata de relações com pessoas, com todas as suas particularidades e generalidades. Desenvolver estas competências exige um grande investimento dos dirigentes, pois implica na revisão de vários conceitos e práticas amplamente utilizadas na área da saúde.

Trabalhar a mudança de paradigmas é um desafio que exige um grau de maturidade e persistência por parte de gerentes de instituições, já que trata-se de uma árdua tarefa, porém desafiadora e exequível.

7 INTERVENÇÕES E DESAFIOS

Considerando que, a pesquisa iniciou-se como uma necessidade da pesquisadora recém-empocada ao cargo de gerente da RS Sudoeste I, algumas intervenções no P.T vem sendo introduzidas como atividades, e podem ser relacionadas à essa pesquisa. Seguem abaixo elencadas algumas delas:

Estabelecimento e documentação de atividades de trabalho e atribuições a cada servidor, delegando autonomia e tomada de decisões compartilhadas: a documentação das atribuições de cada servidor, redigida junto com a participação deste, possibilitou uma reflexão de sua parte acerca de seu objeto de trabalho e direcionou sua atividade para um planejamento contínuo.

Participação de todos os servidores no planejamento anual das ações da RS Sudoeste I: vem acontecendo a partir do planejamento de 2012; é realizado inicialmente por supervisão com a participação de cada servidor com sua equipe de trabalho e supervisor. Posteriormente os planejamentos de cada supervisão são reunidos com a gerência para ajustar e/ou consolidar o planejamento anual da RS Sudoeste I. Muitas situações-problemas, antes não contempladas, foram reveladas no documento final.

Definição de critérios de perfil para cargos de supervisão regional: paralelo ao desenvolvimento da pesquisa, a SES publicou as portarias 241 e 242/2011(anexo II) que definem critérios técnicos para os cargos de supervisores regionais. Algumas intervenções foram feitas e pelo fato de não haver servidor suficiente para se adequar à portaria, outros servidores estaduais por processo de remoção, passaram a integrar a RS Sudoeste I. Este fato trouxe a necessidade de se pensar a qualificação constante dos profissionais de saúde para os avanços e pelas novas exigências e tecnologias em saúde.

Adoção da estratégia de otimização dos instrumentos e recursos materiais de trabalho (ferramenta 5s): os 5s(sensos) são: sensos de Limpeza, Ordenação, Utilização, Saúde e Autodisciplina (L.O.U.S.A). Está em fase de implantação e oportunizará uma avaliação constante dos servidores por meio de *check-list* das ações semanais que incluem trabalho com redução de custos, desperdícios de recursos materiais, organização do ambiente de trabalho otimizando tempo no desempenho das tarefas, busca por comportamentos de saúde, conservação de recursos naturais como energia e água entre outros. Os escopos pretendidos com a implantação desta ferramenta na instituição buscam

principalmente promover mudança de hábitos e comportamento de auto disciplina, proporcionando melhorias de âmbito pessoal e profissional.

Identificação, Monitoramento e Avaliação de Indicadores Epidemiológicos e Projetos de Financiamento dos Municípios: Para essa intervenção foi necessário a remoção de alguns servidores de nível superior para a RS Sudoeste I. Estes desempenham a missão de coordenar processos de monitoramento e avaliação de projetos, por meio dos sistemas de informações em saúde com outros servidores técnicos em áreas específicas. Perda de recursos financeiros por parte dos municípios em não cumprir prazos estabelecidos pelo governo federal, ou por não alimentar banco de dados de vigilância à saúde, produção ambulatorial, hospitalar, etc... são exemplos de ações que atualmente são monitoradas e informadas em tempo dos municípios não sofrerem maiores consequências para sua população.

Criação de instrumento de comunicação virtual sobre as ações programadas e executadas periodicamente pela RS Sudoeste I acessível a todos os servidores da instituição e municípios: o jornal eletrônico está sendo redigido e direcionado a todos os servidores da RS Sudoeste I e técnicos/gestores dos municípios. Nele, estão informações sobre agenda de compromissos, atualizações de campanhas, avaliação de eventos realizados, servidor destaque do mês, dicas de saúde e contatos dos responsáveis por cada matéria. Este recurso reforça a necessidade de informar, de uma maneira prática, todos os atores envolvidos no processo de produção e consumos dos serviços de saúde, acerca dos temas prioritários e em foco.

Participação de supervisores da RS Sudoeste I nas reuniões mensais com gestores municipais na tomada de decisões acerca das políticas de saúde na Região: Pela instituição do decreto presidencial 7.508 (anexo III), o fórum colegiado, que reúne mensalmente gestores de saúde e estado, representado pela Regional de Saúde, é reorganizado e então passa a ser denominado Comissão Intergestores Regional (CIR). Como cláusula de seu regimento interno, além do gerente, os supervisores regionais de saúde passam a compor a plenária, vindo ao encontro da integração destes servidores nas discussões que direcionam as Políticas de Saúde na Região. Tal participação tem proporcionado, aos supervisores regionais, melhor integração com os gestores municipais, assim como maior

compromisso com suas atribuições. Percebeu-se uma preocupação destes servidores em manterem-se atualizados com as portarias publicadas diariamente que repercutem nas ações de sua área técnica.

Por se caracterizar como experiência piloto, apresenta falhas e limitações observadas pelo instrumento de coleta de dados, percebidos pela aplicação e avaliação das respostas. Acredita-se que a análise destas deficiências, possa servir de contribuição para elaboração de instrumentos para futuros estudos nessa temática.

Recomenda-se em estudos posteriores, a avaliação das intervenções, e faz-se desafio a inserção de pesquisas de fluxo contínuo, para avaliação da qualidade dos serviços instituídos. Justapõe-se à esta necessidade, a capacitação de equipe para o desenvolvimento de pesquisas na instituição.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho.** São Paulo/Campinas: Cortez/ Editora da Universidade Estadual de Campinas, 1995.

AROUCA, S. A reforma sanitária brasileira. **Tema**, Radis, n.11, p.2-4, 1998.

BARRA, Sabrina Alves Ribeiro. O acolhimento no processo de trabalho em saúde. **Serv. Soc. Rev.**, LONDRINA, v.13, n.2, p.119-142, jan./jun. 2011.

BERGAMINI, W.C. **Motivação nas organizações.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 1997.

BOM SUCESSO, Edina de Paula. **Trabalho e qualidade de vida.** 1. ed. Rio de Janeiro: Dunya, 1997. 183p.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Estruturação da área de recursos humanos nas Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal Brasília: CONASS, 2004a.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: Senado Federal, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: gestão e formação nos processos de trabalho.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Gestão do trabalho e da regulação profissional em saúde agenda positiva do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Especial para elaboração. **Proposta Preliminar de Diretrizes Nacionais para a instituição de planos de carreiras, no âmbito do Sistema Único de Saúde – PCCS/SUS**– Brasília- DF: Ministério da Saúde, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS: DesprecarizaSUS: perguntas & respostas: Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. T. (Orgs.) **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CASTRO, J. L. **Nova agenda para a administração de recursos humanos de saúde**, 2005. Disponível em: <http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/pub04U3T3.pdf>. Acesso em: 22 set. 2012.

CECÍLIO, L. C. O. Autonomia versus controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. **Rev. Ciênc. Saúde Coletiva**, v.4, n.2, p.315-329, jul/dez, 1999.

CECÍLIO, L. C.; REZENDE, M. F. B.; MAGALHÃES, M. G.; PINTO, S. A. O pagamento de incentivo financeiro para os funcionários como parte da política de qualificação da assistência de um hospital público, Volta Redonda, Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.18, p.1655-1663, 2002.

CHIAVENATO, I. **Recursos Humanos**. São Paulo: Atlas, 1997.

CHIAVENATO, I. **Introdução à teoria geral da administração**. 6. ed. São Paulo: Campus, 2000. 700p.

CHIAVENATO, I. **Gestão de pessoas**. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

COELHO, Marina Fonseca; BARBOSA, Nelson Bezerra; REIS, Sandra G. Bahia – Relações Interpessoais em Trabalho de Equipe Multiprofissional em Saúde. In: **Curso de Especialização em gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. organizado por Neuza Maria Nogueira; Moyses, Maria Helena Machado e Eliane dos Santos de Oliveira. Rio de Janeiro: ENSP, 2009.

COSTA, E. A arte de elaborar planos motivacionais. **Portal R.H. com**, 2008. Disponível em: <<http://www.rh.com.br/Portal/Motivacao/Artigo/5093/a-arte-de-elaborar-planos-motivacionais.html>>2008>. Acesso em: 22 out. 2012.

COSTA, W. S. Resgate da humanização no ambiente de trabalho. **Caderno de Pesquisas em Administração**, São Paulo: PPGA/FEA/USP, v.9, n.2, p.13-23, abr./jun. 2002.

COSTA, W. S. Humanização, relacionamento interpessoal e ética. **Caderno de Pesquisas em Administração**, São Paulo, v.11, nº1, p.17-21, jan./mar., 2004.

DAVEL, Eduardo; VERGARA, Sylvia Constant. (Org.) **Gestão com pessoas e subjetividade**. São Paulo: Atlas, 2001.

DUSSAULT, J. A. Gestão dos Serviços Públicos de Saúde: Características e Exigências. **Revista de Administração Pública**, v.26, n.2, p.8-19, abril-junho, 2002.

FARIA, Horácio; WERNECK, Marcos; SANTOS, Max André dos; TEIXEIRA, Paulo Fleury. **Processo de Trabalho em Saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.

FEKETE, Maria Christina; ALMEIDA, Márcio José de. Sistemas de incentivo ao trabalho em saúde. **Espaço para a saúde**, v.2, n.1, 1999.

FEUERWERKER, Laura. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface (Botucatu)**. Botucatu, v.9, n.18, set./dez. 2005.

FLEURY, S. A questão democrática na saúde. In: FLEURY, S. (Org.) **Saúde e democracia: a luta do Cebes**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p.26-42.

FREITAS, Miriam de Oliveira. O que fazer para manter os funcionários sempre motivados. **Contribuciones a las Ciencias Sociales**, Septiembre, 2010. Disponível em: <<http://www.eumed.net/rev/cccss/09/mof.htm>>. Acesso em: 23 dez. 2012.

GOIÁS (Estado). **Lei nº 14.600, de 01 de dezembro de 2003**. Institui o prêmio incentivo aos servidores em efetivo exercício nas unidades assistenciais e dá outras providências. Diário Oficial (do estado de Goiás), Goiânia, 04 dezembro de 2003.

GOIÁS (Estado). **Lei nº 16.939, de 12 de março de 2010**. Altera a Lei no 14.600/03, que institui o Prêmio de Incentivo aos servidores em efetivo exercício nas unidades assistenciais da Secretaria da Saúde. Diário Oficial (do estado de Goiás), Goiânia, 17, março de 2010a.

GOIÁS (Estado). Secretaria da Saúde do Estado de Goiás. **Relatório de Gestão 2008**. Goiânia: SES, 2010b.

GOIÁS (Estado). Portaria 294/2011, de maio de 2011. **Estabelece regras para o cálculo e pagamento do prêmio incentivo aos servidores lotados e em efetivo exercício na Secretaria de Estado da Saúde de Goiás**. Gabinete do Secretário de estado de Saúde, Goiânia, maio de 2011a.

GOIÁS (Estado). **Regulamento da Secretaria do Estado da Saúde**. Goiânia: Secretaria de Estado da Saúde, 2011b. Disponível em: <http://www.saude.go.gov.br/arquivos/Regulamento_SES_Atual.pdf>. Acesso em: 05 dez. 2011.

GOIÁS (Estado). **Resolução nº 220/2012-CIB, de 28 junho de 2012**. Aprova o Regimento Interno da Comissão Intergestores Bipartite – CIB. Goiânia: Secretaria do Estado da Saúde, 2012a.

GOIÁS (Estado). Secretaria de Estado de Gestão e Planejamento. **O que é Meritocracia**. Goiânia: SEGPLAN, 2012b. Disponível em: <<http://www.segplan.go.gov.br/post/ver/117052/o-que-e-a-meritocracia>>. Acesso em: 21 mar. 2012.

GOIÁS (Estado). Secretaria Estadual de Saúde. **Organograma da Secretaria Estadual de Saúde de Goiás**. Goiânia: SES, [s.d.]. Disponível em: <<http://www.saude.go.gov.br/index.php?idEditoria=2071>>. Acesso em: 05 dez. 2011.

GUIMARÃES, V. N. **Tecnologia e democracia industrial**: abordagens teóricas referenciais. 2000. Disponível em: <http://www.eps.ufsc.br/teses/valeska/cap_4cap4.htm>. Acesso em: 24 abr. 2011.

KLIKSBERG, B. A gerência na década de 90. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.1, p. 59-85, jan./mar., 1988.

KOHN, A. Why incentives plans cannot work. **Harvard Business Review**, 1991.

LAMAS, Maxwell Mota da Silva. **A Gestão do trabalho na área da saúde - ética e desafios**. Monografia (Pós Graduação em Enfermagem do Trabalho) – Faculdades Integradas de Jacarepaguá – Vila Velha-ES, 2009.

LEITÃO, Sergio Proença; FORTUNATO, Graziela; FREITAS, Angilberto Sabino. Relacionamentos interpessoais e emoções nas organizações: uma visão biológica. **RAP**, Rio de Janeiro, v.40, n.5, p.883-907, set./out. 2006.

LEITE, J. D. B. L.; SOUZA, H. F.; NASCIMENTO, E. C. V. Contratualização na saúde: proposta de um contrato único para os programas no Estado de Minas Gerais. **Rev. Adm. Saúde**, v.12, p.15-22, 2010.

LIMA, J. C. F. Bases histórico-conceituais para a compreensão do trabalho em saúde. In: FONSECA, A. F.; STAUFFER, A. de B. (Org.). **O processo histórico do trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p.57-96.

LUZ, Ricardo. **Clima organizacional**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1995.

MAGALHÃES, Celso. **Técnica da chefia e do comando**. 9. ed. Rio de Janeiro: IBGE, 1990. 104p.

MAILHIOT, G. B. **Dinâmica e gênese dos grupos**. 3. ed. São Paulo: Livraria Duas Cidades, 1976.

MARX, K. **O Capital**. 14. ed. São Paulo: Difel, 1984.

MAXIMINIANO, ACA. **Introdução à administração**. São Paulo: Atlas, 2004.

MENDES GONÇALVES, R. B. **Medicina e História: raízes sociais do trabalho médico**. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1979.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades.** São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde, 1992. (Cadernos Cefor, 1 – Série textos).

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde.** São Paulo: Hucitec, 1994.

MERHY, E. E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.4, p.305-329, 1999.

MONTEIRO, Marcella Rachel Mignac de Barros. A importância da gestão de pessoas para as instituições de saúde. **RAS**, v.11, n.42, jan./mar. 2009.

MOREIRA, Daniel Augusto. **Administração da produção e operações.** 5. ed. São Paulo: Pioneira, 2000.

NOGUEIRA, R. P. O trabalho em saúde: novas formas de organização. In: NEGRI, B.; FARIA, R.; VIANA, A. L. D. (Orgs.). **Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho.** Campinas: Unicamp/IE, 2002.

NOGUEIRA, R. P.; BARALDI, S.; RODRIGUES, V. A. Limites críticos das noções de precariedade e desprecarização do trabalho na administração pública. In: BARROS, F. R. (Org.). **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

ObservaRH/IMS/UERJ. **Capacidade gestora de recursos humanos em instâncias locais de saúde em municípios com população superior a 100 mil habitantes.** Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2006.

OUTEIRO, Elisa Thais Angelich. **Gestão de pessoas diante as crises econômicas.** Trabalho de conclusão de curso (Especialização em gestão de pessoas). UFRS, Porto Alegre, 2009.

PAIM, J. S. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. In: FLEURY, S. (Org.) **Saúde e democracia: a luta do Cebes.** São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p.11-24.

PASCHE, Dário Frederico; PASSOS, Eduardo; BARROS, Maria Elizabeth Barros de. A Humanização do SUS como uma política do comum. Ministério da Saúde, Política Nacional de Humanização, **Interface. Comunicação, Saúde e Educação**, v.13, supl.1, p.491, 2009.

PASSOS, Joanir Pereira; CIOSAK, Suely Itsuko. A concepção dos enfermeiros no processo gerencial em Unidade Básica de Saúde – **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.40, n.4, p.464-468, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n4/v40n4a02.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2012.

PEDUZZI, M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v.1, n.1, p.75-91, 2003.

PEDUZZI, Marina; SCHRAIBER, Lília B. Lima. **Processo de trabalho em saúde-gênese do conceito**. Dicionário Educação da Profissional em Saúde, 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/protrasau.html>>. Acesso em: 10 ago. 2012.

PEPE, Benito S. **Ambiente de trabalho e as relações interpessoais**. Blog Benito Pepe, 2009. Disponível em: <<http://www.benitopepe.com.br/2009/06/13/ambiente-de-trabalho-e-as-relacoes-interpessoais/>>. Acesso em: 08 mar. 2012.

PIERANTONI, C. R. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n.2, p. 341-360, 2001.

PIERANTONI, C. R. Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde: análise da década atual. Relatório. **DPAS/IMS**, Rio de Janeiro, jun./2008.

PIERANTONI, C.; VARELLA, T.; FRANÇA, T. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática. In: BARROS, A. F. R. et al. (org.). **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises**, vol. 2. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

PIRES, D. Organização do trabalho na saúde. In: LEOPARDI, M. T. (org.). **O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis (SC): UFSC/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Ed. Papa-Livros; 1999. p.176.

PIRES, D.; GELBCKE, F.; MATOS, E. Organização do trabalho em enfermagem: implicações no fazer e viver dos trabalhadores de nível médio. **Revista Trabalho Educação e Saúde**, v.2, p.311-325, 2004.

PIRES, D.; MATOS, E. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto - Enferm.** v.15, n.3, Florianópolis Jul./Set., 2006.

RAMOS, M. N. Conceitos básicos sobre trabalho. In: FONSECA, A. F.; STAUFFER, A. de B. (Org.). **O processo histórico do trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 27-56.

REIS, A. A. C. **Entre a intenção e o ato**: uma análise da política de contratualização dos hospitais de ensino (2004-2010) (Tese de Doutorado). São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2011.

SANTANA, José Paranaguá de. A Gestão do Trabalho nos Estabelecimentos de Saúde: elementos para uma proposta. In: CASTRO, Janete Lima de; SANTOS NETO, Pedro Miguel dos; BELISÁRIO, Soraya Almeida. **Gestão Municipal de Saúde: textos básicos**. Rio de Janeiro – Brasil. Ministério da Saúde, 2001.

SANTOS FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B.; GOMES, R. S. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.13, supl.1, p.603-13, 2009.

SANTOS, Carlos Jorge Elias. Avaliação de Desempenho e Sistema de Incentivos. Dissertação (Mestrado em Contabilidade). **ISCTE Business School – IUL, Departamento de Contabilidade**. Instituto Universitário de Lisboa, Novembro, 2010.

SCHEIN, E. **Organizational Culture and Leadership**. San Francisco, Jossey Bass, 1986.

SCHRAIBER, L. B. et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.4, p.221-242, 1999.

SILVA JUNIOR, A. G. et al. Entre tramas e redes: cuidado e integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005. p. 77-89.

SOUZA, Edela Lanzer Pereira de. **Clima e cultura organizacionais**: como se manifestam e como se manejam. Porto Alegre: Edgar Blucher, 1978.

SPAIS. Superintendência de Atenção Integral à Saúde de Goiás; **Gerencia de Regionalização e Conformação de Redes** -SPAIS/SES/GO, Fevereiro 2012.

SUDOESTE I, Administração Regional de Saúde/SES/GO. **Plano Regional de Saúde 2011-2012**, Rio Verde - GO, março, 2011.

SZWARCWALD, C. L.; MENDONÇA, M. H. L.; ANDRADE, C. L. T. Indicadores de atenção básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, 2005: resultados de inquérito domiciliar de base populacional. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.11, n.3, p.643-655, 2006.

URBANETTO, Janete de Souza; CAPELLA, Beatriz Beduschi. Processo de trabalho em enfermagem: gerenciamento das relações interpessoais. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v.57, n.4, jul./ago. 2004.

VOLPATO, Maricilia; CIMBALISTA, Silmara. O processo de motivação como incentivo à inovação nas organizações. **Rev. FAE**, Curitiba, v.5, n.3, p.75-86, set./dez. 2002.

APÊNDICES

APENDICE I – T.C.L.E**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Convidamos o (a) senhor (a) a participar como voluntário na pesquisa intitulada:

O Processo de Trabalho em uma perspectiva de gestão participativa

Caso concorde, deverá assinar este formulário em duas vias, uma delas será sua. A referida pesquisa tem por objetivos: investigar a rotina de trabalho instituída nos últimos 3 anos na Regional de Saúde Sudoeste I, identificar as relações interpessoais predominantes no ambiente de trabalho da Regional de Saúde Sudoeste I, conhecer fatores contribuintes nas relações conflituosas do processo de trabalho da Regional de Saúde Sudoeste I, assim como qualificar ações de saúde e relações interpessoais com ênfase no agente do processo de Trabalho.

Justifica-se pela necessidade de um Processo de Trabalho na Regional de Saúde Sudoeste I, que valorize a participação do servidor, assim como a qualificação de ações e serviços de saúde produzidas pelos profissionais desta instituição.

Os riscos previstos aos sujeitos da pesquisa, serão provenientes de reações emocionais diversas; em contrapartida o benefício advindo das informações sinceras será a contribuição para adoção de ambiente de trabalho fundamentado no diálogo e participação dos servidores no processo de trabalho. Fica assegurado ao sujeito que porventura venha sofrer algum transtorno de caráter emocional, por ocasião da pesquisa, o atendimento individual por psicólogo, na sede da RS Sudoeste I.

Espera-se ao final da pesquisa que, os possíveis ajustes no processo de trabalho da Regional de Saúde Sudoeste I, possam subsidiar a implementação em outras Regionais de Saúde do Estado de Goiás, como experiência valorizadora dos vínculos de participação no ambiente de trabalho.

Haverá sigilo de todos os dados coletados. Todas as informações serão confidenciais, o nome do participante será mantido em sigilo, e os dados obtidos terão finalidade acadêmica e publicação. Todos os dados serão arquivados por cinco anos e após incinerados, conforme orientação Resolução CNS N. 196/96.

Você tem liberdade de recusar ou retirar sua permissão a qualquer momento, sem prejuízo. Em caso de dúvidas ligar/ procurar a instituição vinculada à pesquisa – no endereço e telefone abaixo especificado, ou se precisar, pode ligar a cobrar para a pesquisadora abaixo identificada.

Eu, _____ fui devidamente informado sobre os procedimentos da referida pesquisa, tais como objetivos e

metodologia. Sendo assim concordo em participar e autorizo minha participação como sujeito dessa pesquisa.

Assinatura do sujeito da pesquisa.

R.G. _____

Pesquisadora responsável:

Sr^a. Ann Otilia Paiva Ferreira

R. Filadelfo Cruvinel Q.02 Lt.38 Residencial Araguaia Rio Verde – GO

Telefones: (64) 3623 2209(residencial) e (64) 8451 6229(celular -aceito ligações a cobrar)

Instituição vinculada à pesquisa:

Pontifícia Universidade Católica de Goiás – Mestrado de Ciências Ambientais e Saúde

Endereço: Pró-Reitoria de Pós Graduação e Pesquisa

Programa de Pós Graduação em Ciências Ambientais e Saúde - Mestrado.

Rua 232 nº 128 - área V - 3º andar

Setor Universitário Goiânia - GO CEP 74605-140

Telefone para contato:(62) 3946- 1346 (fone/fax) (62) 3946- 1403

Comitê de Ética em Pesquisa:

CEP – Hospital de Urgências de Goiás - HUGO

Av. 31 de março, esquina com 5ª Radial, S/N, Setor Pedro Ludovico,

CEP: 74.820-200, Goiânia - Goiás

APÊNDICE II – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

QUESTIONÁRIO**1. Sobre sua Rotina de Trabalho responda:**

- Você conhece a estrutura organizacional da Regional de Saúde Sudoeste I(RS I)? Sabe em qual supervisão está situado suas atribuições?

- Participa do planejamento anual da instituição? Porquê?

- Suas atividades têm uma finalidade específica? Qual(is)?

- Você participa das decisões tomadas frente aos problemas identificados nas ações que desempenha? Caso não, quem decide?

- Você participa de cursos/ capacitações sobre assuntos de sua rotina de trabalho?

- Sente-se apto a multiplicar esses conhecimentos a outros profissionais?

2. Sobre Relações Interpessoais no ambiente de trabalho marque um X ao que você percebe existir na RS I:

TIPOS DE RELAÇÕES		GRAU DE OCORRÊNCIA			
		Nunca	Poucas vezes	Muitas vezes	Sempre
CON- FLI- TU- O- SAS	Alienação ao trabalho				
	Abuso do poder				
	Inimizade –motivos pessoais				
	Agressão física				
	Agressão verbal				
	Violação de Direitos				
	Ameaças				
HAR- MO- NI- CAS	Participação no planejamento				
	Autonomia nas ações				
	Amizades				
	Elogios				
	Liberdade de Expressão				
TIPOS DE RELAÇÕES		GRAU DE ENVOLVIMENTO PESSOAL			
		Por ninguém	Poucas pessoas	Muitas pessoas	Por todos
CON- FLI- TU- O- SAS	Alienação ao trabalho				
	Abuso do poder				
	Inimizade –motivos pessoais				
	Agressão física				
	Agressão verbal				
	Violação de Direitos				
	Ameaças				
HAR- MO- NI- CAS	Participação no planejamento				
	Autonomia nas ações				
	Amizades				
	Elogios				
	Liberdade de Expressão				

- Os conflitos são resolvidos no ambiente de trabalho? Quem intermedia?

- Você está de acordo com as ações adotadas para a resolução destes conflitos? Caso não, o que você sugere para amenizar/acabar com estes conflitos?

3.Sobre Motivação para o Trabalho, responda:

- De zero a dez, qual nota você daria à sua motivação atual para o trabalho que desempenha?_____

- O que você acredita ser o(s) fator(es) que menos contribui(em) para o sentimento de motivação? Marque uma ou mais opções:

- constância de relações conflituosas no ambiente de trabalho
- baixo salário
- formação profissional não condizente com o cargo
- ausência de participação nas decisões de trabalho
- falta de elogios e/ou incentivos profissionais(capacitações,cursos,..)
- condições materiais precárias do ambiente de trabalho
- nenhum dos citados, então

especifique:_____

OBRIGADA POR SUA COLABORAÇÃO!!!

APENDICE III – CARTA DE CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO

CARTA DE CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO

Eu, Luciana Martins Moraes, psicóloga, inscrita no CRP:09/2043 declaro estar ciente da pesquisa intitulada: Processo de Trabalho X Relações Interpessoais: Implicações para um Prática na Gestão Regional de Saúde – SUS, de autoria da pesquisadora Ann Otilia Paiva Ferreira. Assim, declaro também estar participando no atendimento aos sujeitos da pesquisa que porventura venham sofrer algum transtorno proveniente da aplicação do questionário.

Rio Verde, 02 de junho de 2012

Luciana Martins Moraes
Luciana Martins Moraes
Psicóloga – CRP:09/2043

ANEXOS

ANEXO I - PARECER DE APROVAÇÃO CEP-HUGO

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Hospital de Urgência de Goiânia - HUGO

PROJETO DE PESQUISA

Título: PROCESSO DE TRABALHO x RELAÇÕES INTERPESSOAIS: IMPLICAÇÕES PARA UMA PRÁTICA NA GESTÃO REGIONAL DE SAÚDE- SUS

Área Temática:

Pesquisador: Ann Otilia Paiva Ferreira

Versão: 4

Instituição:

CAAE: 03954612.3.0000.0033

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 79283

Data da Relatoria: 14/09/2012

Apresentação do Projeto:

Esta pesquisa é um trabalho dissertativo para fim de conclusão do Mestrado em Ciências da Saúde pela PUCGO. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, de abordagem quantitativa. Será realizado na sede da Regional de Saúde Sudoeste I situada no município de Rio Verde-GO. A amostra será constituída de todos os servidores que estão desempenhando funções de trabalho há mais de 5 anos da data da coleta de dados na Regional de Saúde Sudoeste I, que totalizam 45. Serão incluídos os servidores da amostra que após leitura do projeto assinarão o aceite de sua participação na pesquisa através do TCLE conforme resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Serão excluídos servidores que atuam na Regional de Saúde Sudoeste I há menos de 5 anos. A coleta de dados só será iniciada após aprovação do CEP-HUGO e apreciação do gerente da Regional de Saúde do Estado e Secretário Estadual de Saúde de Goiás. Os dados serão coletados pela pesquisadora através da aplicação de um questionário sem identificação do sujeito, contendo perguntas objetivas e subjetivas que relacionam-se às rotinas e funções desempenhadas pelo sujeito da pesquisa assim como sua percepção sobre os relacionamentos conflituosos e desmotivadores existentes no ambiente de trabalho; será abordado neste instrumento o(s) fator(es) que o sujeito julgar contribuinte(s) para as relações conflituosas e desmotivação para o trabalho, caso existentes na Instituição, assim como o grau de constância destas. As respostas das perguntas subjetivas serão categorizadas e agrupadas por porcentagens. Os dados coletados serão para fins acadêmicos e publicação. O levantamento destes dados servirá de subsídio para a construção de um modelo de organização do Processo de Trabalho para a Administração Regional de Saúde Sudoeste I. Os dados serão analisados a partir da situação de organização do trabalho identificada na Regional de Saúde Sudoeste I. A pesquisadora tem como hipótese que um modelo de organização do Processo de Trabalho que seja fundamentado no diálogo e participação para qualificação das relações interpessoais resulte em melhor produção de bens e serviços de Saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Qualificar ações e relações interpessoais em saúde fundamentadas no agente do Processo de Trabalho.

Objetivo Secundário:

Descrever o atual Processo de Trabalho da Regional de Saúde Sudoeste I; Categorizar as relações interpessoais predominantes no ambiente de trabalho da Regional de Saúde Sudoeste I; Identificar fatores contribuintes para relações conflituosas e desmotivadoras do processo de trabalho da Administração Regional de Saúde Sudoeste I.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos previstos para os sujeitos da pesquisa serão provenientes de desconfortos emocionais diversos; em contrapartida o benefício advindo das informações sinceras desses sujeitos será a contribuição para adoção de ambiente de trabalho fundamentado no diálogo e na participação como motivação para qualificação das relações interpessoais e do Processo de Trabalho. Os participantes porventura sofrerem algum transtorno de ordem emocional serão encaminhados para consulta psicológica com a Psicóloga Dra. Luciana Martins Moraes na sede da Regional de Saúde Sudoeste I, em atendimento individual.

Os riscos previstos para os sujeitos da pesquisa serão provenientes de desconfortos emocionais diversos; em contrapartida o benefício advindo das informações sinceras desses sujeitos será a contribuição para adoção de ambiente de trabalho fundamentado no diálogo e na participação como motivação para qualificação das relações interpessoais e do Processo de Trabalho. Os participantes porventura sofrerem algum transtorno de ordem emocional serão encaminhados para consulta psicológica com a Psicóloga Dra. Luciana Martins Moraes na sede da Regional de Saúde Sudoeste I, em atendimento individual.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de relevância para a população no que se refere ao modelo de Processo de Trabalho na Saúde, porém não será fácil a pesquisadora atingir seu objetivo primário no que se refere a implementação de um modelo organizacional para mudança de cultura dos funcionários.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória foram apresentados, desde folha de rosto devidamente preenchida e carimbada, currículos lattes da orientadora e pesquisadora, declarações da orientadora de vínculo, declaração de uma psicóloga caso haja algum constangimento durante preenchimento do questionário se colocando a disposição. TCLE. Declaração de ciência do Secretário da Saúde. Questionário.

Recomendações:

Adequações efetuadas pelo pesquisador.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências ou inadequações.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Todas as adequações foram realizadas pelo pesquisador.

GOIANIA, 21 de Agosto de 2012

Assinado por:
Larissa Silva Barbosa

ANEXO II - PORTARIAS 241 E 242 DE JUNHO/2011



**SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE**



GABINETE DO SECRETÁRIO

Superintendência Executiva
Rua SC1 nº. 299 – Parque Santa Cruz – CEP 74860-270 – Goiânia – GO
Fone: (62) 3201-3757/ 3759
e-mail: supex@saude.go.gov.br
PORTARIA nº.241 /2011-GAB/SES

O SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE DE GOIÁS, no uso das atribuições que lhe são legalmente conferidas e,

Considerando o disposto na Constituição Federal, Constituição Estadual e a Lei Nº 8.080, de 19 de outubro de 1990 – Lei Orgânica da Saúde, e a necessidade de reestruturação das Regionais de Saúde, seguindo as determinações do Plano Estadual de Saúde e do Sistema Único de Saúde;

Considerando que a política adotada pela Secretaria Estadual de Saúde, preconizada no Plano Diretor de Regionalização, define as Regionais de Saúde como unidades administrativas desconcentradas que tem como pressuposto, imprimir eficiência e efetividade a descentralização do sistema de serviços de saúde;

Considerando a necessidade de qualificar e implementar o processo de descentralização, organização e gestão do SUS Estadual;

Considerando a necessidade de aprimoramento dos processos de promoção da saúde, objetivando a qualificação, o aperfeiçoamento e a definição das ações desenvolvidas no processo de Regionalização da Saúde em Goiás;

Considerando o compromisso com a consolidação e o avanço na modernização e profissionalização da gestão;

Considerando a necessidade absoluta de serviços de qualidade nas Regionais de Saúde;

RESOLVE:

Art. 1º - Regularizar os requisitos para investidura no cargo de Supervisor das Regionais de Saúde, abaixo:

I - SUPERVISOR REGIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE:

a) Formação superior na área da saúde, experiência mínima de 3 anos, com habilidade e – preferencialmente –, com conhecimento comprovado em políticas públicas, sistemas e serviços de saúde, além de domínio na área de conformação de Redes de Atenção e Regionalização.

II - SUPERVISOR REGIONAL DE PLANEJAMENTO E GESTÃO:

a) Formação superior na área da saúde ou em gestão e – preferencialmente –, com experiência comprovada mínima de 3 anos, com habilidade em planejamento e conhecimento do SUS.

III - SUPERVISOR REGIONAL DE CONTROLE, AVALIAÇÃO E REGULAÇÃO:

a) Formação superior na área da saúde, experiência mínima de 3 anos e – preferencialmente –, com habilidade e conhecimento comprovado nas áreas de Controle, Avaliação, Regulação e Auditoria do SUS.

IV - SUPERVISOR REGIONAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE:

a) Formação superior em qualquer área da saúde e – preferencialmente –, experiência comprovada mínima de 3 anos, com habilidade em epidemiologia e conhecimentos em estatística.

V - SUPERVISOR REGIONAL DE APOIO ADMINISTRATIVO:

a) Formação superior em Administração, Economia ou Gestão e – preferencialmente –, experiência comprovada mínima de 3 anos, com habilidade e conhecimentos em administração pública.

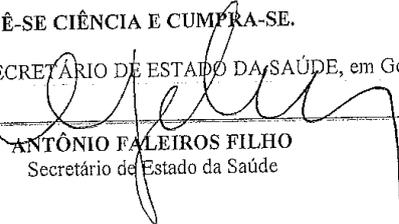
VI - SUPERVISOR REGIONAL DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE:

a) Formação superior em Tecnologia da Informação e – preferencialmente –, com experiência comprovada e habilidade em conformação e análise de banco de dados, de preferência com conhecimento no SUS.

Art. 2º - Esta Portaria entrará em vigor na data de sua assinatura.

PUBLIQUE-SE, DÊ-SE CIÊNCIA E CUMpra-SE.

GABINETE DO SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE, em Goiânia, aos 06 dias do mês de maio de 2011.


ANTÔNIO FALEIROS FILHO
Secretário de Estado da Saúde



**SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE**



GABINETE DO SECRETÁRIO

Superintendência Executiva

Rua SC1 nº. 299 – Parque Santa Cruz – CEP 74860-270 – Goiânia – GO

Fone: (62) 3201-3757/ 3759

e-mail: supex@saude.go.gov.br

PORTARIA nº. 242 /2011-GAB/SES

O SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE DE GOIÁS, no uso das atribuições que lhe são legalmente conferidas e,

Considerando a necessidade do cumprimento eficiente das competências das Regionais de Saúde do Estado de Goiás;

RESOLVE:

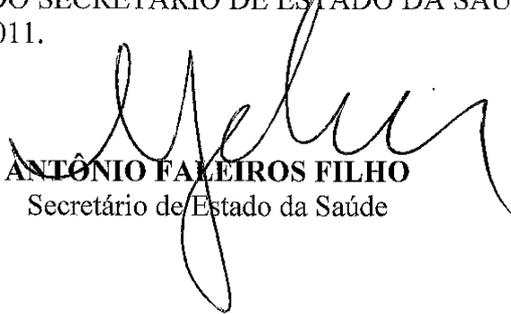
Art. 1º – FORMALIZAR os cargos de Supervisores das Regionais de Saúde, conferindo a eles novas denominações, conforme abaixo:

- I - Supervisor Regional de Atenção à Saúde;
- II - Supervisor Regional de Controle, Avaliação e Regulação;
- III - Supervisor Regional de Planejamento e Gestão;
- IV - Supervisor Regional de Vigilância em Saúde;
- V - Supervisor Regional de Sistemas de Informação em Saúde;
- VI - Supervisor Regional de Apoio Administrativo.

Art. 2º - Esta Portaria entrará em vigor na data de sua assinatura.

PUBLIQUE-SE, DÊ-SE CIÊNCIA E CUMPRA-SE.

GABINETE DO SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE, em Goiânia, aos 06 dias do mês de maio de 2011.


ANTÔNIO FALEIROS FILHO
Secretário de Estado da Saúde

ANEXO III - DECRETO 7.508**Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos****DECRETO Nº 7.508, DE 28 DE JUNHO DE 2011.**

Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

A PRESIDENTA DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, inciso IV, da Constituição, e tendo em vista o disposto na Lei nº 8.080, 19 de setembro de 1990,

DECRETA:**CAPÍTULO I****DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES**

Art. 1º Este Decreto regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.

Art. 2º Para efeito deste Decreto, considera-se:

I - Região de Saúde - espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde;

II - Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde - acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde;

III - Portas de Entrada - serviços de atendimento inicial à saúde do usuário no SUS;

IV - Comissões Intergestores - instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS;

V - Mapa da Saúde - descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a

capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema;

VI - Rede de Atenção à Saúde - conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde;

VII - Serviços Especiais de Acesso Aberto - serviços de saúde específicos para o atendimento da pessoa que, em razão de agravo ou de situação laboral, necessita de atendimento especial; e

VIII - Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica - documento que estabelece: critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS.

CAPÍTULO II

DA ORGANIZAÇÃO DO SUS

Art. 3º O SUS é constituído pela conjugação das ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde executados pelos entes federativos, de forma direta ou indireta, mediante a participação complementar da iniciativa privada, sendo organizado de forma regionalizada e hierarquizada.

Seção I

Das Regiões de Saúde

Art. 4º As Regiões de Saúde serão instituídas pelo Estado, em articulação com os Municípios, respeitadas as diretrizes gerais pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite - CIT a que se refere o inciso I do art. 30.

§ 1º Poderão ser instituídas Regiões de Saúde interestaduais, compostas por Municípios limítrofes, por ato conjunto dos respectivos Estados em articulação com os Municípios.

§ 2º A instituição de Regiões de Saúde situadas em áreas de fronteira com outros países deverá respeitar as normas que regem as relações internacionais.

Art. 5º Para ser instituída, a Região de Saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de:

I - atenção primária;

II - urgência e emergência;

III - atenção psicossocial;

IV - atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e

V - vigilância em saúde.

Parágrafo único. A instituição das Regiões de Saúde observará cronograma pactuado nas Comissões Intergestores.

Art. 6º As Regiões de Saúde serão referência para as transferências de recursos entre os entes federativos.

Art. 7º As Redes de Atenção à Saúde estarão compreendidas no âmbito de uma Região de Saúde, ou de várias delas, em consonância com diretrizes pactuadas nas Comissões Intergestores.

Parágrafo único. Os entes federativos definirão os seguintes elementos em relação às Regiões de Saúde:

I - seus limites geográficos;

II - população usuária das ações e serviços;

III - rol de ações e serviços que serão ofertados; e

IV - respectivas responsabilidades, critérios de acessibilidade e escala para conformação dos serviços.

Seção II

Da Hierarquização

Art. 8º O acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas Portas de Entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço.

Art. 9º São Portas de Entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde os serviços:

I - de atenção primária;

II - de atenção de urgência e emergência;

III - de atenção psicossocial; e

IV - especiais de acesso aberto.

Parágrafo único. Mediante justificativa técnica e de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores, os entes federativos poderão criar novas Portas de Entrada às ações e serviços de saúde, considerando as características da Região de Saúde.

Art. 10. Os serviços de atenção hospitalar e os ambulatoriais especializados, entre outros de maior complexidade e densidade tecnológica, serão referenciados pelas Portas de Entrada de que trata o art. 9º.

Art. 11. O acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde será ordenado pela atenção primária e deve ser fundado na avaliação da gravidade do risco individual e coletivo e no critério cronológico, observadas as especificidades previstas para pessoas com proteção especial, conforme legislação vigente.

Parágrafo único. A população indígena contará com regramentos diferenciados de acesso, compatíveis com suas especificidades e com a necessidade de assistência integral à sua saúde, de acordo com disposições do Ministério da Saúde.

Art. 12. Ao usuário será assegurada a continuidade do cuidado em saúde, em todas as suas modalidades, nos serviços, hospitais e em outras unidades integrantes da rede de atenção da respectiva região.

Parágrafo único. As Comissões Intergestores pactuarão as regras de continuidade do acesso às ações e aos serviços de saúde na respectiva área de atuação.

Art. 13. Para assegurar ao usuário o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde do SUS, caberá aos entes federativos, além de outras atribuições que venham a ser pactuadas pelas Comissões Intergestores:

I - garantir a transparência, a integralidade e a equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde;

II - orientar e ordenar os fluxos das ações e dos serviços de saúde;

III - monitorar o acesso às ações e aos serviços de saúde; e

IV - ofertar regionalmente as ações e os serviços de saúde.

Art. 14. O Ministério da Saúde disporá sobre critérios, diretrizes, procedimentos e demais medidas que auxiliem os entes federativos no cumprimento das atribuições previstas no art. 13.

CAPÍTULO III

DO PLANEJAMENTO DA SAÚDE

Art. 15. O processo de planejamento da saúde será ascendente e integrado, do nível local até o federal, ouvidos os respectivos Conselhos de Saúde, compatibilizando-se as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros.

§ 1º O planejamento da saúde é obrigatório para os entes públicos e será indutor de políticas para a iniciativa privada.

§ 2º A compatibilização de que trata o **caput** será efetuada no âmbito dos planos de saúde, os quais serão resultado do planejamento integrado dos entes federativos, e deverão conter metas de saúde.

§ 3º O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, de acordo com as características epidemiológicas e da organização de serviços nos entes federativos e nas Regiões de Saúde.

Art. 16. No planejamento devem ser considerados os serviços e as ações prestados pela iniciativa privada, de forma complementar ou não ao SUS, os quais deverão compor os Mapas da Saúde regional, estadual e nacional.

Art. 17. O Mapa da Saúde será utilizado na identificação das necessidades de saúde e orientará o planejamento integrado dos entes federativos, contribuindo para o estabelecimento de metas de saúde.

Art. 18. O planejamento da saúde em âmbito estadual deve ser realizado de maneira regionalizada, a partir das necessidades dos Municípios, considerando o estabelecimento de metas de saúde.

Art. 19. Compete à Comissão Intergestores Bipartite - CIB de que trata o inciso II do art. 30 pactuar as etapas do processo e os prazos do planejamento municipal em consonância com os planejamentos estadual e nacional.

CAPÍTULO IV

DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Art. 20. A integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde, mediante referenciamento do usuário na rede regional e interestadual, conforme pactuado nas Comissões Intergestores.

Seção I

Da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde - RENASES

Art. 21. A Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde - RENASES compreende todas as ações e serviços que o SUS oferece ao usuário para atendimento da integralidade da assistência à saúde.

Art. 22. O Ministério da Saúde disporá sobre a RENASES em âmbito nacional, observadas as diretrizes pactuadas pela CIT.

Parágrafo único. A cada dois anos, o Ministério da Saúde consolidará e publicará as atualizações da RENASES.

Art. 23. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios pactuarão nas respectivas Comissões Intergestores as suas responsabilidades em relação ao rol de ações e serviços constantes da RENASES.

Art. 24. Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios poderão adotar relações específicas e complementares de ações e serviços de saúde, em consonância com a RENASES, respeitadas as responsabilidades dos entes pelo seu financiamento, de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores.

Seção II

Da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME

Art. 25. A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME compreende a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS.

Parágrafo único. A RENAME será acompanhada do Formulário Terapêutico Nacional - FTN que subsidiará a prescrição, a dispensação e o uso dos seus medicamentos.

Art. 26. O Ministério da Saúde é o órgão competente para dispor sobre a RENAME e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas em âmbito nacional, observadas as diretrizes pactuadas pela CIT.

Parágrafo único. A cada dois anos, o Ministério da Saúde consolidará e publicará as atualizações da RENAME, do respectivo FTN e dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas.

Art. 27. O Estado, o Distrito Federal e o Município poderão adotar relações específicas e complementares de medicamentos, em consonância com a RENAME, respeitadas as responsabilidades dos entes pelo financiamento de medicamentos, de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores.

Art. 28. O acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica pressupõe, cumulativamente:

I - estar o usuário assistido por ações e serviços de saúde do SUS;

II - ter o medicamento sido prescrito por profissional de saúde, no exercício regular de suas funções no SUS;

III - estar a prescrição em conformidade com a RENAME e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas ou com a relação específica complementar estadual, distrital ou municipal de medicamentos; e

IV - ter a dispensação ocorrido em unidades indicadas pela direção do SUS.

§ 1º Os entes federativos poderão ampliar o acesso do usuário à assistência farmacêutica, desde que questões de saúde pública o justifiquem.

§ 2º O Ministério da Saúde poderá estabelecer regras diferenciadas de acesso a medicamentos de caráter especializado.

Art. 29. A RENAME e a relação específica complementar estadual, distrital ou municipal de medicamentos somente poderão conter produtos com registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA.

CAPÍTULO V
DA ARTICULAÇÃO INTERFEDERATIVA

Seção I

Das Comissões Intergestores

Art. 30. As Comissões Intergestores pactuarão a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde, sendo:

I - a CIT, no âmbito da União, vinculada ao Ministério da Saúde para efeitos administrativos e operacionais;

II - a CIB, no âmbito do Estado, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais; e

III - a Comissão Intergestores Regional - CIR, no âmbito regional, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais, devendo observar as diretrizes da CIB.

Art. 31. Nas Comissões Intergestores, os gestores públicos de saúde poderão ser representados pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS e pelo Conselho Estadual de Secretarias Municipais de Saúde - COSEMS.

Art. 32. As Comissões Intergestores pactuarão:

I - aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, de acordo com a definição da política de saúde dos entes federativos, consubstanciada nos seus planos de saúde, aprovados pelos respectivos conselhos de saúde;

II - diretrizes gerais sobre Regiões de Saúde, integração de limites geográficos, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federativos;

III - diretrizes de âmbito nacional, estadual, regional e interestadual, a respeito da organização das redes de atenção à saúde, principalmente no tocante à gestão institucional e à integração das ações e serviços dos entes federativos;

IV - responsabilidades dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde, de acordo com o seu porte demográfico e seu desenvolvimento econômico-financeiro, estabelecendo as responsabilidades individuais e as solidárias; e

V - referências das regiões intraestaduais e interestaduais de atenção à saúde para o atendimento da integralidade da assistência.

Parágrafo único. Serão de competência exclusiva da CIT a pactuação:

I - das diretrizes gerais para a composição da RENASES;

II - dos critérios para o planejamento integrado das ações e serviços de saúde da Região de Saúde, em razão do compartilhamento da gestão; e

III - das diretrizes nacionais, do financiamento e das questões operacionais das Regiões de Saúde situadas em fronteiras com outros países, respeitadas, em todos os casos, as normas que regem as relações internacionais.

Seção II

Do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde

Art. 33. O acordo de colaboração entre os entes federativos para a organização da rede interfederativa de atenção à saúde será firmado por meio de Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde.

Art. 34. O objeto do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde é a organização e a integração das ações e dos serviços de saúde, sob a responsabilidade dos entes federativos em uma Região de Saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários.

Parágrafo único. O Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde resultará da integração dos planos de saúde dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde, tendo como fundamento as pactuações estabelecidas pela CIT.

Art. 35. O Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde definirá as responsabilidades individuais e solidárias dos entes federativos com relação às ações e serviços de saúde, os indicadores e as metas de saúde, os critérios de avaliação de desempenho, os recursos financeiros que serão disponibilizados, a forma de controle e fiscalização da sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde.

§ 1º O Ministério da Saúde definirá indicadores nacionais de garantia de acesso às ações e aos serviços de saúde no âmbito do SUS, a partir de diretrizes estabelecidas pelo Plano Nacional de Saúde.

§ 2º O desempenho aferido a partir dos indicadores nacionais de garantia de acesso servirá como parâmetro para avaliação do desempenho da prestação das ações e dos serviços definidos no Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde em todas as Regiões de Saúde, considerando-se as especificidades municipais, regionais e estaduais.

Art. 36. O Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde conterá as seguintes disposições essenciais:

I - identificação das necessidades de saúde locais e regionais;

II - oferta de ações e serviços de vigilância em saúde, promoção, proteção e recuperação da saúde em âmbito regional e inter-regional;

III - responsabilidades assumidas pelos entes federativos perante a população no processo de regionalização, as quais serão estabelecidas de forma individualizada, de acordo com o perfil, a organização e a capacidade de prestação das ações e dos serviços de cada ente federativo da Região de Saúde;

IV - indicadores e metas de saúde;

V - estratégias para a melhoria das ações e serviços de saúde;

VI - critérios de avaliação dos resultados e forma de monitoramento permanente;

VII - adequação das ações e dos serviços dos entes federativos em relação às atualizações realizadas na RENASES;

VIII - investimentos na rede de serviços e as respectivas responsabilidades; e

IX - recursos financeiros que serão disponibilizados por cada um dos partícipes para sua execução.

Parágrafo único. O Ministério da Saúde poderá instituir formas de incentivo ao cumprimento das metas de saúde e à melhoria das ações e serviços de saúde.

Art. 37. O Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde observará as seguintes diretrizes básicas para fins de garantia da gestão participativa:

I - estabelecimento de estratégias que incorporem a avaliação do usuário das ações e dos serviços, como ferramenta de sua melhoria;

II - apuração permanente das necessidades e interesses do usuário; e

III - publicidade dos direitos e deveres do usuário na saúde em todas as unidades de saúde do SUS, inclusive nas unidades privadas que dele participem de forma complementar.

Art. 38. A humanização do atendimento do usuário será fator determinante para o estabelecimento das metas de saúde previstas no Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde.

Art. 39. As normas de elaboração e fluxos do Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde serão pactuados pelo CIT, cabendo à Secretaria de Saúde Estadual coordenar a sua implementação.

Art. 40. O Sistema Nacional de Auditoria e Avaliação do SUS, por meio de serviço especializado, fará o controle e a fiscalização do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde.

§ 1º O Relatório de Gestão a que se refere o inciso IV do art. 4º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, conterá seção específica relativa aos compromissos assumidos no âmbito do Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde.

§ 2º O disposto neste artigo será implementado em conformidade com as demais formas de controle e fiscalização previstas em Lei.

Art. 41. Aos partícipes caberá monitorar e avaliar a execução do Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde, em relação ao cumprimento das metas estabelecidas, ao seu desempenho e à aplicação dos recursos disponibilizados.

Parágrafo único. Os partícipes incluirão dados sobre o Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde no sistema de informações em saúde organizado pelo Ministério da Saúde e os encaminhará ao respectivo Conselho de Saúde para monitoramento.

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 42. Sem prejuízo das outras providências legais, o Ministério da Saúde informará aos órgãos de controle interno e externo:

I - o descumprimento injustificado de responsabilidades na prestação de ações e serviços de saúde e de outras obrigações previstas neste Decreto;

II - a não apresentação do Relatório de Gestão a que se refere o inciso IV do art. 4º da Lei no 8.142, de 1990;

III - a não aplicação, malversação ou desvio de recursos financeiros; e

IV - outros atos de natureza ilícita de que tiver conhecimento.

Art. 43. A primeira RENASES é a somatória de todas as ações e serviços de saúde que na data da publicação deste Decreto são ofertados pelo SUS à população, por meio dos entes federados, de forma direta ou indireta.

Art. 44. O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes de que trata o § 3º do art. 15 no prazo de cento e oitenta dias a partir da publicação deste Decreto.

Art. 45. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 28 de junho de 2011; 190º da Independência e 123º da República.

DILMA ROUSSEFF
Alexandre Rocha Santos Padilha

Este texto não substitui o publicado no DOU de 29.6.2011