ADRIANA MARIA ANDRÉ

**GESTÃO DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE E DE
PESSOAS: TENDÊNCIAS PARA A PRÓXIMA DÉCADA**

Tese apresentada à Escola de Enfermagem
da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de Concentração: Fundamentos e
Práticas de Gerenciamento em Enfermagem
e em Saúde.

Orientadora:
Prof^a Dr^a Maria Helena Trench Ciampone.

SÃO PAULO

2010

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____ Data ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)

Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

André, Adriana Maria

Gestão de unidades básicas de saúde e de pessoas: tendências para a próxima década / Adriana Maria André. -- São Paulo, 2010.

182 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Profª Drª Maria Helena Trench Ciampone.

1. Organização (Administração) 2. Administração de recursos humanos 3. Educação em Saúde - Tendências I. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Adriana Maria André

Gestão de unidades básicas de saúde e de pessoas: tendências para a próxima década

Tese apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de Concentração: Fundamentos e Práticas de Gerenciamento em Enfermagem e em Saúde.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Rêne e Olga, e ao meu irmão Antonio André, meus exemplos.

À minha orientadora Maria Helena T. Ciampone, pelos ensinamentos e paciência.

Ao meu líder Paulo Mattos de Lemos, pela confiança e norteammento constante.

André AM. Gestão de unidades básicas de saúde e de pessoas: tendências para a próxima década. [tese]. São Paulo: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2010.

RESUMO

A comunidade global, via rede de observatórios de recursos humanos em saúde, propõe ações visando à valorização dos recursos humanos na próxima década, e o Pró-Saúde incentiva a produção de pesquisas acadêmicas que gerem conhecimentos que favoreçam implementar estratégias para reforçar a formação de profissionais de saúde para atuar nos cenários locais. Com esse pressuposto, os objetivos da pesquisa foram: identificar quais fatores estariam produzindo novas tendências no gerenciamento das UBS, que mudanças os gestores projetam nos modelos de gestão, identificar as dificuldades dos mesmos, quanto ao gerenciamento de sua equipe e como as políticas de gestão de pessoas influem nesse processo; identificar se estes estão a par das tendências do macro contexto e das modificações impulsionadas pelas Organizações Sociais de Saúde; identificar o perfil de competências para ocupar esse cargo e formular propostas de desenvolvimento de recursos humanos em saúde alinhadas às novas demandas da próxima década. Para atingir os objetivos da pesquisa, foi utilizada a Metodologia Delphi, que é uma técnica de pesquisa prospectiva. Os métodos prospectivos são adequados basicamente para dois tipos de situações: para prever quando um novo processo ou produto será largamente adotado e quais novos desenvolvimentos ou descobertas ocorrerão em uma área específica. Os resultados mostraram que as Unidades Básicas de Saúde não estão se antecipando às mudanças do ambiente externo. A formação e a educação permanente de profissionais de saúde para assumir a gestão desses serviços estão desalinhadas das tendências. Os perfis evidenciados quanto à formação do gestor e as competências para o cargo foram: ter formação acadêmica geral em Ciências da Saúde e específicas em gestão de serviços de saúde, ter

responsabilidade ética e social, ter visão sistêmica abrangente e de longo prazo; ter comunicação eficaz; saber negociar; saber gerir as mudanças e conflitos, desenvolver e aglutinar equipes, ter competência política, ser um bom negociador, saber liderar e trabalhar com planos, ações e resultados. Conclusões: o recrutamento, a seleção, o desenvolvimento e a avaliação desses profissionais devem ser norteados pela avaliação dessas competências e essas devem estar alinhadas à missão, à visão, aos valores e aos modelos de gestão. A formação acadêmica deve ser revista não só quanto aos conteúdos, mas também quanto às formas e estratégias de desenvolvimento desses profissionais alinhados ao contexto atual.

Descritores: Organização (Administração); Administração de Recursos Humanos; Educação em Saúde - Tendências.

André AM. Health care unit and human resource management: trends for the next decade [tese]. São Paulo: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2010.

ABSTRACT

The global community, via Observatories Network of Human Resources for Health proposes actions aimed at upgrading human resources in the next decade and Pro-Health encourages the production of academic research; they manage to implement strategies that encourage knowledge to strengthen the training of health professionals to act in the local scenarios. By means of this assumption, the research objectives were: To identify what factors would be producing new trends in the management of the Basic Health Units, which changes are managers projecting in the management models, identify the most important problems and difficulties that the managers are facing, identify the difficulties to manage the team and how people policies management affects this process, to identify whether they are aware of the trends in the macro context and the changes pushed by the Social Organizations of Health, to identify the profile of skills to fill this position and to formulate proposals for human health resource development aligned to the new demands of the next decade. To achieve the objectives of the research the use of Delphi Methodology as a prospective technique was chosen, prospective methods are suitable primarily for two types of situations: to predict when a new process or product will be widely adopted and what new developments or discoveries occur in a particular area. The results showed that the Basic Health Units are not anticipating the changes in the external environment. Training and continuing education of health professionals to assume management of these services are misaligned trends. The profiles shown on the manager's training and skills for the position were: General Education in Health Sciences and Specific Education in Management of Health Services, talking about the competences listed they were: Ethics and Social Responsibility, Systemic Vision in a Comprehensive

Long-Term, Effective Communication, Manage Change and Conflict, Develop and Unite Teams, Political Skills, Negotiation, Ability to Lead and Work with Plans, Actions and Results. Conclusions: Recruitment, Selection, Development and Evaluation of these professionals should be guided by the assessment of these skills and these should be aligned to the mission, vision, values and management models. The academic education should be reviewed not only about their content, but also on ways and strategies of these professional development aligned to the current context.

Descriptors: Organization (Administration); Human Resources Management; Health Education - Trends.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Modalidades contratuais	38
Tabela 2 – Diagnóstico mínimo do Município de São Paulo	58
Tabela 3 – Dados socioeconômicos	59
Tabela 4 – Dados de mortalidade	60
Tabela 5 – Dados de nascidos vivos	60
Tabela 6 – Dados de estrutura e produção de serviços	61
Tabela 7 – Comparação entre Gerentes e eles mesmos	72
Tabela 8 – Comparação entre Gerentes e <i>Experts</i>	73

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – OSS/SUS/Hospitais, conforme instituição mantenedora, São Paulo, 2007	43
Quadro 2 – Organizações Sociais qualificadas na forma da Lei Municipal nº 14.132, de 24/01/2006 no Município de São Paulo até 31/10/2007, São Paulo – 2007	46
Quadro 3 – Perfil dos gestores da supervisão técnica de área do Butantã	68
Quadro 4 – Caracterização das Unidades	69
Quadro 5 – Quadro das questões e respectivas médias por rodada	75

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 – LEI Nº 9.637, DE 15 DE MAIO DE 1998	147
Anexo 2 – LEI COMPLEMENTAR Nº 846, DE 4 DE JUNHO DE 1998	156
Anexo 3 – DECRETO N.º 47.012, DE 21 DE FEVEREIRO DE 2006	164
Anexo 4 – CARTA DE AUTORIZAÇÃO DA SMS	168
Anexo 5 – CARTA AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	171
Anexo 6 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	174
Anexo 7 – QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DO ENTREVISTADO	176
Anexo 8 – QUESTIONÁRIO DE PESQUISA	178
Anexo 9 – PROGRAMA DA <i>WHARTON SCHOOL</i> UTILIZADO PARA INSERIR O QUESTIONÁRIO DA PESQUISA	182

LISTA DE SIGLAS

AMAS	Ambulatório Médico Assistencial
CEFOR	Centro de Formação dos Trabalhadores
CEINFO	Coordenação de Epidemiologia e Informação
CENDES	Centro Nacional de Desenvolvimento
CEPI	Centro de Epidemiologia, Pesquisa e Informação
CNTSS	Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social
COAS	Centro de Organização da Atenção à Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
FENAM	Federação Nacional dos Médicos
GERUS	Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas do Sistema Único de Saúde – SUS
HCOR	Hospital do Coração
HCTV	Canal de TV do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP
MTb	Ministério do Trabalho e Emprego
NASF	Núcleos de Apoio a Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
OSCIP	Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
OSS	Organizações Sociais de Saúde
PAM	Posto de Assistência Médica
PROHASA	Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
SES	Secretaria Estadual da Saúde
SILOS	Curso de Gerência de Sistemas Locais de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	13
1 INTRODUÇÃO	17
2 HIPÓTESES E OBJETIVOS DA PESQUISA	27
2.1 HIPÓTESES	27
2.2 OBJETIVO GERAL	28
2.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	28
3 REFERENCIAL TEÓRICO	29
4 PERCURSO METODOLÓGICO	50
4.1 MODALIDADE DA PESQUISA	50
4.2 ASPECTOS ÉTICOS	54
4.3 CAMPO DE ESTUDO	55
4.3.1 Cenário: caracterização	55
4.3.2 Sujeitos	62
4.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	63
4.4.1 Etapas da Pesquisa	63
4.5 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE	65
5 ANÁLISE DOS RESULTADOS	67
5.1 CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DOS GESTORES DA SUPERVISÃO TÉCNICA DE ÁREA DO BUTANTÃ	67
5.2 CARACTERIZAÇÃO DAS UNIDADES DA SUPERVISÃO TÉCNICA DE ÁREA DO BUTANTÃ	68
5.3 RESULTADOS INTRA-RODADA (Primeira Rodada Gerentes)	70
5.4 RESULTADOS INTRA-RODADA (Segunda Rodada <i>Experts</i>)	71
5.5 RESULTADOS DA TERCEIRA RODADA	71
5.6 ANÁLISE COMPARATIVA DAS RODADAS 1, 2 E 3	72
5.7 QUARTA RODADA	76
5.7.1 Análise da Quarta Rodada	79
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	128
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	140
8 ANEXOS	147

APRESENTAÇÃO

Na pesquisa realizada por André (2006), com o objetivo de compreender quais eram, na percepção dos gestores de Unidades Básicas de Saúde, as competências necessárias ao desenvolvimento eficaz do trabalho do profissional que ocupa tal posição, os principais resultados destacados foram:

- o desempenho do gerente da Unidade representa um “nó crítico” importante do sistema de saúde local;

- a falta de perfil adequado e de formação em gestão do gerente da Unidade predispõe, devido à falta de visão sistêmica e planejamento prévio, ao re-trabalho e pouca resolutividade dos serviços por ele chefiados;

- na prática, as ações desenvolvidas no âmbito local evidenciam que coexistem modelos assistenciais distintos, pautados em diferentes lógicas;

- essas ações são intermediadas pelos interlocutores das diferentes áreas, gerando uma multiplicidade de planos a serem executados pelos mesmos agentes operacionais;

- os gerentes locais e suas equipes são deslocados da Unidade ou recebem solicitações diretas dos interlocutores da SMS, sem que haja um planejamento prévio alinhado com as outras esferas hierárquicas;

- o sistema é pautado em desconcentração, ou seja, tarefas são delegadas, porém sem conferir autonomia para implementação ou mudança tática, caso seja necessário;

- um dos grandes problemas elencados pelos gerentes foi a falta de continuidade dos projetos em razão das mudanças constantes nas lideranças, por questões político-partidárias;

- quanto às competências requeridas para a gestão, os gerentes referiram ser importante ter informações sobre as normas e regras da Instituição e ter conhecimentos gerais sobre saúde pública, mas não conseguiram atingir consenso ao elencar as competências necessárias para o cargo.

Outro fator verificado é que independente de ter ou não participado de curso de capacitação interna em gestão, as rotinas do dia a dia dos gestores estudados não se modificaram.

No período em que a pesquisa de André foi desenvolvida, em 2006, iniciava-se, na Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, um trabalho de desenvolvimento de novas estratégias na gestão de saúde, visando à profissionalização da área, por meio de uma consultoria externa.

A Coordenadoria Regional Sul, por sua vez, estava realizando o desdobramento das macrometas da SMS para a região e as Unidades, bem como treinando os gestores locais para trabalharem o desenvolvimento dos planos de ação para as suas áreas de abrangência juntamente com suas equipes.

Em 2009, no entanto, observamos que os novos componentes das lideranças regionais e locais desconheciam todos esses trabalhos realizados naquele período, corroborando com a afirmativa dos gestores sobre a descontinuidade dos projetos.

André (2006) finalizou a pesquisa defendendo que, para haver a ascensão de profissionais à posição de gestor de uma Unidade Básica de Saúde ou a quaisquer Serviços de Saúde, deveria ser instituído um Sistema de Avaliação de Competências e os cursos específicos de Gestão em Saúde deveriam constituir-se em pré-requisito.

Tal defesa baseava-se no fato de que o despreparo do gestor influenciava diretamente no modo de operacionalização das estratégias e na dinâmica das equipes envolvidas nos serviços, contribuindo para a ineficácia e ineficiência dos processos.

Em continuidade, a pesquisa atual busca compreender, de modo mais amplo, as transversalidades que influem direta e indiretamente na gestão de serviços públicos de saúde, no âmbito da atenção básica.

Dessa forma, a presente investigação põe em foco gerentes de outra região do Município de São Paulo. Nessa região, o perfil socioeconômico e cultural dos habitantes representa o oposto da região onde as UBS se localizavam nessa pesquisa anterior.

Essa diversidade permitira verificar se a fragmentação nos processos, a falta de autonomia do gestor, a descontinuidade dos projetos a cada mudança nas lideranças, a influência político-partidária, muitas vezes

ignorando a necessidade real de cada região, constituem transversalidades que influenciam da mesma maneira o gerenciamento das UBSs, ou se existem particularidades.

A finalidade precípua da presente investigação é melhor compreender o cenário atual e as tendências na gestão em saúde, bem como identificar o perfil e as competências a serem buscadas no profissional que irá exercer o gerenciamento de Unidades Básicas nessa área.

O impacto esperado é que as Instituições de Ensino Superior, formadoras de profissionais de saúde, assim como as próprias Instituições prestadoras de serviços busquem tanto o alinhamento da formação profissional desenvolvendo competências gerenciais, quanto contribuam para o desenvolvimento dos profissionais que atuam no exercício dessa função gerencial.

1 INTRODUÇÃO

Representantes dos observatórios de Recursos Humanos em Saúde, de todo o continente americano, participaram, de 4 a 7 de outubro de 2005, em Toronto, Canadá, da sétima reunião regional de uma rede denominada Rede de Observatórios de Recursos Humanos em Saúde.

Essa reunião foi promovida pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e contou com a participação de 118 representantes dos governos, entidades profissionais e agências de cooperação internacional de 29 países, além de representantes de quatro escritórios regionais da Organização Mundial de Saúde.

A meta estabelecida nesse encontro foi gerar consenso sobre estratégias e políticas adequadas para enfrentar os desafios relacionados aos Recursos Humanos em Saúde, considerando a próxima década, nas Américas.

Os cinco principais desafios elencados para a próxima década, por meio de consulta prévia, realizada com os principais atores institucionais de cada uma das entidades dos países representados, foram reunidos em um relatório.

A consulta, executada pelos Ministérios da Saúde de cada país vinculado a essa rede de Observatórios, também questionava os principais objetivos de longo prazo relacionados à gestão dos recursos humanos, além de assinalar os problemas mais críticos em cada país.

Durante esse encontro, cinco desafios foram discutidos em três sessões de trabalho, gerando o documento “Chamado para a Ação de Toronto – 2006-2015: uma década de Recursos Humanos em Saúde”.

Neste documento destaca-se a necessidade de mobilizar vontades políticas, recursos e atores institucionais para contribuir com o desenvolvimento dos recursos humanos em saúde e garantir o acesso universal a serviços de saúde de qualidade para todos, além de alcançar os objetivos de desenvolvimento do milênio.

Os desafios globais e os desafios das Américas, relacionados aos Recursos Humanos em Saúde, e as perspectivas foram apresentadas em um painel em que se discutiu o papel das políticas e planos; o recrutamento, o gerenciamento e a migração dos trabalhadores; a necessidade de integração entre instituições de ensino e serviços de saúde; e os investimentos em recursos humanos que se fariam necessários.

Outros temas abordados diziam respeito ao fortalecimento das lideranças na área da saúde, ao aumento do investimento em recursos humanos e à melhoria na produção e difusão de informações para a tomada de decisão.

Foi consenso incluir os temas de formação e capacitação de RH dentre as orientações estratégicas.

A adequação da força de trabalho às mudanças almejadas no sistema de saúde foi um dos desafios estratégicos mencionados. Além disso, também se discutiu a distribuição dos trabalhadores em locais estratégicos para a melhoria da assistência.

As linhas de ação definidas para os países participantes também foram apontadas e, entre elas, figuraram a promoção da cooperação técnica. Isso explica porque a década ficou definida como a década da Formação de Recursos Humanos em Saúde – contemplando o período compreendido entre 2006 e 2014, focando a problemática detectada no cenário global, e definindo princípios norteadores, pressupostos e metas específicas para os países da América Latina e do Caribe.

Neste contexto, com a intenção de reforçar essas diretrizes de formação dos recursos humanos, destaca-se no cenário nacional, o Programa Pró-Saúde¹, lançado em 03 de novembro de 2005, por meio da Portaria Interministerial do Ministério da Saúde e Ministério da Educação. Este programa se inspira na avaliação do Promed², que foi dirigido às escolas médicas, incentivando e mantendo apoio aos processos de mudança curricular em 19 escolas médicas brasileiras.

O Pró-Saúde tem a perspectiva de que os processos de reorientação da formação ocorram simultaneamente em distintos eixos, em direção à situação desejada apontada pelas Instituições de Ensino Superior (IES), antevendo uma formação integrada aos serviços públicos de saúde e que dê respostas às necessidades concretas de formação de recursos humanos, contemplando a produção de conhecimento e a prestação de serviços direcionados a construir o fortalecimento do SUS.

¹ Disponível em: <http://www.prosaude.org> [consultado em 7/11/2007].

² Disponível em: http://www.promede/page.php?menu_ed=2263&pos-esq [consultado em 7/11/2007].

Esta iniciativa visa à aproximação entre a formação de graduação no País e as necessidades da atenção básica. O distanciamento entre os mundos acadêmico e o da prestação real dos serviços de saúde vem sendo apontado, em todo mundo, como um dos fatores que corroboram para a crise do setor da Saúde.

Em relação às tendências da formação acadêmica, não tem havido pró-atividade por parte das IES, mas um movimento a reboque das práticas. Muitas vezes, os conhecimentos produzidos em pesquisas acadêmicas, ao serem socializados por meio de publicações, já não propiciam norteamentos proativos, pois a realidade local, regional ou nacional muda rapidamente ao passo que a pesquisa aguarda publicação que nem sempre é consumida por profissionais que se encontram trabalhando nos serviços locais.

De todo modo, por meio da rede de observatório de RH, a comunidade global tem tomado consciência da importância da formação dos trabalhadores de saúde. O documento síntese que propõe uma década em que os recursos humanos devem receber maior valorização e atenção; as pesquisas geradas na academia que focam a formação e desenvolvimento de RH favorecendo implementar estratégias para melhor formação e capacitação de profissionais de saúde, constituem-se em aspectos importantes que acenam na direção de mudanças.

Profissionais de saúde mais qualificados serão capazes de prestar assistência de melhor qualidade buscando a resolutividade das necessidades de saúde, gestores mais bem qualificados poderão, por meio

de uma visão sistêmica e abrangente, analisar melhor os cenários e planejar as ações locais, ou regionais de forma mais adequada.

Mediante as considerações tecidas e retomando o foco da presente investigação, que é a formação dos gerentes de serviços de atenção básica, torna-se necessário a análise de outros fatores que influenciam, direta e indiretamente, na gestão os quais não dizem respeito somente à formação.

A Secretaria Municipal de Saúde na Cidade de São Paulo passa por transformações importantes, no que tange à forma como os trabalhadores se inserem nos serviços, o que implica diretamente na gestão das Unidades Básicas de Saúde e especificamente na gestão dos recursos humanos.

O quadro atual dos colaboradores que atuam nesse âmbito é regido por legislações diferentes, dependendo da forma de inserção do profissional. Essa vinculação pode ocorrer via concurso público, via contratação por instituição parceira em co-gestão com a SMS e, no caso das áreas em que já existem as Organizações Sociais de Saúde, de maneira mais autônoma.

Quanto às diferentes vias de contratação, é importante considerar que a ação do gestor é proporcionalmente mais limitada a depender da forma de contratação dos profissionais que compõem a sua equipe (Pierantoni, 2000).

No que tange ao servidor público, regido pelo sistema estatutário, a maior parte dos termos da relação de trabalho e dos direitos e deveres

estão previstos e especificados em lei. O servidor não pode ser demitido sem um longo processo administrativo, no caso de transferência esta não ocorre sem a anuência do mesmo, da Supervisão Técnica de Área e da Coordenadoria Regional de Saúde (Lei 8.989/79)³.

Nessa forma de inserção, não existe mobilidade na carreira, a remuneração segue regras ligadas a tempo de serviço e o plano de carreira recém implantado só leva em consideração os cursos realizados após o período probatório de 03 anos considerados nos limites de um teto máximo de pontuação permitida⁴.

Existe uma avaliação de desempenho anual a ser realizada pelo superior hierárquico imediato, bem como foi implantada uma avaliação com os mesmos quesitos para o subordinado avaliar o seu superior.

Essa avaliação, no entanto, nem sempre esta associada à capacidade de “entrega” de resultados do profissional, levando-se em consideração as metas da unidade, muitas vezes ela é baseada nas relações de amizade ou conexões de ordem político-partidária.

Os profissionais que optaram por integrar o Programa de Saúde da Família, hoje denominado Estratégia Saúde da Família, foram contratados no regime da Consolidação das Leis do Trabalho pela Instituição

³ Estatuto dos Funcionários Públicos do Município de São Paulo, Lei 8.989/79. disponível no site: <http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/gestaopublica/servidores/estatuto/0001>. [Consultado em 8/11/2007].

⁴ Lei 14.713, de 04 de Abril de 2008. Projeto de Lei 160/08 do Executivo. Lei 11.410, de 13 de agosto de 1993.

Parceira, com uma jornada e um salário complementar em relação aos concursados.

No caso dos celetistas, as associações parceiras realizam o recrutamento, a seleção e a contratação externa de profissionais.

Tal fato facilita os processos, inclusive quando durante o período de experiência se detecta que o profissional não possui o perfil adequado à função, possibilitando ao gerente desligá-lo.

Nesse caso, o profissional pode ser demitido e rapidamente substituído, porém, para que isso ocorra, ou no caso de transferência do funcionário para Unidades da mesma área de abrangência, tais ações também devem ser aprovadas pelas instâncias superiores da SMS.

Quanto à remuneração, esta segue tetos estabelecidos nos contratos com as instituições parceiras, porém o servidor recebe da Parceira o mesmo pacote de benefícios, oferecidos aos profissionais a ela especificamente ligados, que varia de Instituição para Instituição como: seguro saúde, odontológico, bolsas incentivo para cursos externos etc.

Observam-se, ainda, na mesma Unidade, serviços que são totalmente terceirizados como os de segurança e de limpeza que respondem a um supervisor de área da empresa contratada.

Os gerentes de serviços de saúde encontram dificuldades em gerenciar a qualidade dos serviços prestados, já que estes não se

encontram sob a sua administração direta e constata-se que existe uma rotatividade muito grande desses trabalhadores terceirizados.

No que tange ao gestor que é servidor público concursado, outros fatores que os desmotivam dizem respeito a não receberem repasse salarial da Instituição Parceira ou pacote de benefícios diferenciados e não terem autonomia para tomarem as decisões apesar de serem os atores que mais conhecem a realidade local.

No caso das Organizações Sociais (Anexo 1), estas têm autonomia para decidir o perfil de contratação, a remuneração, a jornada de trabalho, o pacote de benefícios, assim como toda a política de Gestão de Recursos Humanos a ser adotada. Sua missão é aplicar esses recursos repassados buscando atingir as metas pactuadas no plano de trabalho e as políticas de saúde, municipais, estaduais e federais em vigência.

Quando o gestor é um profissional do mercado recrutado, selecionado, contratado e treinado pela OSS (Organizações Sociais de Saúde), seu salário e pacote de benefícios é estipulado pela mesma, e o gestor possui mais agilidade e flexibilidade no que se refere à tomada de decisão e aos recursos disponíveis. Por outro lado, nas Unidades de Saúde, ainda existem os servidores estatutários (federais, estaduais e municipais), os servidores com regimes mistos, pois aderiram ao PSF, os celetistas contratados pelas associações parceiras, os prestadores de serviço que são plantonistas nas AMAs, além dos terceirizados dos serviços de segurança e limpeza, por isso há uma dificuldade na gestão adequada desses recursos.

As diferenças de jornada, remuneração, pacote de benefícios, bem como as diferenças na forma de cobrança para funcionários que exercem a mesma função representam bem esse grau de dificuldade (Pierantoni, 2000).

No tocante ao desenvolvimento desses profissionais, nota-se também a fragmentação e falta de controle e avaliação do processo, já que existem iniciativas por parte da SMS, da Instituição Parceira (que não atuam ainda como OSS), da terceirizada ou da OSS.

Partindo dessa premissa, verificam-se diferentes graus de conhecimento e entendimento dos profissionais, não só no tocante à formação e preparo para o desempenho de determinada função, mas quanto à abrangência e compreensão da missão e valores que permeiam os princípios e diretrizes do SUS.

O pressuposto é que estudar as melhores práticas de gestão pode propiciar melhorias nas práticas assistenciais diárias e na resolutividade dos serviços, sem entrar em conflito, ou se contrapor aos princípios que fundamentam a atenção básica no contexto do SUS.

O resgate desses aspectos possibilita a reflexão dessas variáveis que interferem diretamente na gestão das Unidades Básicas de Saúde.

As organizações são constituídas por pessoas e é com elas e por meio delas que se busca atingir o objetivo maior que, no caso das UBS, é prestar serviços de promoção à saúde e prevenção de agravos com

qualidade, direcionados à população adstrita em uma dada área de abrangência.

A pertinência e coerência da presente investigação baseiam-se no fato de que sem a compreensão dos cenários e das tendências na gestão não seria possível desenhar o perfil de competências necessárias para melhor preparar o gestor local (André, 2010).

2 HIPÓTESES E OBJETIVOS DA PESQUISA

2.1 HIPÓTESES

Nos próximos dez anos as mudanças no ambiente externo continuarão afetando a vida das organizações em ritmo acelerado. Como decorrência, os modelos de gestão, reconhecidamente uma variável dependente, deverão adaptar-se ou antecipar-se às mudanças constituindo demandas específicas nos serviços de saúde. Assim, as políticas, inclusive a de gestão de pessoas, deverão imprimir importantes direcionalidades na formação e no desenvolvimento contínuo dos profissionais de saúde para gerir os serviços integrados ao SUS.

1. As Unidades Básicas de Saúde não estão se antecipando às mudanças do ambiente externo no que tange ao desenvolvimento de políticas de gestão em geral, inclusive no que tange às pessoas.
2. A formação e a educação permanente de profissionais de saúde para assumir a gestão desses serviços estão desalinhadas das tendências.

Diante disso, propõem-se como objetivos da presente investigação:

2.2 OBJETIVO GERAL

- Identificar junto aos gestores dos Serviços de Atenção Básica da Supervisão Técnica de Área do Butantã, da Coordenadoria Regional de Saúde Oeste do Município de São Paulo, quais fatores estariam produzindo novas tendências no gerenciamento das UBS, bem como que mudanças estes gestores projetam nos modelos de gestão, considerando o espaço-território e cenário aos quais estes serviços pertencem.

2.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar focos de atenção e dificuldades dos gestores de UBS quanto ao gerenciamento de sua equipe e como as políticas de gestão de pessoas vigentes influem nesse processo.
- Identificar se estes gestores estão a par das tendências do macro contexto; e das possíveis modificações impulsionadas pelas Organizações Sociais de Saúde.
- Identificar o perfil de competências que o profissional de saúde que ocupa ou vier ocupar esses cargos deve ter, conforme a opinião dos gestores e dos “experts” da área.
- Formular propostas em que o desenvolvimento de recursos humanos em saúde esteja alinhado às novas demandas da próxima década, particularmente no que tange ao gestor.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Ao contemplar as tendências na Gestão de Unidades de Saúde e de pessoas, na segunda década do século XXI, no âmbito das Unidades Básicas de Saúde vinculadas à Secretaria Municipal de Saúde, é necessário resgatar elementos importantes do contexto histórico e da realidade desses serviços. Girardi (1996 e 1999), ao analisar a reforma setorial da saúde em países da América Latina e as reformas institucionais dela decorrentes, observa inobstante as peculiaridades dos processos em cada país, pontos de convergência entre eles, como: a redução da participação do estado na provisão e no financiamento direto dos serviços de saúde e a transferência paulatina destas funções para agentes constituídos no âmbito dos mercados e das próprias comunidades.

O autor aponta que o aparato estatal engessado pela rigidez excessiva das normas que regulam os modelos de gestão em vigor, de cunho ainda centralizador e hierarquizado, corrobora para a falta de autonomia dos dirigentes dos serviços públicos de saúde, e tem afetado a resolutividade, esperada na gestão dos mesmos.

Pinheiro (2009) discorre sobre uma das dimensões da assistência à saúde de grande relevância que não pode deixar de ser considerada, a relação com o poder, pois os interesses dos diversos atores envolvidos nas políticas e as relações com a autoridade influem diretamente nesse cenário.

Marinho (1996) refere que o modelo de administração burocrática em vigor é de cunho patrimonialista, com o objetivo dominante de conquistar e manter espaços de poder.

O poder permeia a cultura organizacional e dela deriva, sendo expressa pelos valores e visão de mundo de cada um de seus membros, que compactua com os interesses e expectativas do grupo.

Ao falarmos de poder e cultura organizacional, devemos abarcar a subjetividade e as intencionalidades que permeiam as relações e a sensação enganosa de sua magnitude, da ambição *versus* autoridade limitada.

“O poder está alhures, não se pode pegá-lo, ele sobredetermina o conjunto do sistema. Seus agentes são por vezes depositários provisórios, mas eles são intercambiáveis e desaparecem exatamente quando se desenvolve e se reforça sua dominação”.
(Pagés, 1987, p. 140)

Como em qualquer organização, seja ela pública ou privada de pequeno ou grande porte, é necessário compreender sua cultura, representada pelo conjunto de regras, valores, rotinas e normas que orientam ou restringem o comportamento dos membros a ela pertencentes.

Tal cultura pode ser apreendida por meio de artefatos visíveis ou invisíveis, mitos, ritos, processos de socialização de novos membros, história institucional e clima organizacional. Os estudiosos do tema afirmam que é possível mudar a cultura de uma organização. Contudo, essa mudança não é simples, pois a estabilidade e a cristalização constituem-se em defesas da segurança que o grupo precisa para manter o seu “*status quo*” (Schein, 2009).

Tendo em vista que a cultura organizacional é formada por elementos intangíveis, existentes no inconsciente do grupo, a mudança cultural bem-sucedida depende do gerenciamento da ansiedade, da avaliação da maturidade e das peculiaridades de cada membro do grupo e do grupo como um todo.

A missão, a visão, os valores e a cultura da Organização, assim como o modelo de gestão irão influenciar diretamente no estilo de liderança adotado pelos gestores. Quando nos referimos ao modelo de gestão adotado no Município de São Paulo, no que tange à área da saúde, temos de nos aprofundar no entendimento dos diferentes cenários que direta ou indiretamente nortearam os atores envolvidos nesse processo.

A liderança é a fonte das crenças e valores, portanto cabe ao líder saber influenciar os níveis mais profundos da cultura e lidar com a ansiedade gerada pelo desafio da mudança. Dessa forma, o comprometimento da liderança é essencial: “Se alguém deseja distinguir liderança de gestão ou administração, pode-se argumentar que a liderança cria e muda culturas, enquanto a gestão e a administração agem na cultura” (Schein, 2009, p. 10).

O gerente, portanto, é investido de autoridade formal na estrutura da Organização, mas isso não faz dele um líder, o contrário também deve ser colocado, muitas pessoas com competência para liderança podem não estar em posição formal de gestão dentro do organograma. O ideal seria que tais papéis complementares pudessem ser encontrados na mesma pessoa:

“Os programas de desenvolvimento de competências devem ter consciência que só se desenvolve uma competência que já exista, não sendo possível preparar indistintamente pessoas, seja como líderes, seja como administradores”. (Bergamini, 2009, p. 72)

Quando nos referimos ao desenvolvimento de competências e à compreensão da evolução do conceito, o referencial teórico nos conduz progressivamente a McClelland (1973), Boyatzis (1982), Le Boterf (1994, 2000) e Zarafian (2001, 2003). Esses estudiosos da área são reconhecidos, respectivamente, como os que fundamentaram os conceitos de competência, de forma mais estruturada, assinalando a importância de fixar ações ou comportamentos efetivos de acordo com as demandas de determinado cargo.

Hamel e Prahalad (1990), no final dos anos 80, contribuíram propondo o conceito de “competências essenciais”. A competência seria a capacidade de combinar, misturar e integrar recursos, em produtos e serviços.

As competências essenciais ou *Core Competences* de uma Organização é o que a diferencia das demais Organizações do mesmo segmento, sendo o seu diferencial competitivo.

O estudo da missão, da visão, dos valores, das competências essenciais, do modelo de gestão e de liderança de determinada Organização irão apontar para quais competências humanas básicas e do cargo ou da função serão requeridas das pessoas que nela busquem trabalhar.

Quando o tema é competência, deve-se ainda citar: Spencer (1993) que desenvolveu um importante trabalho em consultoria nos Estados Unidos, Parry (1996) e MacLagan (1997), que trabalharam a ideia de como as características da pessoa podem ajudar na “entrega”, ou seja, como ela mobiliza as competências na situação prática a fim de melhor resolver os problemas ou necessidades surgidas.

Woodruffe (1991), Amattuci (2000), Hipólito (2000), Silva (2003), Bitencourt (2001, 2004) contribuíram com extensa revisão bibliográfica e Fleury e Fleury (2000, 2001) defendem que a noção de competências aparece associada a verbos e expressões tais como: saber agir, mobilizar recursos, integrar saberes múltiplos e complexos, saber aprender, saber engajar, assumir responsabilidade e ter visão estratégica.

Le Bortef (1994) compara a competência a um “saber-mobilizar” e defende que essa se realiza na ação; Zarafian (2001, 2003) compreende que a competência é mobilizada em determinada situação da prática diária e vai além da qualificação usualmente definida pelos requisitos associados à posição; competência é a capacidade de agir eficazmente em um determinado tipo de situação, apoiada em conhecimentos, mas sem limitar-se a eles.

Para a realização desta pesquisa, será utilizado o conceito de Zarafian (2001) como referencial, uma vez que este considera competência a tomada de iniciativa e de responsabilidade do indivíduo; a inteligência prática das situações, que se apoia nos conhecimentos adquiridos e os transforma; a faculdade de mobilizar redes de atores em torno das mesmas

situações, a co-responsabilidade e a partilha do que está em jogo em cada situação.

As modificações que ocorreram com base nesse novo paradigma, dentro do contexto da gestão de pessoas, foram: o foco passou a estar no desenvolvimento e não no controle, o interesse dos profissionais passou a ser conciliado entre a empresa e o profissional e todos, os profissionais deviam desenvolver uma visão sistêmica, ou seja, compreender a Organização como um todo.

A gestão de pessoas baseada no modelo de competências encontra-se bem desenvolvida nas empresas produtoras de bens e nas prestadoras de serviços de outros segmentos.

As práticas do recrutamento, da seleção, do treinamento, da área de cargos e salários foram sendo modificadas conforme a necessidade de as empresas se tornarem mais competitivas em um mundo globalizado, onde buscar inovação e fugir da obsolescência passou a ser essencial.

O enfoque dado à condução dessas mudanças exigia a identificação de profissionais com novos potenciais, a construção de projetos individuais de desenvolvimento e uma política de formação dos recursos humanos com consequente avaliação de desempenho, remuneração e compensação pelos resultados.

As Organizações necessitavam de pessoas mais pró-ativas, capazes de tomar decisões e se responsabilizarem. Segundo Dutra (2007), inobstante o debate sobre a necessidade de revisão da forma de gestão de

peças e de repensar conceitos e ferramentas na área tenha começado nos anos 80, foi só a partir dos anos 90 que surgiram propostas mais concretas de mudança. O autor chama a atenção ao fato de que essas transformações não foram acompanhadas pelos conceitos e ferramentas que dão suporte a essa gestão, por boa parte das empresas.

No que diz respeito à área da saúde, podemos afirmar que são poucas as Organizações que acompanham as mudanças ocorridas desde a máxima taylorista da “busca da pessoa certa para o lugar certo”.

Atualmente, os cursos de formação de gestores referentes à área de pessoas oferecem disciplinas que habilitam esses profissionais a entenderem as organizações de maneira sistêmica. Os conteúdos desenvolvidos nesses cursos geralmente abordam: modelos de gestão; liderança e motivação; atração e seleção de pessoas; capacitação e desenvolvimento de pessoas; cargos, carreiras e remuneração; desenvolvimento de equipes; gestão do desempenho; gestão do conhecimento; gestão por competências; gestão de conflitos e negociação; cultura organizacional em ambiente de mudanças; ética empresarial e responsabilidade social; sistema de informações como apoio à gestão de pessoas; além das disciplinas básicas da área da administração geral.

Salienta-se que a administração de carreiras também passou por diferentes fases, destacando-se que, nas estruturas mais hierarquizadas e com maior rigidez organizacional, isso ocorria de forma unilateral, sem considerar as necessidades do quadro de profissionais.

Em uma segunda fase, as empresas levantavam as oportunidades que poderiam ser oferecidas aos seus profissionais e buscavam dentre esses quem tivesse o perfil indicado para as respectivas funções.

As propostas trabalhadas por Arthur e Rousseau (1996), no conceito da “Carreira sem Fronteiras”, consideram a definição de fronteira como “limite”. Os limites anteriores confinavam as pessoas a carreiras lineares, com foco funcional e especializado, a partir do momento que as pessoas estão envolvidas em experiências multifuncionais e em carreiras não lineares, tais limites deixam de existir, portanto as fronteiras não mais podem ser definidas.

Com relação ao conceito de “Carreira Proteana”, Hall (2002) defende que a carreira deve ser gerenciada pela pessoa e não pela organização, e a trajetória é permeada por novas habilidades, aprendizados, transições e trocas advindas das experiências de vida.

O autor descreve o desenvolvimento enquanto aprendizado contínuo, autodirigido de cunho relacional e fundado em desafios. Acrescenta, ainda, que os ingredientes para o sucesso mudaram seu foco do “saber como”, para o “aprender como”, da segurança no trabalho para a “empregabilidade”, do trabalho individual para o trabalho em equipe.

O papel das organizações neste enfoque, segundo o autor, é prover tarefas desafiadoras, recursos, informações e relações que propiciem o desenvolvimento e que a meta é o sucesso psicológico do profissional.

O conceito de “carreira caleidoscópica” citado por Mainero e Sullivan (2006) é a carreira criada em seus próprios termos, definidos pelos próprios valores, escolhas de vida e parâmetros do profissional e não pela organização. A figura do caleidoscópio propõe a ideia de movimento e dinamicidade, assim como a vida muda, a carreira pode mudar, e o indivíduo é quem controla essas mudanças.

O ABC do modelo de carreiras caleidoscópicas indica que os indivíduos possuem três necessidades prementes quando tomam decisões quanto às suas carreiras como: a necessidade de autenticidade, de balanço e de desafio.

Ao trazer as tendências na gestão de pessoas para a área da Saúde, um aspecto importante a ser tratado é a diferença entre delegação de poder e descentralização, temas diretamente ligados. Na delegação, há a transferência do poder decisório para os níveis inferiores da organização e, na descentralização, há redistribuição de funções e tarefas das unidades centrais para as unidades periféricas.

Pereira e Spink (2001) alertam para os problemas advindos no caso da gestão pública, quando ocorre a delegação do poder sem a descentralização de funções ou quando se mantêm a responsabilidade centralizada nos altos escalões e se descentralizam as operações, os autores sustentam que uma reforma efetiva exige o equilíbrio entre responsabilidade e ação.

Pierantoni (2000), ao estudar a reforma do estado, da saúde e dos recursos humanos, relata o levantamento realizado pelo CONASS/CDRHSUS/MS em 1997, como ilustrativo das situações relacionadas aos recursos humanos e sua forma de inserção na Secretaria Estadual de Saúde, já com a existência das Organizações Sociais de Saúde no Estado de São Paulo.

A pesquisa identificou 13 modalidades contratuais nos dados coletados em 22 unidades da SES. Embora a maioria das formas de contratação estivesse representada pelo Regime Jurídico Único, formas combinadas estavam presentes no universo observado conforme demonstra a Tabela 1 a seguir.

Tabela 1 – Modalidades contratuais

Vínculo	Consolidado jun/97	
	Total 22 SES	
	N. SES	% sobre total SES
RJU – Próprio	22	100,0
RJU – Cedido	21	95,4
CLT – Próprio	06	27,3
CLT – Cedido	05	22,7
Contratação comissionada	18	81,8
Terceirização – grupos profissionais	10	45,4
Terceirização – empresas	18	81,8
Terceirização – fundações e outros órgãos	07	31,8
Terceirização – cooperativas	01	4,5
Credenciamento	12	54,5
Contratação temporária	11	50,0
Contrato individual de prestação de serviços	06	27,3
Bolsa trabalho/ajuda de custo	08	36,4

Fonte: CONASS/CDRHSUS/MS 2. ed. (1997).

Segundo a mesma autora, tal diversificação buscava alternativas para gestão e para articulação contratual de recursos humanos, porém tais ações não foram decorrentes da adoção de um modelo sistematizado de gestão. Ela aponta ainda as questões críticas apresentadas sobre o tema no seminário sobre “Política de recursos humanos para a saúde: questões na área de gestão e regulação do trabalho”, realizado em julho de 1999, representado pelos membros da mesa nacional de negociação do SUS (CONASEMS, CONASS, MS, ME e D, MARE, MTb, CNTSS, FENAM, Federação Nacional de Enfermeiros, Psicólogos, entre outras entidades).

Tais questões críticas estavam relacionadas à reposição de pessoal originalmente cedido na descentralização do SUS; as limitações impostas para contratação de quadros para carreiras de execução, atualmente restritas as “áreas consideradas estratégicas”.

Outras discussões fomentadas naquela oportunidade diziam respeito à formalização da nova figura do servidor público celetista; os limites e possibilidades para a utilização de cargos comissionados e contratos temporários de trabalho, a chamada “vinculação informal” e as relações estabelecidas através de vínculos terceirizados, como cooperativas profissionais.

As parcerias, as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), e o estabelecimento de critérios gerais de admissão que utilizassem a via da habilidade técnica requerida, e de se ter critérios específicos de recrutamento foram temas também debatidos e problematizados.

Gerenciar pessoas com diferentes vínculos sem a autonomia para a tomada de decisão, mas com a responsabilidade sobre os resultados é um dos grandes dilemas vivenciados pelo gestor do serviço público. Ao nos referirmos às organizações de caráter público e, particularmente, às da área da saúde é relevante esclarecer aspectos fundamentais da cultura que permeia tais organizações.

Schein (2009) sustenta que a cultura é moldada na interação com os outros, é a aprendizagem acumulada e envolve os elementos comportamentais, emocionais e cognitivos do funcionamento psicológico do grupo.

Quando consideramos os fatores internos e externos que influenciam no desempenho das pessoas na organização, temos de considerar os aspectos ético-políticos, econômicos e como a estrutura interna define o que é esperado delas.

Se a estrutura é centralizada, burocrática e não permite uma visão sistêmica, o modelo de gestão e consequentemente o de liderança acompanharão igualmente essa estrutura.

Pinheiro (2009) cita a pouca frequência do estudo no meio sanitário sobre a estrutura organizacional para gestão do sistema de saúde e entende tal fato como a não compreensão da relevância do tema. Surpreende-se com a percepção do não entendimento por parte desse mesmo meio, que tais conceitos devem ser aplicados pelos gestores do mais alto nível de cada um dos órgãos governamentais de saúde.

O autor cita a dificuldade das parcerias para estudos conjuntos sobre o tema de mais longo prazo, devido à descontinuidade das ações na área, movidas pelas mudanças na liderança por motivos de cunho político-partidário.

Ao focar a gestão propriamente dita, Souza (1999) discorre sobre a racionalidade da mesma no Sistema de Saúde-SUS, compreendida por meio dos conceitos de eficiência, eficácia e qualidade, bem como da relação desta com a sobrevivência dos princípios da equidade, igualdade e universalidade. O autor salienta ainda as grandes dificuldades estruturais pelas quais passa o Sistema, em decorrência da crise fiscal do Estado, e cita as Organizações Sociais como uma forma de modernização da administração pública constituindo modelo de gestão que possibilitará maior flexibilização do aparelho do Estado no que concerne à gestão das relações de trabalho, contratação de serviços e compras, em geral.

O Anteprojeto de Lei de criação das Organizações Sociais de Saúde e a Lei 9.637/98 (Anexo 1)⁵ destacam a criação das OSS, como entidades privadas de fins não lucrativos, de maneira não espontânea, mas voluntária⁶, e a serem acompanhadas pelo Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado – MARE, 1995⁷.

⁵ Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/L9637.htm> [consultado em 04/10/2007].

⁶ (...) Em nenhum momento, ao longo dos artigos do Anteprojeto de Lei, estava confirmado o caráter de escolha voluntária, conforme preconiza a apresentação do documento. Este seria um dos elementos obscuros da proposta de Organizações Sociais do Executivo Federal. A Lei 9.637/98 no Art. 2º, inciso II, mantém a aprovação pelo poder executivo como requisito para a criação das O.S. (Souza, 1999, p. 5).

⁷ MARE (1995).

Souza (1999) complementa que, na qualificação de entidades como OSS, serão mantidos os princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e razoabilidade. O autor ressalta que os preceitos organizacionais da administração pública estarão respaldados por um modelo gerencial, que se baseie em critérios de avaliação como indicadores de desempenho, indicadores de qualidade e produtividade que comporão o conteúdo do parecer de avaliação de resultados a ser emitido pelo Conselho Nacional de Publicização.

A Lei Complementar nº 846, de 04 de julho de 1998 (Anexo 2), dispõe sobre a qualificação das entidades como Organizações Sociais no Estado de São Paulo. Quanto à especificidade da regulamentação das OSS em São Paulo, destaca-se:

“O Estado de São Paulo adota a potencialidade da nova figura de organização social dentro das medidas de gestão estratégica e modernização do serviço público, compreendendo o programa de privatizações, o estímulo à demissão voluntária, a adoção do contrato de gestão descentralizada, o programa de aumento da produtividade e qualidade, entre outros.

[...] A necessidade premente de incorporar à rede de serviços de saúde dez hospitais gerais em condições de operação restringiu a proposta de OSS exclusivamente à área de saúde.

A opção por essa alternativa justifica-se, entre outros motivos, pela impossibilidade de recrutamento de recursos humanos frente às limitações financeiras determinadas pela Lei Camata, pelos modelos de padrões salariais vigentes e pelo calendário eleitoral.”

Segundo Souza (1999), as reações contra tal iniciativa na área da Saúde foram imediatas, baseadas em dois argumentos centrais: o primeiro

referia-se ao restabelecimento das características legais próprias das figuras da Administração Pública Indireta, como autarquias e fundações, e o fato da realização de parcerias mediante convênios e contratos entre poder público e outros órgãos permitirem a adoção dos aspectos valorizados na gerência da organização social. O segundo argumento alertava para um grave desvio do modelo SUS, com a entrega de partes da administração pública para a esfera privada.

O Quadro 1 a seguir mostra as primeiras OSS qualificadas pela Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, em 2007.

Quadro 1 – OSS/SUS/Hospitais, conforme instituição mantenedora, São Paulo, 2007

OSS Qualificadas HOSPITAL	ENTIDADE QUALIFICADA COMO OSS
Hospital Geral de Pedreira	Associação Congregação de Santa Catarina
Hospital Geral de Pirajussara	SPDM – Escola Paulista de Medicina
Hospital Estadual de Diadema	SPDM – Escola Paulista de Medicina
Hospital Luzia Pinho de Melo – Mogi das Cruzes	SPDM – Escola Paulista de Medicina
Hospital Geral do Grajaú	UNISA Fac. de Medicina Santo Amaro/OSEC
Hospital Estadual Santo André	Faculdade de Medicina do ABC
Hospital Geral de Itaquaquecetuba	Congregação Santa Marcelina
Hospital Geral de Itaim Paulista	Congregação Santa Marcelina
Hospital Geral de Guarulhos	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
Hospital Geral de Carapicuíba	SANATORINHOS
Hospital Geral de Itapevi	Associação Congregação de Santa Catarina
Hospital Estadual de Fco. Morato	UNISA – Fac.Med.Santo Amaro/OSEC
Hospital Geral de Itap. da Serra	SECONCI – Serv.Social Construção Civil
Hospital Estadual de Vila Alpina	SECONCI – Serv.Social Construção Civil
Hospital Regional do Vale do Paraíba – Taubaté	Sociedade Assistencial Bandeirantes
Hospital Geral de Bauru	UNESP
Hospital Estadual de Sumaré	UNICAMP
Hospital Estadual de Sapopemba	Fundação Faculdade de Medicina-USP

Fonte: CCSS–SESSP, 2007.

Em 2009, as instituições qualificadas como OSS no Estado de São Paulo, mediante o contrato de gestão firmado com a Secretaria Estadual de Saúde, representavam em termos de Equipamentos de Saúde: 14 hospitais, 17 ambulatorios, 01 centro de referência e 03 laboratórios.

Todos esses equipamentos eram novos, o Governo do Estado de São Paulo, no momento atual, propôs algumas mudanças no projeto original da Implementação das OSS no Estado, pois estas poderão atuar em serviços de saúde já existentes, com a possibilidade de complementação salarial aos servidores públicos afastados para essas entidades.

A proposta também permite que as fundações de apoio aos hospitais de ensino atuem como OSS, desde que existam há pelos menos dez anos.

Um estudo realizado por Ibañez et al. (2001, p. 402-403) apresenta o seguinte comentário sobre o desempenho das OSS do Estado de São Paulo, no que tange aos Recursos Humanos:

“(...) A forma de negociação do contrato de gestão tem permitido um alto grau de autonomia gerencial às unidades, principalmente no que diz respeito aos recursos humanos. Com base nas observações feitas sobre a atual negociação e encaminhamento dos contratos de gestão, algumas sugestões podem ser oferecidas para aprimorar o modelo: (...) e investimento na formação de gestores (...)”.

No Município de São Paulo, as Organizações Sociais de Saúde que são entidades reconhecidas por lei como pessoas privadas de utilidade pública são qualificadas como Organização Social com base na legislação municipal, Lei nº 14.132 e Decreto nº 47012 (Anexo 3).

Segundo a Secretaria Municipal de Saúde,

“[...] esses contratos de gestão garantem atendimento à população como preconizado pelo SUS, inclusive adotando sua tabela de valores para procedimentos. As OSS qualificadas para atuarem no sistema de saúde do município, irão cumprir regras estabelecidas por um contrato de gestão e metas de acordo com a política pública para o setor. Elas devem atender às exigências impostas pelas características epidemiológicas de cada região da Cidade e pelo tamanho da população. Todas elas têm de comprovar atuação de pelo menos cinco anos na área da saúde pública.”

Conforme o Quadro 2 a seguir observam-se as OSS, qualificadas na forma da Lei Municipal nº 14.132, de 24/01/2006 no Município de São Paulo, quando houve o início da implementação entre os anos de 2006 e 2007.

Quadro 2 – Organizações sociais qualificadas na forma da Lei Municipal nº 14.132, de 24/01/2006 no Município de São Paulo até 31/10/2007, São Paulo – 2007

001 Casa de Saúde Santa Marcelina
002 Sanatorinhos Ação Comunitária de Saúde
003 SECONCI – Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo
004 SPDM – Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina
005 CEJAM – Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim
006 Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
007 Pró-Saúde – Associação Beneficente de Assistência Social e Saúde
008 Congregação das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus
009 COLSAN – Associação Beneficente de Coleta de Sangue
0010 FIDI – Fundação Instituto de Pesquisa e Estudo de Diagnóstico por Imagem
0011 FUNDAÇÃO DO ABC – Mantenedora da Faculdade de Medicina do ABC, Hospital de Ensino, Hospital Municipal Universitário de São Bernardo do Campo, Hospital Estadual Mário Covas
0012 Associação Congregação de Santa Catarina
0013 Associação Saúde da Família – ASF
0014 Santa Casa de Misericórdia de Santo Amaro
0015 Organização Santamarense de Educação e Cultura – OSEC

Fonte: Disponível em: <http://www6.prefeitura.sp.gov.br/noticias/sec/saude/2007/10/0014> [consultado em 01/11/2007].

O apelo à eficiência na entrega dos serviços, o apelo à flexibilização da gestão, a preferência pela descentralização do planejamento, a livre procura aos profissionais e a otimização de soluções custo-efetividade são premissas defendidas para a implementação das OSS.

A ênfase dada às OSS, nesse estudo, é justificada considerando-se o projeto da atual gestão de ter 100% das Unidades de Saúde do

Município geridas nesse modelo. O estudo das premissas que norteiam as Organizações Sociais de Saúde, bem como quais implicações elas trariam para o sistema de saúde do Município são relevantes, pois o modelo de gestão influencia diretamente na forma de liderança e consequentemente no perfil desejado do profissional a assumir tais posições.

A complexidade de tal proposta em uma cidade da proporção de São Paulo fica bem evidenciada conforme o descrito pelo atual Secretário Municipal de Saúde:

“A cidade de São Paulo possui uma Área: 1.509 Km², uma População: 10,9 milhões habitantes, seu PIB: R\$ 263 Bilhões (12,26% do PIB Brasil), Imóveis: 3,5 milhões; Veículos registrados: 5,2 milhões, Ruas asfaltadas: 12,5 mil Km (7 mil Logradouros não asfaltados), a maior cidade brasileira. Só perde para 4 Estados em população (São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro e Bahia) e empata com o Rio Grande do Sul). SMG/Site PMSP/Fundação SEADE/IBGE”.

Ainda, segundo ainda dados do CEINFO (2008), a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo possuía: 434 Unidades Básicas de Saúde (255 com equipes de saúde da família -1.169 equipes) 115 ambulatórios médicos assistenciais, 15 de especialidade, 100 unidades de saúde mental, 23 ambulatórios de especialidades, 29 unidades de saúde bucal, 22 unidades de doenças sexualmente transmissíveis/aids, 4 laboratórios, 18 hospitais municipais, 16 pronto socorros/pronto atendimentos, perfazendo 852 equipamentos de saúde e 82 outras unidades.

O percentual das Unidades administradas por OSS no Município de São Paulo, em 2009, era na faixa de 50% (358 unidades de saúde eram administradas por 11 Organizações Sociais).

Fischer e Albuquerque (2000), estudiosos da área de recursos humanos, desenvolveram uma pesquisa que abrangeu gerentes e diretores de grandes empresas de setores distintos, com predominância de empresas prestadoras de serviços, cuja finalidade foi compreender as tendências na gestão de pessoas para a próxima década.

Os dirigentes foram escolhidos intencionalmente para composição da amostra, por estarem em posições estratégicas de definição de políticas e terem demonstrado perfil de formação que evidenciava maturidade profissional e pessoal, associada a uma formação educacional especializada, considerada de alto nível.

Nesta investigação de cenários, detectou-se que, segundo esses gestores, nas organizações, em geral, o modelo de gestão de pessoas não deverá permanecer o mesmo nos próximos dez anos.

Os resultados mostraram que as novas tendências a serem implementadas deverão incidir sobre princípios, filosofias e estratégias gerais de gestão das empresas. Mais de 60% dos participantes visualizaram alterações no modelo de gestão de pessoas e no perfil do profissional responsável pela área de RH.

Na área da saúde, com o advento das Organizações Sociais de Saúde sendo implementadas no Município de São Paulo, e considerando

que as OSS têm autonomia quanto ao recrutamento, seleção, treinamento, desenvolvimento e remuneração de seus colaboradores, o momento é pertinente para a exploração do tema agregando mais subsídios ao estudo iniciado anteriormente por André (2006).

Dessa forma o estudo realizado por Fisher e Albuquerque (2000) serviu como modelo para o desenvolvimento da atual pesquisa, destacando-se que o conteúdo e a forma do questionário foram modificados para atender às peculiaridades da área de Saúde.

De acordo com esse referencial teórico, a proposta desta pesquisa é analisar e refletir sobre o tema, de maneira que resulte na elaboração de possíveis estratégias de intervenção, que avancem no sentido de melhor preparar os gestores, para os desafios identificados a partir da necessidade de constante evolução dos modelos de gestão.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 MODALIDADE DA PESQUISA

Para atingir os objetivos da pesquisa, foi escolhido o emprego da Metodologia Delphi, que é uma técnica de pesquisa prospectiva.

Segundo Wheelwright e Makridakis (1978), os métodos prospectivos devem ser utilizados quando são escassos os dados sobre determinado assunto em uma área específica. Esses métodos são adequados, basicamente para dois tipos de situações: para prever quando um novo processo ou produto será largamente adotado e quais novos desenvolvimentos ou descobertas ocorrerão em uma área específica. Ainda, segundo esses autores, é possível afirmar que as pesquisas nesse método assumem duas perspectivas: a exploratória e a normativa.

Na perspectiva exploratória, o conhecimento dos sujeitos envolvidos com o fenômeno pesquisado, suas orientações e valores buscam prever tendências futuras acerca de algum evento futuro; e, na perspectiva normativa, tem-se acesso às metas e objetivos, para depois identificar novas tecnologias em função das mesmas.

Ao passo que a perspectiva exploratória busca descrever o que pode acontecer, a normativa coloca os participantes no papel de atores principais no delineamento dos rumos que serão definidos.

O método Delphi, atualmente utilizado, teve suas origens em pesquisas que objetivaram a defesa militar. Inicialmente, foi desenvolvido para ser utilizado pela Força Aérea *Rand Corporation*. No começo dos anos 50, nos Estados Unidos, o método era utilizado no planejamento estratégico da produção de munição para responder aos ataques durante os conflitos de guerras nas quais o país esteve envolvido. Consta que a utilização do método fora dessa área foi publicada em 1964, por Gordon e Helmer, e teve por objetivo verificar o rumo da ciência e tecnologia nos próximos 10-15 anos e os seus efeitos na sociedade.

A pesquisa abordou variáveis de alta complexidade, tais como: o avanço científico, controle populacional, automação, progresso espacial, prevenção de guerras e sistemas de armamentos (Linstone, 1973 apud Fisher e Albuquerque, 2000).

Estudos com características de prospecção passaram a ser considerados, nas décadas subseqüentes, como de importância vital para o planejamento, tanto na área tecnológica, quanto na área clássica da ciência administrativa e nas pesquisas operacionais.

A técnica Delphi se espalhou da América para diversas áreas de pesquisa e desenvolvimento na Europa Ocidental, Europa Oriental e na Ásia, sendo encontrada na composição do desenho metodológico de pesquisas na área governamental, industrial e acadêmica.

No Brasil, o Programa de Estudos do Futuro do Instituto de Administração da USP vem aplicando a técnica Delphi desde 1979, tendo

realizado diversas aplicações nas áreas de economia, energia, transporte, recursos humanos, telecomunicações e planejamento estratégico (Wright, 1985, 1994).

Ainda segundo Turoff e Linstone (1975), o Delphi pode ser caracterizado como um método para a estruturação de um processo de comunicação de grupo, permitindo que todos os participantes lidem de forma ordenada e controlada, com um problema complexo.

Segundo esses autores, a técnica é mais adequada para o estudo de um problema que não é preciso o suficiente para ser debatido ou estudado por meio de técnicas analíticas sem, contudo, deixar de se beneficiar da subjetividade pertinente à avaliação coletiva de pessoas consideradas especialistas.

Estes e Kuespert (1976) sustentam que essa metodologia proporciona a construção de um conhecimento coletivo entre um grupo de especialistas; minimiza as desvantagens normalmente associadas com a interação do grupo, através do isolamento de seus membros; combina a prospecção normativa ou orientada, com a inclinação do indivíduo para extrapolar sua experiência pessoal no futuro.

O Delphi consiste em um questionário interativo, que circula repetidas vezes entre um grupo de peritos ou especialistas que o respondem, buscando a convergência de opiniões.

Vichas (1982) refere que um número de 15 a 30 participantes já é suficiente para gerar visões úteis de futuro. Na presente investigação definiu-

se pela composição de dois grupos distintos de participantes. O primeiro foi composto pelos gestores das Unidades Básicas de Saúde da Supervisão Técnica de Área do Butantã, e o segundo grupo, composto por pessoas de reconhecido saber na área estudada, denominados de *experts*. Os dois grupos foram definidos assim porque a proposta foi comparar os resultados das percepções dos integrantes do primeiro grupo (os gerentes) com as do segundo grupo (os *experts*).

Em momento posterior ao diagnóstico de percepção dos distintos grupos, os gerentes receberam o consolidado do seu próprio grupo, analisaram as respostas e tiveram a possibilidade de reverem as mesmas, caso julgassem necessário.

A técnica visa a estruturar o conhecimento, a experiência e a criatividade de um grupo a respeito de dado tema por meio de um painel no qual participam alguns especialistas, correspondendo ao pressuposto de que o julgamento coletivo, quando organizado adequadamente, é superior ao de um só indivíduo.

Essa estratégia caracterizaria, também, uma intervenção visando ao desenvolvimento de atores sociais participantes do processo, que justifica a adoção da mesma na presente pesquisa.

A técnica ainda é adequada, pois esta tem o objetivo de propiciar um desenho capaz de congrega opiniões e assegurar a melhor “performance” dos envolvidos.

No grupo Delphi, o *feedback* é conduzido na forma de uma conferência. Durante a sessão no plenário, o moderador solicita que os especialistas justifiquem as suas percepções e opiniões, sendo a discussão estimulada entre os painelistas. Nessa rodada, que constitui a fase qualitativa da pesquisa, os envolvidos são estimulados a fazerem seus questionamentos de modo crítico e reflexivo.

Na formulação do questionário de coleta de dados foi utilizado também o material oriundo da pesquisa de André (2006) com gestores de Unidades Básicas de Saúde da Região Sul de São Paulo, onde o foco foi levantar na opinião daqueles gestores que competências eles deveriam desenvolver para melhor gerirem as suas Unidades.

É importante salientar que, como qualquer outra metodologia de previsão de cenários, o objetivo não é realizar prognóstico absolutamente preciso, pois não se trata de matemática. A proposta é agregar valor de modo a colaborar com as reflexões sobre as políticas de gestão e de formação e capacitação de recursos humanos visando melhor desempenho no gerenciamento nas Unidades de Saúde.

4.2 ASPECTOS ÉTICOS

Em cumprimento à Resolução 196/96, sobre Pesquisa envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde, foi observado o cumprimento de todos os princípios éticos que implica ter o consentimento livre e esclarecido dos indivíduos-alvo, zelando pela proteção de grupos

vulneráveis, respeitando a autonomia e defendendo-os em sua vulnerabilidade.

O protocolo da pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa – CEP – da Secretaria Municipal de Saúde, que validou todas as etapas previstas como respondendo aos aspectos relevantes da Resolução supracitada.

Foi realizada a elucidação de todos os aspectos essenciais da pesquisa no momento da apresentação da proposta aos sujeitos.

Os objetivos, a metodologia, os procedimentos de coleta dos dados, a forma de acompanhamento dos mesmos e a garantia de sigilo que assegure a privacidade dos sujeitos, quanto aos dados confidenciais envolvidos na investigação, foram explanados. O TCLE foi feito em duas vias, sendo uma retida por cada um dos sujeitos da pesquisa e outra arquivada pela pesquisadora (Anexos 4, 5 e 6).

4.3 CAMPO DE ESTUDO

4.3.1 Cenário: caracterização

O cenário, campo do estudo, compreendeu uma das Supervisões Técnicas de Área da Região Centro-Oeste do Município de São Paulo, a do Butantã, com 377.567 habitantes, sendo: 179.390 habitantes do sexo masculino e 198.177 habitantes do sexo feminino de um total de 1.244.456 dos habitantes da região. O recorte da pesquisa deteve-se especificamente

às Unidades Básicas de Saúde da área em questão, sendo estas em número de treze.

Além destas, verificou-se, ainda, a existência de quatro serviços especializados ambulatoriais (um ambulatório de especialidades; um serviço de assistência especializada DST/AIDS (SAE – DST/AIDS); um centro de atenção psicossocial (CAPS), um centro de convivência e cooperativa (CECCO), um Hospital Geral e um Pronto Socorro Municipal que compõem a Autarquia Hospitalar Municipal da Região, um hospital de ensino estadualizado e outros dois serviços de ensino pertencentes a uma Universidade.

Na Figura 1 destacamos a área de abrangência da região estudada.

demonstra ser essa, a que apresenta os melhores índices de Saúde do Município (Tabela 2).

Tabela 2 – Diagnóstico mínimo do Município de São Paulo

Indicador/Município	Dados Populacionais					
	Ano	C. Oeste	Leste	Norte	Sudeste	Sul
N. de habitantes	2004	1.244.456	2.396.940	2.136.977	2.499.294	2.402.093
Taxa de crescimento populacional	1996/2004	1,03%	2,02%	1,01%	0	1,02%
% de crianças	2004	11,4%	20,1%	16,7%	13,8%	19,3%
% de adolescentes	2004	12,4%	17,9%	15,9%	14,4%	17,4%
% de idosos	2004	15,7%	6,3%	10,4%	13,7%	6,3%
Taxa bruta de natalidade	2004	16,0	17,8	17,3	14,9	19,1
Taxa bruta de mortalidade (por 1.000 hab.)	2004	7,5	4,8	6,6	7,3	4,7
% da população exclusivamente usuária do SUS	2000	39,2	62,7	54,1	48,4	58,9

Fonte: Diagnóstico Mínimo por Coordenadoria Regional de Saúde - Município de São Paulo - Abril de 2005SMS - CEInfo – Página 1 de 3.

Conforme os dados, constatou-se que a região Centro-Oeste possui o menor percentual de população SUS dependente (39,2%) em relação às demais regiões do Município.

No que diz respeito os dados Socioeconômicos, a Tabela 3 mostra um percentual de cobertura de cômodos por rede de abastecimento de água de 99,0% e o maior percentual de coleta de esgoto em rede 96,7%. Quanto à educação, a área possui o maior percentual da população com mais de 12 anos de estudo (43,8%), assim como maior percentual da população com renda maior que R\$ 2.660,00 (7,7%). Existem núcleos de pobreza, localizados em favelas (4,6%), porém representa o menor índice em relação às demais regiões de São Paulo.

Tabela 3 – Dados socioeconômicos

Dados Socioeconômicos						
Indicador	Ano	C. Oeste	Leste	Norte	Sudeste	Sul
% de abastecimento de água com rede	2000	99,0	97,3	97,9	99,0	94,7
% de coleta de esgoto em rede	2000	96,7	84,1	89,4	95,0	71,9
% de lixo coletado por serviço de limpeza	2000	97,4	98,4	97,4	98,7	94,4
% de população com menos de 3 anos de estudo	2000	8,5	23,3	17,9	14,3	23,4
% da população com 12 ou mais anos de estudo	2000	43,8	5,4	14,3	23,7	11,9
% da população com renda < R\$ 400,00	2000	21,5	43,3	32,8	28,0	40,9
% da população com renda > R\$ 2.660,00	2000	7,7	1,1	3,0	4,7	2,2
% da população favelada	1996	4,6	5,3	5,7	5,3	16,8

Fonte: Diagnóstico Mínimo por Coordenadoria Regional de Saúde - Município de São Paulo - Abril de 2005SMS - CEInfo – Página 1 de 3.

No que tange ao perfil de morbi-mortalidade, apreende-se pelos dados apresentados na Tabela 4 que as causas principais de morte não diferem tanto das demais regiões do Município. As doenças isquêmicas do coração, seguidas pelas doenças cerebrovasculares e as pneumonias são as maiores causas de morte. Essa Região possui os menores índices de mortalidade infantil (11,8%), mortalidade neonatal precoce (6,0%), mortalidade precoce por diabetes (12,3%), mortalidade precoce por AVC (14,7%) e por homicídios (17,2%).

Tabela 4 – Dados de mortalidade

Dados de Mortalidade							
Indicador	Ano	C. Oeste	Leste	Norte	Sudeste	Sul	Município
Causa de morte							
D. Isquêmica do coração	2004	1º	1º	1º	1º	1º	1º
D. Cerebro-vasculares	2004	2º	2º	2º	2º	3º	2º
Pneumonia	2004	3º	-	3º	3º	-	3º
Homicídio	2004	-	3º	-	-	2º	-
Coeficiente de mortalidade infantil (por 1.000 nv)	2003	11,8	14,6	14,8	12,8	15,5	-
Coeficiente de mortalidade infantil neonatal precoce (por 1.000 nv)	2003	6,0	6,7	7,1	6,3	7,1	6,7
Razão de mortalidade materna (por 100.000 nv)	2003	41,5	37,6	44,7	48,1	55,2	45,8
% de mortalidade precoce por diabetes	2004	12,3	27,8	22,9	17,9	27,0	21,7
% de mortalidade precoce por AVC	2004	14,7	31,4	23,8	19,7	32,3	24,5
Coeficiente de mortalidade por homicídios (por 100.000 hab)	2004	17,2	35,4	33,9	22,5	51,2	36,0
Coeficiente de mortalidade por atropelamentos (por 100.000 hab)	2004	4,3	4,9	5,1	5,4	4	5,4
Coeficiente de mortalidade por pneumonia em idosos (por 100.000 idosos)	2004	299,5	325,7	297,3	310,2	296,5	307,2

Fonte: Diagnóstico Mínimo por Coordenadoria Regional de Saúde - Município de São Paulo - Abril de 2005SMS - CEInfo – Página 1 de 3.

Quanto aos dados relacionados aos nascidos vivos, em comparação com as demais regiões do Município, a Tabela 5 permite verificar:

Tabela 5 – Dados de nascidos vivos

Dados de Nascidos Vivos							
Indicador	Ano	C. Oeste	Leste	Norte	Sudeste	Sul	Município
% de nascidos vivos	2003	19.854	42.664	36.980	37.219	45.900	183.552
% de recém-nascido com baixo peso ao nascer	2003	9,2	9,4	9,9	9,5	9,8	9,6
% de pré-natal adequado (7 e + consultas)	2003	68,2	53,9	59,1	65,1	57,3	59,6
% de partos por cesariana	2003	56,5	42,4	49,6	55	44,1	48,3
% de mães adolescentes (< 20 anos)	2003	10,7	17,7	15,5	12,9	16,4	15,2

Fonte: Diagnóstico Mínimo por Coordenadoria Regional de Saúde - Município de São Paulo - Abril de 2005SMS - CEInfo – Página 1 de 3.

Existe na região, o menor índice de recém-nascidos de baixo peso ao nascer (9,2%) assim como de mães adolescentes (10,7%) e com o maior índice de consultas de pré-natal (68,2%, com 07 consultas ou mais), entretanto possui o maior índice de partos por cesariana (56,5%).

Tabela 6 – Dados de estrutura e produção de serviços

Dados de Estrutura de Serviços							
Indicador	Ano	C. Oeste	Leste	Norte	Sudeste	Sul	Município
Nº de Hospitais Municipais	2005	3	3	3	5	1	15
Nº de Hospitais Públicos	2005	12	6	8	17	5	48
Nº de Hospitais que atendem SUS	2005	19	8	13	32	7	79
Nº de PSM+PA	2005	3	4	4	1	5	17
Nº de Leitos SUS	2005	6.667	2.001	2.656	4.483	1.325	17.132
Nº de UBS	2005	30	107	76	83	86	382
Nº de Unidades Especializadas Municipais	2005	20	31	22	37	25	135
% de cobertura PSF	2004	11,6	26,3	17,1	15,2	35	22,1
% de cobertura PSF usuários SUS	2004	29,6	41,9	31,6	31,4	59,4	41,1
% de cobertura PACS	2004	3,1	2	3,1	6	19,6	7,3
% de cobertura PACS usuários SUS	2004	7,9	3,2	5,7	12,4	33,3	13,6
% de cobertura PACS + PSF usuários SUS	2004	37,5	45,1	37,3	43,8	92,7	54,6
% de meta cadastros Cartão SUS	2004	8,2	37,3	20,7	54,9	63,1	40,5
% de meta Cartão SUS usuários SUS	2004	20,9	59,5	38,3	113,4	107,1	75,3
Dados de Produção de Serviços							
Indicador	Ano	C. Oeste	Leste	Norte	Sudeste	Sul	Município
Nº de 3ª doses aplicadas Tetravalente	2004	13.637	44.486	35.989	33.331	44.658	172.101
% de cobertura vacinal Tetravalente	2004	68,7	104,3	97,3	89,6	97,3	93,8
Nº de coleta de Papanicolau	2004	38.057	209.931	117.033	114.457	130.178	609.656
Nº de mulheres de 25 a 59 anos	2004	354.596	580.931	543.736	670.425	592.261	2.741.949
Razão Papanicolau (% de usuárias)	2004	27,38	57,6	39,8	35,3	37,3	41,3
Nº de consultas básicas em UBS	2004	626.341	2.091.603	1.673.178	1.661.005	1.806.026	7.858.163
Consulta básica em UBS usuários SUS (hab/ano)	2004	1,28	1,39	1,45	1,37	1,28	1,37
Consulta básica em UBS total população (hab/ano)	2004	0,50	0,87	0,78	0,66	0,75	0,74
Nº de procedimentos coletivos de Saúde Bucal	2004	25.940	20.368	87.761	14.663	22.071	170.803
Cobertura de saúde bucal coletiva usuários SUS (%)	2004	31,4	4,7	31,2	5,9	5,6	12,2
Nº de 1ª consulta odontológica	2004	197.446	51.173	50.742	51.359	28.625	201.645
% de acesso							
1ª consulta odontológica usuários SUS	2004	40,5	3,4	4,4	4,2	2,0	3,5
% de gestantes usuárias do SUS cadastradas no SPN	2004	143,0	74,1	67,1	49,2	69,0	74,8

Fonte: Diagnóstico Mínimo por Coordenadoria Regional de Saúde - Município de São Paulo - Abril de 2005SMS - CEInfo – Página 1 de 3.

Constata-se, pelos dados destacados na Tabela 6, relativo à estrutura dos serviços, que a Região Centro-Oeste apresenta os melhores indicadores socioeconômicos da cidade de São Paulo, assim como o maior índice de leitos SUS disponíveis.

Ao falar de competências para a gestão, é necessário que se tenha clareza da importância de compreender o cenário, pois é com base no estudo deste contexto que se fará o diagnóstico das necessidades da região e se planejará as ações a serem implementadas para atingir essas metas.

Dessa forma a apresentação do breve diagnóstico da região, na qual as UBS pertinentes ao estudo estão inseridas, é necessário para avaliarmos se existem ou não peculiaridades que interfiram de maneira direta ou indireta no comportamento e nas respostas desses gestores em particular, destacando-se que o foco da presente investigação pretende jogar luz em aspectos relacionados às tendências nos processos de gestão dessas unidades, na perspectiva dos gestores e *experts*. Passamos, a seguir, para a caracterização dos sujeitos do estudo.

4.3.2 Sujeitos

Os sujeitos da pesquisa foram os 13 gerentes das UBS da referida Supervisão Técnica de Área, destes somente 10 concordaram em participar.

O número de *experts* convidados para o estudo, portanto, também foi mantido em dez, os critérios de inclusão foram: “reconhecido saber” e vivência prática em gestão de serviços de saúde.

4.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

4.4.1 Etapas da Pesquisa

A primeira rodada consistiu em um estudo diagnóstico de abordagem quantitativa, com os gestores de UBS da área, em que os dados foram coletados por meio de um questionário que a priori seria totalmente informatizado, sendo utilizado o Programa Delphi, da *Wharton School of Business*, pertencente à Universidade de Pensilvânia nos Estados Unidos da América.

No entanto, devido à impossibilidade de acesso via servidor da SMS, pois o programa era compreendido como propaganda e bloqueado pelo sistema, alguns dos gestores optaram por responder aos questionários em papel. (Anexo 7).

Tal questionário foi composto de bloco de questões que dizem respeito aos principais aspectos:

1. Caracterização do respondente;
2. Como ele percebe a natureza e intensidade das mudanças;
3. Questões genéricas sobre tendências na gestão de unidades de saúde e de pessoas;
4. Tendências de mudança no ambiente e seus impactos na gestão de pessoas;
5. Tendências de mudança na gestão de pessoas na organização;
6. Perfil do Profissional que atuará como gestor das unidades;
7. Quadro descritivo das competências.

Na segunda rodada, o mesmo questionário foi encaminhado para os especialistas e, inobstante todos terem conhecimento e acesso à tecnologia, somente 04 responderam via “internet”, os 06 restantes preferiram receber o material impresso.

Na terceira rodada, o quadro síntese do questionário respondido pelos gestores das Unidades foi a eles encaminhado, com a orientação de que poderiam mudar suas respostas anteriores caso julgassem necessário.

A quarta e última rodada foi planejada sob a forma de um Painel, de modo a propiciar um momento reflexivo que também servisse como educação continuada para os gestores que participaram da pesquisa.

O seminário foi transmitido via teleconferência e via internet, com o objetivo de difundirmos a proposta de reflexão sobre o tema para o maior número possível de gestores e estudantes da Pós-Graduação na área.

Esse Painel foi dividido em 03 momentos: na abertura, foi realizado um resumo da pesquisa para que todos pudessem se inteirar do projeto e, em seguida, cinco *experts* participaram apresentando uma pequena palestra de dez minutos cada um.

No terceiro momento, um debate sobre os resultados obtidos nas três primeiras rodadas propiciou a melhor compreensão sobre quais enfoques permearam as respostas dos dois grupos envolvidos na pesquisa.

4.5 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE

O Programa Delphi, da *Wharton School of Business*, foi utilizado para a análise dos dados das três primeiras rodadas e forneceu automaticamente a média, a mediana e o intervalo de confiança para cada questão.

As análises estatísticas foram realizadas usando o pacote R versão R 2.5.1 (www.r-project.org), que é um sistema para análise estatística e gráfica em que uma série de técnicas estatísticas podem ser implementadas.

O teste de *Mann-Whitney*, que é um teste não paramétrico, utilizado quando estão em comparação dois grupos não pareados e compara as medias dos dois grupos, foi utilizado para avaliar quais questões foram divergentes, tanto entre o grupo de gerentes e o grupo de *experts*, quanto em relação aos próprios gerentes em suas rodadas específicas.

Entretanto, a análise do material proveniente da quarta rodada foi de natureza qualitativa. Para tanto, o Painei foi filmado e gravado com a anuência dos participantes.

Como técnica de análise do material qualitativo, utilizamos a análise temática, conforme proposta de Minayo (2008). Para tanto, o material foi todo transcrito da filmagem em vídeo e transformado em texto. Procedeu-se, primeiramente, a leitura flutuante, na seqüência foi realizada a constituição do *Corpus*, em que observamos a exaustividade; a representatividade, a homogeneidade e pertinência dos temas, bem como

descobrimos os principais núcleos de sentido contido nos mesmos. Por meio da síntese discursiva, realizamos uma crônica buscando evidenciar os valores, os comportamentos, os conflitos e as contradições que permearam os discursos dos participantes relacionados aos temas propostos para o debate.

Utilizamos os conceitos e o referencial teórico expostos anteriormente como construtos que nortearam a análise do material empírico oriundo do grupo de *experts* e de gerentes participantes da quarta rodada.

5. ANÁLISE DOS RESULTADOS

5.1 CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DOS GESTORES DA SUPERVISÃO TÉCNICA DE ÁREA DO BUTANTÃ

A idade média dos gestores era de 50,8 anos, sendo 70% deles do sexo feminino. Quanto à formação, somente dois dos dez gerentes não eram da área da Saúde, e apenas um gerente não possuía curso de Pós-Graduação.

Com relação aos conhecimentos formais sobre administração, 02 gerentes tinham curso de Administração Hospitalar (conforme mostra o Quadro 3) O tempo de experiência na gestão variava de um mês a 22 anos, porém todos já haviam mudado de posição e Unidade várias vezes durante o transcorrer de suas carreiras.

Quando houve a realização da terceira rodada da pesquisa, em um intervalo de menos de um ano, a maioria dos gerentes haviam mudado de função ou até de Unidade de Saúde.

Quadro 3 – Perfil dos gestores da supervisão técnica de área do Butantã

Gestores	Sexo	Idade	Formação	Pós-graduação	Curso de Gestão	Tempo em Gestão
1	Masculino	30	Medicina	Medicina da Família	não	< 1 ano
2	Feminino	50	Serviço Social	Gestão Ambiental	não	1 mês
3	Feminino	52	Serviço Social	Saúde Pública	não	10 anos
4	Feminino	51	Medicina	Saúde Pública	não	19 anos
5	Feminino	50	Enfermagem	Saúde Pública	não	05 meses
6	Masculino	55	Medicina	Saúde Pública/Adm. Hosp.	sim	07 anos
7	Feminino	55	Odontologia		não	22 anos
8	Feminino	47	Odontologia	Saúde Pública	não	20 anos
9	Masculino	64	Medicina	Pediatria/S.Pública/Adm. Hosp.	sim	10 anos
10	Feminino	54	Medicina	Pediatria/Dermatologia	não	-----

5.2 CARACTERIZAÇÃO DAS UNIDADES DA SUPERVISÃO TÉCNICA DE ÁREA DO BUTANTÃ

Das dez Unidades que fizeram parte do recorte desta pesquisa, cinco eram Unidades Básicas de Saúde tradicionais, três eram Unidades Mistas (compreendiam o modelo tradicional + Unidade de Saúde da Família ou Ambulatório Médico Assistencial), uma era Unidade de Saúde da Família e uma era Unidade de Referência para especialidades.

Quanto às diferentes formas de contratação dos profissionais, verificamos que todas as Unidades tinham pelo menos duas categorias: concursados e terceirizados, sendo que, dentre os concursados, havia funcionários federais, estaduais e municipais (conforme mostra o Quadro 4).

Nas Unidades Mistas, havia, além dos concursados e terceirizados, os celetistas e a figura do servidor público que optou pelo Programa de Saúde da Família e completava a sua jornada por meio da remuneração complementar via instituição parceira.

Quadro 4 – Caracterização das Unidades

Unidade	Tipo	Número de colaboradores	Composição	Área de Abrangência	População SUS dependente
1	USF	84	Estatutários/CLT e Terceirizados	Jd Boa Vista; COHAB Raposo Tavares, COHAB Munck	15.000 hab.
2	UBS	54	Estatutários/terceirizados	33.057 hab.	14.677 hab.
3	UBS	-	Estatutários/terceirizados	35.000 hab.	24.500 hab.
4	UBS+PSF	40	Estatutários (est. e municipais)/CLT	13.367 hab.	6.841 hab.
5	UBS+PSF+AMA	-	Estatutários/CLT	-----	21.000 hab.
6	UBS	55	Estatutários/terceiros	27.082 hab.	24.374 hab.
7	UBS+USF	35	Estatutários (est. e municipais)/CLT	30.000 hab.	8.000 hab.
8	UBS (Unidade de Referência)	54	Estatutários/terceirizados	-----	33.000 hab.
9	UBS	61	Estatutários (federal, est. e municipais)/CLT	27.712 hab.	-----
10	UBS	54	Estatutários/terceirizados	24.019 hab.	16.813 hab.

De acordo com as informações fornecidas, as Unidades Mistas detinham mais informações sobre sua área de abrangência e características socioeconômicas, uma vez que a estratégia saúde da família permite a melhor compreensão dos cenários por meio das visitas domiciliares e das ferramentas de coleta de dados utilizadas.

O número de funcionários por Unidade variava, não só com o tamanho da área de abrangência, mas também com a característica da Unidade, no caso das Unidades de Saúde da Família se faz necessário um número maior de profissionais para implementarem a estratégia desenhada.

5.3 RESULTADOS INTRA-RODADA (Primeira Rodada Gerentes)

Na rodada dos gerentes, no que tange à análise das Tendências sobre a Política de Gestão de Pessoas, a questão pontuada com o maior índice de dificuldade em uma escala de 0 a 10 foi quanto à utilização de diferentes vínculos de trabalho e formas de relacionamento com os profissionais, obtendo-se uma média de 8,0.

Quanto ao Perfil para a seleção do gestor, as questões mais bem pontuadas foram a Formação em Ciências da Saúde, com um grau de importância média de 7,2 em uma graduação de 0 a 10, bem como a Especialização em Gestão de Serviços de Saúde, com média de 8,3.

Com relação às competências para a gestão eficiente e eficaz, as questões com o maior grau de importância em uma escala de 0 a 10 foram: responsabilidade ética e social, com média de 9,5; gerir mudanças e conflitos, com média de 9,2; comunicação eficaz, com média de 9,1 e visão sistêmica, com média 9,0.

5.4 RESULTADOS INTRA-RODADA (Segunda Rodada *Experts*)

O mesmo questionário foi enviado aos *experts*, e o resultado foi o seguinte: quanto às tendências sobre a política de gestão de pessoas, a questão pontuada como de maior grau de interferência, com média de 7,2 em uma escala de 0 a 10 foi a efetivação e ampliação das parcerias com instituições privadas, fundações etc.

No que diz respeito ao perfil de formação do gestor, as questões mais bem pontuadas foram as mesmas escolhidas pelos gerentes na primeira rodada: Formação em Ciências da Saúde, com média de 7,7, e Especialização em Gestão de Serviços de Saúde, com média de 8,6.

No perfil de competências para a gestão, uma das questões mais bem pontuadas, em um grau de importância de 0 a 10 pelos *experts*, coincidiu com a mesma escolhida pelos gerentes, ou seja, responsabilidade ética e social, com média de 9,0. Na sequência foram as competências: Política, com média de 8,85; Desenvolver Equipes, com média de 8,8 e Negociação, com média de 8,7.

5.5 RESULTADOS DA TERCEIRA RODADA (Gerentes, revendo a primeira rodada e podendo mudar ou não de opinião)

Não ocorreu evidência de variação estatisticamente significativa entre a rodada 1 e 3 dos gerentes.

5.6 ANÁLISE COMPARATIVA DAS RODADAS 1, 2 E 3

Em ambas as técnicas estatísticas, o nível de significância de 5% bicaudal foi utilizado.

As rodadas 1 (primeira dos gerentes) e 3 (segunda dos gerentes) foram similares para todas as questões, ou seja, verificou-se a ausência de diferença estatística, conforme resultado na Tabela 7. É importante frisar que a segunda questão, que era “rankiada”, não foi considerada nessa comparação.

Tabela 7 – Comparação entre Gerentes e eles mesmos

Questão	p-values	Questão	p-values
1 e 1	0,69	17 e 17	0,85
3 e 3	0,37	18 e 18	0,97
4 e 4	0,87	19 e 19	0,67
5 e 5	0,65	20 e 20	0,96
6 e 6	0,88	21 e 21	0,96
7 e 7	0,79	22 e 22	0,85
8 e 8	0,94	23 e 23	1,00
9 e 9	0,76	24 e 24	0,81
10 e 10	0,87	25 e 25	0,70
11 e 11	0,72	26 e 26	0,78
12 e 12	0,59	27 e 27	0,87
13 e 13	1,00	28 e 28	0,90
14 e 14	0,75	29 e 29	0,33
15 e 15	0,57	30 e 30	0,41
16 e 16	0,78	31 e 31	0,91

No entanto, as rodadas 1 (primeira dos gerentes) e 2 (rodada dos *experts*) foram consideradas divergentes, havendo significância observada para as questões 6 e 26 (Tabela 8). A questão 6 solicitava que os

participantes da pesquisa avaliassem as tendências sobre a política de gestão de pessoas, o grau de dificuldade de implantação da tendência na SMS, da utilização de diferentes vínculos de trabalho e formas de relacionamento com os profissionais (CLT, terceiros, comissionados, contratados temporários). Para os gerentes, em uma escala de 0 a 10, o grau de dificuldade pontuado obteve média de 8,0 e para os *experts* o grau de dificuldade apontado obteve média de 5,5 ($p_value = 0,02$). Quanto à questão 26, que solicitava a avaliação do grau de importância do gerente de Unidade de Saúde desenvolver a competência de gerenciar mudanças e conflitos, os gerentes pontuaram com média de 9,3, e os *experts* média de 8,4 ($p_value = 0,03$).

Como a amostra é pequena, o grau de significância é baixo, mas, tende a mostrar que se a amostra fosse maior poderia gerar maior evidência.

Tabela 8 – Comparação entre Gerentes e *Experts*

Questão	p-values	Questão	p-values
1 e 1	0,33	17 e 17	0,36
3 e 3	0,82	18 e 18	0,79
4 e 4	0,45	19 e 19	0,94
5 e 5	0,15	20 e 20	0,79
6 e 6	0,02	21 e 21	0,21
7 e 7	0,42	22 e 22	0,88
8 e 8	0,65	23 e 23	0,72
9 e 9	0,62	24 e 24	0,58
10 e 10	0,29	25 e 25	0,84
11 e 11	0,78	26 e 26	0,03
12 e 12	0,56	27 e 27	0,26
13 e 13	0,56	28 e 28	0,23
14 e 14	0,53	29 e 29	0,14
15 e 15	0,72	30 e 30	0,39
16 e 16	0,70	31 e 31	0,81

Verificou-se, por meio do quadro de questões e respectivas médias para cada rodada, que, quanto ao macrocenário, a questão efetivação e ampliação das parcerias com instituições privadas e fundações é a que pode trazer o maior grau de interferência nas decisões com relação à gestão de pessoas na SMS em São Paulo.

Com relação ao conjunto de tendências sobre filosofias, princípios e políticas de gestão de pessoas, bem como o grau de dificuldade de implantação na SMS, a questão disponibilização de Educação Continuada para todos os profissionais de todos os níveis, inclusive cursos de Pós-Graduação “*lato sensu*” nas mais diversas áreas foi a pontuada como de maior dificuldade.

Quanto ao perfil de formação e seu grau de importância, a formação em Ciências da Saúde, com especialização em Gestão de Serviços de Saúde e experiência anterior na Gestão de Serviços de Saúde na esfera pública ou privada foram os melhores pontuados. No que tange ao perfil de competências, para que o gestor realize o seu trabalho de maneira eficiente e eficaz, as questões relevantes foram: responsabilidade ética e social; comunicação eficaz; gerenciamento de mudanças e conflitos; competência política; liderança; desenvolvimento de equipes; visão global sistêmica e de longo prazo; negociação; gestão de planos, ações e resultados.

Quadro 5 – Quadro das questões e respectivas médias por rodada

Questão	R1 (gerentes)	R2 (experts)	R3 (gerentes)	Final
Você acredita, que nos próximos dez anos essa Unidade deverá promover mudanças em suas políticas? 0 (não ocorreram mudanças) a 10 (ocorreram mudanças significativas)	6,5	7,0	6,9	6,79
Verifique as questões abaixo e pontue baseado no grau de interferência que cada uma delas pode trazer nas decisões com relação à Gestão de Pessoas na SMS nos próximos dez anos. 1) Globalização, Politização da população; Acesso à informação; Ampliação do questionamento do papel das Instituições; Consciência de cidadania e do Direito do Usuário 0 (nenhuma interferência) a 10 (muita interferência)	6,5	6,6	7,3	6,8
2) Efetivação e Ampliação das Parcerias com Instituições Privadas, Fundações etc. 0 (nenhuma interferência) a 10 (muita interferência)	7,7	7,2	8,1	7,67
3) Diminuição dos postos de trabalho e consequente maior demanda de população SUS dependente <i>versus</i> Diminuição do Financiamento. 0 (nenhuma interferência) a 10 (muita interferência)	6,3	4,6	5,9	5,62
Relacionamos a seguir um conjunto de tendências sobre filosofias, princípios e políticas de Gestão de Pessoas. Avalie o grau de dificuldade de implantação dessa tendência na SMS (pense no horizonte dos próximos dez anos). 1) Utilização de diferentes vínculos de trabalho e formas de relacionamento com os profissionais (CLT, terceiros, comissionados, contratados temporários). 0 (nenhuma dificuldade) a 10 (muita dificuldade)	8,0	5,5	7,8	7,1
2) Disponibilização de Educação Continuada para todos os profissionais, de todos os níveis, inclusive cursos de Pós-Graduação “lato sensu” nas mais diversas áreas. 0 (nenhuma dificuldade) a 10 (muita dificuldade)	6,5	7,4	6,7	6,87
3) Delegação de autoridade e responsabilidade para o gestor (mais autonomia). 0 (nenhuma dificuldade) a 10 (muita dificuldade)	6,4	6,8	6,4	6,52
5) <i>Feedback</i> constante ao profissional sobre o seu desempenho buscando envolvê-lo e valorizá-lo. 0 (nenhuma dificuldade) a 10 (muita dificuldade)	5,9	6,8	5,7	6,0
6) Práticas de monitoramento contínuo do ambiente grupal/Institucional. 0 (nenhuma dificuldade) a 10 (muita dificuldade)	6,5	6,8	6,7	6,14
7) Utilização intensiva de meios informatizados de autoaprendizagem (Programas de Educação a Distância). 0 (nenhuma dificuldade) a 10 (muita dificuldade)	6,7	6,63	6,5	6,61
8) Intensificação de parcerias com Instituições de Ensino Superior Públicas ou Privadas para o desenvolvimento dos profissionais. 0 (nenhuma dificuldade) a 10 (muita dificuldade)	6,3	6,67	6,3	6,41
C) Perfil e competências requeridas do profissional para assumir a gestão de unidades de saúde. Assinale o grau de importância dos itens abaixo. C1) Perfil C1) Formação Acadêmica em Ciências Humanas 0 (nenhuma importância) a 10 (muita importância)	6,3	5,89	6,7	6,31
2) Formação Acadêmica em Ciências da Saúde. 0 (nenhuma importância) a 10 (muita importância)	7,2	7,7	7,4	7,43
3) Curso de Especialização em Gestão de Serviços de Saúde.	8,3	8,6	8,1	8,33

0 (nenhuma importância) a 10 (muita importância)				
4) Curso de Especialização ou MBA em Administração Geral. 0 (nenhuma importância) a 10 (muita importância)	6,1	4,9	6,0	5,67
5) Experiência profissional na Gestão de Recursos Humanos. 0 (nenhuma importância) a 10 (muita importância)	5,8	6,1	5,8	5,9
6) Experiência profissional na Área de Gestão de Serviços de Saúde Pública ou Privada. 0 (nenhuma importância) a 10 (muita importância)	7,9	7,8	7,4	7,7
7) Outras Qualificações. (Por gentileza, escreva abaixo quais e justifique)deixar como estava não é esse o sentido. 0 (nenhuma importância) a 10 (muita importância)	7,4	7,66 (04n)	6,67 (01n)	7,17 (07n)
C2) Competências (Qual o grau de importância das competências relacionadas abaixo, para que o gestor seja mais eficiente e eficaz no seu trabalho). 1) Visão Global sistêmica e de longo prazo. 0 (nenhuma importância) a 10 (muita importância)	9,0	8,3	9,0	8,76
2) Flexibilidade 0 (nenhuma importância) a 10 (muita dificuldade)	8,4	8,5	8,3	8,4
3) Desenvolver equipes 0 (nenhuma importância) a 10 (muita importância)	8,8	8,8	8,8	8,8
4) Comunicação eficaz 0 (nenhuma importância) a 10 (muita importância)	9,1	8,6	9,1	8,93
5) Negociação 0 (nenhuma importância) a 10 (muita importância)	8,6	8,7	8,8	8,7
6) Gerenciar mudanças e conflitos 0 (nenhuma importância) a 10 (muita importância)	9,2	8,4	9,1	8,9
7) Gestão de planos, ações e resultados 0 (nenhuma importância) a 10 (muita importância)	8,8	8,05	9,0	8,62
8) Liderança 0 (nenhuma importância) a 10 (muita importância)	8,9	8,3	9,2	8,8
9) Usar do processo decisório participativo 0 (nenhuma importância) a 10 (muita importância)	8,4	7,4	7,9	7,9
10) Responsabilidade ética e social 0 (nenhuma importância) a 10 (muita importância)	9,5	9,0	9,2	9,23
11) Política (saber o que dizer, como dizer, quando dizer e como obter adeptos a favor de uma causa, proposta ou projeto) 0 (nenhuma importância) a 10 (muita importância)	8,7	8,85	9,0	8,85

Legenda: vermelho: questões divergentes entre a rodada de gerentes e *experts*
azul: questões com as respostas mais significativas

5.7 QUARTA RODADA

A quarta rodada teve como pressuposto analisar as variáveis que, direta ou indiretamente, influenciaram nas respostas dos gerentes e dos *experts*. Partimos da premissa de que esse momento de encontro constituía-se em oportunidade ímpar, que poderia servir de material a ser utilizado

como referência para educação continuada e, por isso, não deveria deixar de ser guardado por meio de registro para ser explorado.

Por meio de uma parceria com o gabinete do Hospital das Clínicas, com a Direção Executiva da Organização Social de Saúde Fundação Faculdade de Medicina que assumiu a Gestão da Região Centro-Oeste junto à Secretaria Municipal de Saúde, a Escola de Enfermagem da USP, o Instituto de Ensino e Pesquisa do HCOR e a HCTV do Hospital das Clínicas de São Paulo, o seminário pode ser transmitido via teleconferência e será disponibilizado via internet, pela HCTV, posteriormente, como material didático-instrucional, sem fins lucrativos.

Dessa forma, esse momento foi dividido em três seções, ou seja, primeiramente a pesquisadora explicou, aos participantes, os objetivos gerais e específicos da pesquisa, metodologia utilizada e resultados das três primeiras rodadas.

Quatro dos *experts* que participaram da pesquisa foram convidados a discorrer sobre os seguintes temas: competência de liderança, desenvolvimento de equipes, trabalhar com planos de ações e resultados, bem como desafios do gerenciamento de profissionais com diferentes vínculos de trabalho (CLT, Terceiros, Comissionados, Contratados Temporários) da mesma Unidade.

Um dos *experts*, que também era Diretora Executiva de uma das Organizações Sociais de Saúde parceiras da Secretaria Municipal de São Paulo, foi convidado a discorrer sobre a visão das OSS sobre a questão:

Você acredita que nos próximos dez anos as Unidades Básicas deverão promover mudanças em suas políticas?

Na sequência, após a explanação dos *experts*, foi realizado um debate acerca das questões que obtiveram os melhores resultados, ou seja, as pontuadas como mais relevantes, conforme descreveremos a seguir, oportunizando aos gerentes e demais participantes externarem suas posições ou tirarem dúvidas quanto a seus significados e importância.

Com relação às **tendências sobre a política de gestão de pessoas**, as questões mais relevantes foram: a utilização de diferentes vínculos de trabalho e formas de relacionamento com os profissionais analisada quanto ao grau de dificuldade de 0 a 10 que obteve média 8,0 entre os gerentes.

Quando o mesmo item foi analisado pelos *experts*, a questão com resultado mais relevante quanto ao grau de interferência no que tange à gestão de pessoas, em uma escala de 0 a 10, foi a efetivação e ampliação das parcerias com instituições privadas, fundações etc, com média: 7,2.

Quanto ao Perfil desejado do gestor, para os *experts*, as questões: formação acadêmica em Ciências da Saúde e formação específica em Gestão em Serviços de Saúde e as competências: responsabilidade ética e social, visão sistêmica abrangente e de longo prazo; comunicação eficaz; negociação; gestão de mudanças e de conflitos, desenvolver e aglutinar equipes, competência política e ser um bom negociador, foram as mais relevantes.

As três competências analisadas como importantes para os gerentes, mas que não receberam pontuações tão elevadas por parte do *experts* foram: trabalhar planos, ações e resultados, liderança e flexibilidade. Por isso, deixamos tais itens para reflexão e discussão na quarta rodada.

5.7.1 Análise da Quarta Rodada

Optamos por apresentar, primeiramente, uma síntese dos principais trechos dos discursos de cada *expert*, que norteou a construção das Unidades de Significado.

Expert 1 – Discorrendo sobre a Competência de Liderança

Acho que é uma (...) usando essa metodologia Delphi, acho que é uma oportunidade que a gente não pode perder. Eu estou há 30 anos na área da gestão de serviços de saúde e já perdi a conta do número de vezes que tive que pensar e repensar em competência de gestores. Então, voltar ao tema e refletir sobre isso é muito importante.

O cenário em que nós estamos, ele não pode ser também esquecido quando se fala das competências do gestor. E esse cenário é de mudanças radicais, que exigem com que o gestor se movimente, quase sempre em busca de uma competência na fronteira do espaço onde ele atua. Isso significa correr continuamente riscos. Então o gestor tem de estar preparado pra isso.

Eu enumerei, pra fazer frente a essa reflexão que me foi solicitada seis competências que eu acho que são as mais importantes. Estas listas não têm fim. Estas listas acabam em perfis de super-homens, super-mulheres e não têm fim. Eu enumerei seis, não são todas, são aquelas que eu considere como sendo as mais importantes. Houve algumas coincidências, e outras nem tanto.

A primeira foi uma coincidência. *Eu acho que a coisa mais importante que um gerente tem que ter como competência é o seu compromisso social. Um gerente é um agente transformador da sociedade, se não tiver compromisso social, compromisso com a transformação positiva da sociedade, não nos interessa. Vá ser eficiente em outro lugar. Aqui a eficiência da gerência, da ação gerencial tem que estar intimamente*

ligada com a questão da transformação social com inclusão, com diminuição de diferenças, desigualdades das quais sofre a nossa sociedade. *Então essa é..., esse do meu ponto de vista é o elemento mais importante e talvez um dos mais difíceis de trabalhar também quando se pensa no aparelho formador que é, na maior parte das vezes, em que eu tive a oportunidade de refletir sobre esse assunto foi justamente trabalhando sobre essa questão na perspectiva da formação.* Há uma grande coincidência também entre pensadores nessa área de formação de recursos humanos para gestão, nessa questão do compromisso social.

O segundo componente, é um componente que às vezes está embutido dentro dessa ideia de compromisso social, mas como está na moda eu destaquei: *que é o compromisso e a capacidade de gerar sustentabilidade pra sua organização. Aqui, sustentabilidade é entendida de uma forma ampla: Ela é também uma orientação do gestor para resultados, porque sustentabilidade significa também um compromisso com perenidade. Então o gestor tem que estar orientado para resultados.* Mas essa sustentabilidade hoje na nossa sociedade se ampliou. *A sustentabilidade implica não somente na ação específica da organização, mas implica também na ação da organização, no sentido de que a sociedade como um todo possa se reproduzir e ser melhor.* Então nós estamos falando de *responsabilidade ambiental*, nós estamos falando de *responsabilidade com a força de trabalho*, no sentido de que *a força de trabalho seja respeitada nos seus limites e também considerada do ponto de vista da construção humana. Então os três pilares da sustentabilidade, são: o meio ambiente, a força de trabalho e o que fazer da organização em suas contribuições específicas, elas devem ser consideradas. É obvio que isso trás desafios quando se está pensando dentro do setor de saúde.* Quando você pensa numa unidade sanitária, certamente sustentabilidade ambiental, não é sair por aí plantando árvores. Mas existem desafios específicos que podem ser adequadamente respondidos com essa ideia de sustentabilidade.

O terceiro componente, a terceira capacidade, competência é a *capacidade de entender o entorno (...)* e está presente aqui nas discussões que você levantou com o questionário Delphi. *A capacidade de entender o entorno e conseguir construir a partir dessa visão, do seu ambiente, a visão de futuro. Essa construção, ela hoje não tem como não ser uma construção coletiva. Não existe mais o líder que constrói solitariamente uma visão de futuro. Porque ninguém vai junto. Então a construção de futuro, da visão de futuro, ou seja, a capacidade de construir o “o que”, tem que ser um projeto coletivo. E o líder tem duas responsabilidades: a capacidade de se entender com o seu entorno e a capacidade de galvanizar, as pessoas, para que as pessoas busquem essa construção coletiva daquilo que vão perseguir, da visão de futuro.* Tem muitos estudiosos da administração que colocam essa capacidade do líder como sendo a mais importante capacidade do líder. A capacidade de construir, coletivamente, uma visão de futuro. Eu acho que ela se subordina as duas anteriores, mas é fundamental. Então, capacidade de olhar no seu entorno, para e ao entendê-lo, construir

uma visão de como ele poderia fazer melhor com que nós alcançássemos os objetivos da organização. Então essa capacidade de olhar o entorno, *exige: Fronteira, capacidade de inovação constante, exige respostas rápidas, uma capacidade de respostas rápidas*. Mas certamente dentro desse conjunto do entender o seu entorno e construir a visão de futuro, *viver num ambiente de inovação constante é um desafio importante*.

A quarta capacidade é do líder como o arquiteto da estratégia. Os “o quês” de nada servem se não forem adequadamente servidos pelos “comos”. Os “comos” são a estratégia. Então nós temos que garantir que o líder consiga desenvolver, junto com sua equipe, junto com quem está nessa tarefa, o caminho. O caminho que constrói a visão. E aí é que importa a competência do gestor ser o arquiteto da estratégia. Temos que conseguir fazer com que ele tenha domínio de ferramentas que lhe permita trabalhar na construção da estratégia.

O quinto instrumento é na gestão propriamente dita, e eu gosto muito da terminologia que (...) eu não sei se Paulo Mota escreveu, mas falou porque tive oportunidade de ouvi-lo várias vezes, Paulo Roberto Mota, em que ele para explicar de maneira adequada para as pessoas o que implica, o que significava objetivo e estratégia, ele falava em “o que” e “como”. Porque as pessoas às vezes acham que estratégia é alguma coisa mais divina e é só um “como”. E às vezes as pessoas têm dificuldade pra entender como é que a estratégia se viabiliza, e aí ele falava, no “como do como”. *Então o “como do como” é a gestão, é a construção da viabilidade da estratégia. Agora, na construção da viabilidade da estratégia, no “como do como”, existe um ferramental a ser utilizado. Você lançar mão desse ferramental é importante para que você consiga atingir os seus objetivos propostos. E aí existem essas ferramentas, que entram em moda, saem de moda: gestão por objetivos, gestão por diretrizes, 6 sigma, Balance Scorecard, etc. Enfim, é um ferramental. Qual é a vantagem do ferramental? A vantagem do ferramental é a sistematização, quer dizer, usar um ferramental de sistematização da ação da gestão. Então o gerente tem que ter domínio de algumas dessas ferramentas, tem que entender coisas que acontecem dentro da organização como um balanço..., entender, não ser um especialista.*

E finalmente o sexto componente, que está em sexto, mas é fundamental, em minha opinião, é a *capacidade de continuamente se reconstruir. Utilizando principalmente o conhecimento, e a sua capacidade de se relacionar com o conhecimento de uma forma contínua, o líder tem que dar esse exemplo. E o exemplo é, o exemplo da humildade em relação a sua capacidade de interpretar o mundo através da ótica dos diferentes campos do conhecimento. O líder tem que continuamente aprender. E não tem jeito de aprender sem estar continuamente em contato com o conhecimento através de cursos, de livros, de palestras, de discussões. Esse “reengenhar” da pessoa é uma característica fundamental do líder. Quer dizer, o líder não pode ser um sujeito embotado no seu espaço, que não tem contato com o mundo.*

Ele tem que continuamente estar em transformação. E nesse espaço transformador o conhecimento é fundamental. Basicamente, dentro do tempo, espero, é isso.

Expert 2 – Discorrendo sobre a Competência de Desenvolver Equipes

(...) Pensando nessa competência e no processo de trabalho do gerente, ao longo do tempo, considero que, anteriormente, os papéis estavam melhor definidos e a gente podia separar o produto em partes e compor com elas o todo, no final. E acho que atualmente, nosso processo de trabalho está mais complicado. As demandas e as necessidades trazidas nessa interação entre o usuário e o profissional de saúde, intermediado pelas distintas tecnologias, algumas mais armadas e outras menos armadas, umas mais hard outras mais soft, tem trazido uma diversidade constante no trabalho do gerente. Seja na assistência propriamente dita: porque essa relação sujeito-usuário e sujeito-profissional ela tem matizes e peculiaridades diferentes, o que dificulta um processo pré-estabelecido de normatização e definição clara de papéis. Ele é muito mais intermediado hoje, pelas demandas que os usuários trazem aos profissionais que não dependem tanto, da organização do trabalho. Depende do interesse, da internet, do Google, do vizinho e assim por diante. Então eu acho que nesse sentido, eu estou tentando focar um pouco as dificuldades de composição multiprofissional ou trans-disciplinar da atenção da própria assistência.

E acho que o outro papel que eu reputo importantíssimo nesse nosso hoje desencadear do processo de construção do sistema de saúde, são as construções das equipes envolvendo gestores com distintos poderes. Quando hoje a gente está enfrentando a questão dentro do Pacto da Saúde, da construção das regiões de saúde, estamos trazendo um componente político muito importante, que antes não estava claramente definido, que é a constituição das regiões de saúde.

Eu estou colocando isso também como desafio, colocando apenas em duas vertentes, a primeira vertente mais assistencial e a segunda vertente mais política, que eu acho ela crucial porque, é por onde passa a questão dos vínculos, é por onde passa a sustentabilidade, e é por onde passa a capacidade de negociação. E eu acho que nós estamos menos preparados para isso, isto é, hoje a negociação é muito menos técnica do que política, e às vezes a gente não está sendo capaz de desenvolver esse processo

Então acho que nas competências que o próprio colega (referindo-se ao Expert 1) coloca, desde a flexibilidade, a capacidade de negociação, a capacidade de comunicação, a capacidade de trabalhar o “como”, eu acho que elas são imprescindíveis pra gente trabalhar a equipe. Quer dizer, qual é a equipe? Acho que na hora que muda um, muda tudo. E aí muda a equipe, muda o processo de trabalho e a gente tem que refazer o “como”. A capacidade de poder aprender com as distintas instâncias, e aí eu coloco na questão da construção das regiões de saúde, na construção de um sistema mais integrado, na construção de

trabalhar em redes, ela traz uma outra conformação de equipe, um outro matiz político, uma capacidade de comunicação muito maior, porque a gente imagina que as comunicações são dadas nos CGRs(?), na câmara técnica (...) ela é metade disso. Grande parte das outras comunicações talvez esteja passando pelos consórcios, pelas bipartites, que já estão funcionando antes da CGR, e que precisam ser retomadas. Então queria colocar um pouco essa questão que às vezes me parece que de algum modo pelo fato da gente ter começado com os gerentes de unidade e de atenção básica, ela esta extremamente voltada na questão da equipe na assistência, na assistência direta. Mas eu acho que também temos que avançar nessa outra equipe, uma equipe política, que permite uma articulação de níveis mais diferenciados e às vezes complexos ou não de níveis de assistência e que no meu entender traz pro desafio do pacto a questão da integralidade e da equidade. E que eu acho que esse tem sido um desafio pra nós pra construção do sistema e pra construção das regiões de saúde. Concordo que se a gente não tiver pelo menos uma ideia clara de que isso é pra atender a população com mais qualidade com mais humanização, tentando atender com uma integralidade possível, dentro do equipamento possível, e tentar distribuir de uma forma mais equitativa a utilização dos recursos, nós não chegaremos lá ta certo? E acho que essa coisa que o Gonçalo diz: “Hoje em dia a gestão tem buscado muito a eficiência: custo, produto, escala, cobertura, produção...” e eu não sei se necessariamente estamos indo na direção de conseguir o melhor possível, na qualidade possível. E se a gente também não está de algum modo, trazendo talvez mais iniquidade em algumas áreas do sistema, quando a gente avança com universalidade. Então queria colocar um pouco essa reflexão e eu acho que assim, um pouco da terceira rodada, do fato de que eles(gerentes) não tiveram mudança, talvez isso mostre que talvez a gente não tenha uma dispersão grande, então talvez os problemas sejam muito comuns, talvez seja porque o recorte foi muito comum, trabalhado na atenção básica. Então, acho que pro método Delphi talvez a gente pudesse arriscar algumas coisas pra contaminar o balanço das mudanças possíveis de importância. E eu acho que a revisão dos experts, no caso aqui especificamente, talvez pela distância dessa prática concreta que é a prática da assistência, explique um pouco das diferenças que foram apontadas no trabalho.

Espero poder estar contribuindo e espero que o debate possa ajudar a gente a elucidar mais algumas questões, obrigado.

Expert 3 – Discorrendo sobre a Competência de Trabalhar com Planos, Ações e Resultados

Primeiro, antes de discorrer sobre planejar ou de planificar, eu queria comentar, eu acho que vale mais a pena a gente colocar questões que talvez incitem a discussão. Mas uma coisa é o seguinte: *Não faz muito tempo que a humanidade planeja ações do ponto de vista mais geral.*

Se a gente pegar na história inteira, isso é uma coisa muito recente. E a gente tem dificuldades técnicas em planejar. O Expert 1 falou uma porção de técnicas, ferramentas, quando tem uma porção de técnicas é porque ainda estamos buscando os melhores caminhos. É verdade, mas faz parte. Faz parte do show da gente fazer isso. Planejar, a gente tem dificuldades ainda (...) metodológicas, particularmente quando o estado está arvorado em fazer isso. Não é fácil. De qualquer maneira, o Estado Brasileiro consagrou na constituição o ato de planejar. Isto faz parte da gestão pública. Da gestão do estado brasileiro, planejar. Nós temos uma porção de obrigações referentes à planificação. Então a gente tem que, queira ou não, a gente está meio obrigado a planificar ações. Antes era uma maneira, mais, vamos dizer assim, menos sistematizada. Hoje ela é muito mais sistematizada dentro do estado. É que a saúde tem uma particularidade, a gente é meio metido a fazer um monte de coisas diferentes, o SUS veio pra reformar parte do estado, e tem um procurador da prefeitura na época que eu estava lá, que ele dizia o seguinte: “Vocês estão carregados de boas intenções, vocês tem razão, só que o entorno não favorece.” Era verdade, nós tínhamos um monte de dificuldades. “Vocês tem razão, só que o resto está todo amarrado.” Tem dificuldade de andar com isso. E aí eu vou usar um pouquinho o que o Expert 1 falou de arriscar. Tem que arriscar algumas coisas, se não, não dá certo. Se não, não saímos do lugar do ponto de vista de planificação. E aí eu vou incitar essa ideia de arriscar, dizendo o seguinte: (...). Particularmente quem se arvora em trabalhar na área da saúde, precisa estar o tempo todo pensando no seguinte, na seguinte questão: Será que eu to fazendo diferença pra alguém? Eu minha turma, minha instituição, sei lá, a gente faz diferença? Pra alguém? Já que a gente escolheu trabalhar numa área em que a gente se obriga a fazer diferença pros outros.

Buscar fazer diferença, necessariamente leva a gente a pensar: Bom, como é que a gente sabe se está, ou não, fazendo diferença? E aí isso ajuda a gente a planejar. Pensar nisso ajuda a planejar, porque de qualquer maneira, a gente não vai ter uma ideia razoável de fazer diferença ou não, se a gente não buscar alguma maneira de medir isto. Aí os japoneses têm razão precisa medir mesmo, tem que medir porque senão não dá. Não consegue saber isso, do jeito, com o conhecimento e o método que nós temos hoje. Temos que ser bem humildes para admitir que só sabemos isso. Então temos de buscar jeitos de medir. Tentar saber se essa diferença acontece, ou não.

Bom, e aí, eu queria comentar o seguinte: O plano é o método. Desenvolve o plano é sempre assim, é o método. E precede desse método, um acordo. Aí vem a história da política, precisamos fazer política, precisamos de um acordo político. E isso faz, de certa maneira vai fazer parte da competência, daí eu fui saber melhor o que é competência, pra não falar bobagem aqui. E na ideia da competência tem dentro um conceito algo ativo, que se toma meio a iniciativa, não só a capacidade, mas tomar a iniciativa. Então, uma competência importante, é você buscar acordos. Senão você não planeja. E um dos acordos, (...), a intenção fundamental de se fazer acordos é você

procurar dentro do grupo que você trabalha, politicamente definir um rumo, definir um caminho, um cenário, etc. pra você possa atuar sobre ele. Acho que isso de certa maneira justifica a ideia da gente planificar e buscar resultados, porque, se isso não acontecer, fundamentalmente acaba não tendo muito rumo.

Agora eu entendo a situação de quem está trabalhando nas unidades, porque eu volto àquela história do entorno. O entorno não é fácil, administrar isso não é fácil. Não sei se foi o *expert* 1 ou 2 que comentou isso, você tem que ter a gestão do seu lado e trabalhar com a gestão. E dependendo do que você se propõe, você tem uma porção de dificuldades. Mas está aí a ideia de arriscar. Acho que isso aí é importante. Então eu diria que, para resumir aqui a história, *planejar, desenvolver ações, que são desdobramentos de um plano mais geral, e os resultados fazem parte de um processo da gente dizer assim, bom, fazemos diferença, ou não fazemos pras pessoas? E dependendo do nível de responsabilidade que você está atuando, essa diferença tem de ser medida de um jeito ou de outro. Mas ela tem que acontecer.*

E aí eu queria terminar só dizendo o seguinte (até pelo ponto de vista da competência): Tem um autor antigo que disse: “Se tem uma coisa bem distribuída é bom senso.” Talvez seja a melhor coisa distribuída. Porque todo mundo acha que tem o suficiente, e se você quiser dividir o seu com a pessoa, a pessoa não aceita. Porque que eu to dizendo isso. É porque não é bom senso, *a gente não administra por bom senso. A gente tem que desenvolver determinadas competências mesmo. E muitas vezes, as coisas acabam virando no bom senso, bom senso resolve.* Eu não quero cometer nenhuma fala grosseira, mas é fazer meio “acochambrado”. A gente *vai fazendo*, é capaz de dar certo. Não dá certo. Não dá certo. *Precisa ter alguma estratégia, precisa isso, precisa ter planificação.* O bom senso já está distribuído, todo mundo tem, então deixa ele pra lá e vamos tentar trabalhar dum ponto de vista mais competente nesse aspecto.

Expert 4 – Discorrendo sobre a Competência de Gerenciar profissionais com diferentes vínculos de trabalho (CLT, Terceiros, Comissionados, Contratados Temporários) dentro da mesma Unidade

Então, eu fiquei pensando muito, porque *a questão dos diferentes vínculos é difícil*, eu também concordo com o resultado da pesquisa. *Esse é um desafio importante para quem está na gestão local*, lá na unidade e para todos os níveis de gestão. Para gestão local, ali das unidades, também, bastante importante e aí fiquei pensando, mas eu não preciso dizer como eu vou lidar com a dificuldade, eu preciso dizer como é a utilização disso. Isso que está encomendado aqui, a competência para gerir pessoas com diferentes vínculos e as formas de relacionamento.

Essa realidade, enfim *essa situação* que estamos convivendo, dos diferentes vínculos, ela me parece que ela se coloca na verdade, em dois, *é possível pensar nela de duas maneiras, de duas óticas: por um lado ela é uma alternativa* que agiliza os processos. *Agiliza os processos de gestão, viabiliza muitas vezes a contratação, enfim todo o processo de suprimento, de reposição e de gestão de pessoas. Isso é muito interessante, e isso ocorre num contexto que tenderá a intensificar isso, cada vez mais, que é o contexto da flexibilização das relações de trabalho.* Se há uma grande novidade desde os anos 70 no mundo do trabalho, é o processo de flexibilização.

A flexibilização é a desregulamentação das relações de trabalho que foram constituídas ao longo de 100 anos e que, passaram então, vem passando desde os anos 70 e 80, sobretudo 80, por um processo de desregulamentação, que flexibiliza, e na medida em que flexibiliza, agiliza então e viabiliza um conjunto de processos.

Mas ao mesmo tempo em que isso ocorre, e eu estava dizendo antes pra Adriana, a flexibilização, embora seja muito interessante, as coisas não são absolutas. Não podem ser tomadas como um todo. *Então a flexibilização, ela também tem um outro lado, que é na radicalidade, a precarização das relações de trabalho. Então, é preciso cuidado com a flexibilização.* Mas de qualquer forma ela traz essa possibilidade de *agilização*.

Mas ao mesmo tempo, a utilização de diferentes vínculos remete aos possíveis conflitos, que ocorrem porque os trabalhadores, os profissionais de saúde se sentem tratados de formas muito diferentes, e às vezes desiguais pela gestão. E isso gera conflito. Não há como os profissionais de saúde se sentirem tratados de formas diferentes e também muitas vezes desigual e não ficarem inquietos diante disso. Então a questão dos diferentes vínculos está colocado nessa dupla perspectiva. Por um lado mais promissor, por outro lado muito tensionado. E o gestor local tem a tarefa, dentre várias outras, de liderar, planejar, também a tarefa de lidar no cotidiano de trabalho, com essa situação de trabalho que é permanentemente tensa. E acho que quem vai para a gerência sabe que vai lidar com essas tensões. A gente vai muitas vezes para a gerência, motivado pelo desafio de lidar com essa tensão. Agora, é preciso lidar com a tensão encontrando alternativas de resposta aos usuários e por aí acho que talvez de para pensar uma alternativa de como o gerente local, o gestor pode ir lidando no dia a dia, que é conseguir construir, porque acho que um dos papéis importantes, pensando na liderança e na ferramenta do planejamento, monitoramento e acompanhamento disso, é que cabe ao gerente local, ao gestor conseguir construir a adesão. Adesão não me parece uma palavra boa, mas construir compromisso e envolvimento dos profissionais com o projeto de trabalho. Talvez essa seja uma das questões mais importantes e, de novo, mais desafiadoras e mais interessantes que mantêm muitos de nós na gestão. Quer dizer o desafio de conseguir envolver as pessoas e compromissá-las com o projeto, construindo o projeto juntos. É mais difícil conseguir a adesão das pessoas se o projeto já está pronto. O próprio projeto do Sistema

Único de Saúde, enfim da atenção integral, da qualidade da atenção, ele se dá construindo no cotidiano, as coisas não estão prontas. Então um modo de lidar com essa tensão que os diferentes vínculos colocam é conseguir construir, de forma comunicativa, usando, sobretudo a ferramenta do diálogo e da comunicação e, portanto, construir por dentro da comunicação, construindo os acordos, de um modo argumentativo, o compromisso dos trabalhadores com o projeto de trabalho. Quanto mais o profissional se percebe protagonista nesse processo, nós do campo da gestão acreditamos que talvez ele se comprometa, tem mais elementos para se compromissar. De modo que não prevaleçam os conflitos e as dificuldades que o profissional tem, porque os gerentes lidam o tempo inteiro com as necessidades dos usuários, dos pacientes, da população ali do território; as necessidades dos trabalhadores; e as necessidades de manter o próprio serviço vivo, atuante e se auto-sustentando. E aí de novo ele está num conflito aonde ele tem três interesses distintos para lidar no dia a dia, e acho que dá para construir um projeto considerando, fazendo prevalecer os interesses do usuário, mas contemplando também os interesses do trabalhador e aí as tensões que aparecem na presença dos diferentes vínculos.

Uma questão que eu acho que, também, está relacionada com isso, primeiro é o *desafio de fazer a gestão comunicativa*. Eu não vou me alongar aqui, mas tem essa (...) a própria liderança, a liderança comunicativa, aqui um pouco dialogando com o que o *expert 1* tava colocando inicialmente, *a liderança também se viabiliza na medida que o gerente tem um domínio e vai lançando mão dessas possibilidades que o diálogo e a comunicação com os profissionais*, permite fazer o que a gente está chamando de construção. Mas *é bastante delicado isso*. É delicado porque o risco que o gerente corre, e aí com a presença dos diferentes vínculos é bastante grande, é de resvalar da tentativa de diálogo para, quer dizer a, a manipulação entre aspas, quer dizer às vezes a gente quer referendar algo que já está decidido. É muito desafiador construir na conversa o que vai ser aprovado. Então, acho que esse é um risco, e o outro, é que eu *estava me perguntando, pra lidar com os diferentes vínculos, que autonomia os gerentes locais tem?*. Porque também é uma questão importante pros gerentes é a questão da autonomia e *por referência aos diferentes vínculos, o gestor local, o gerente local tem, em geral, pequena autonomia. Um espaço de liberdade de decisão muito restrito. Portanto ele terá que lançar mão das possibilidades dialógicas e comunicativas e construir acordos, e construir acordos em torno das necessidades dos usuários e da população. Quer dizer, nessa tentativa de também considerar os interesses dos trabalhadores, mas fazer prevalecer, que acho que essa é a responsabilidade do gestor, fazer prevalecer os interesses dos usuários e população do território.*

Expert 5 – Discorrendo sobre a visão das OSS sobre as tendências na gestão de pessoas

Falar depois de quatro professores, eu que sou uma pessoa bastante ligada ao serviço, é complicado, mas eu acho que assim, na verdade quando a gente pensa no serviço como que ele pode, até você me colocou, seria como que daqui pra frente esse serviço pode avançar. Eu acho que tudo isso que foi falado nós temos que trazer para os serviços. Só que nós estamos falando, acho que *quando a gente fala em serviços, estamos falando em serviços que pertencem a um sistema público de serviços de saúde*. Esses serviços todos, *todos esses gerentes, eles estão no sistema publico de saúde*. Lembrar então que *não são serviços autônomos*. Completamente autônomos, *que podem fazer o que querem, como querem; existem diretrizes, existem políticas*. Nós temos que trabalhar então, no caso da OS, com as pessoas que estão trabalhando junto à OS, junto aos serviços, trabalhar essas políticas e essas diretrizes da melhor forma possível. Então não é um serviço que é da cabeça de cada um, mas ele está ligado a uma definição de uma Secretaria.

Os serviços, para que realmente *esse serviço possa fazer diferença, e ele possa mudar uma realidade, que é para isso que os serviços estão implantados, é fundamental aquilo que já foi falado desde o começo, de várias maneiras*. Mas é assim, *é o conhecimento daquele território*. O serviço nunca vai ter um resultado se nós não nos debruçarmos, assim de uma maneira muito forte, no conhecimento do território. É só deste modo que nós vamos conhecer realmente aquela realidade. E aí que *eu acho, a importância das OSS no trabalho, quando uma OS, ela se regionaliza*. E nós temos essa experiência lá, quer dizer, nós temos uma região que está inteirinha, todo o sistema de saúde está com a nossa OS. Então, você pode, cada serviço pode realmente *começar a conhecer as peculiaridades de cada região, da sua área de abrangência, e esse trabalho dentro das diretrizes, dentro das políticas, ele tem um cunho mais específico, que nos permite aprimorar cada vez mais esse diagnostico local e a partir daí trabalhar no sentido de diminuir as diferenças que existem ali*. Então, o conhecimento do território é talvez a coisa mais importante e o *gerente, ele é o grande articulador lá no serviço. Ele tem que ter conhecimento do território, não é só a equipe conhecer. Tem muitos gerentes, às vezes que dizem - não, é a equipe que sai. Não, o gerente é que tem que sair*, o serviço como um todo tem que conhecer o seu território. Não são alguns, *não é o agente comunitário, são todos*.

Daí, *a partir desse diagnóstico, realmente a gente trabalhar com o planejamento, um planejamento que tem de ser feito com toda a equipe, liderado pelo gerente*, mas ele tem de ser feito com toda a equipe, porque não adianta a gente ter a ilusão de que as pessoas trabalham e vão querer ver os resultados daquilo que eles não planejaram juntos. Não existe entusiasmo se o planejamento não for feito junto, não há um *elã* aí na coisa. Precisa ter planejado, precisa ter pensado, onde nós

vamos chegar. Por que aí sim, cada um se enxerga chegando lá. Então, isso é muito importante.

A partir desse planejamento, a unidade, o serviço tem de aprender a se organizar. E aí, a gente (OS) tem um papel grande em ajudar os serviços a se organizarem. Então eu tenho um planejamento, eu tenho metas, eu tenho um resultado que eu quero obter, e eu tenho que organizar o meu serviço para aquilo. Dentro daquilo que eu tenho. Então, não é porque eu tenho uma Organização Social que nós vamos ter um quadro completo), que nós vamos ter todo mundo trabalhando com toda a disposição. Então dentro daquilo que nós temos em cada serviço, planejar como nós vamos nos organizar para atingir os resultados do nosso planejamento.

Outro ponto fundamental, que eu acho que tem de ser um hábito, tem de ser criado, e a gente tem trabalhado muito nisso, desde o começo, estamos há 10 anos e desde o começo a gente vem fazendo isso, é o registro das ações. Elas têm que ser bem registradas, as informações e dados bem colhidos, isso tem que ser um trabalho exaustivo do serviço. (som interrompido em 54:53 até 55:44)

(...) não são as mãos do profissional que fazem a população ter saúde, a saúde é feita no mínimo a quatro mãos, que é o profissional e o paciente. A saúde na verdade é feita com muitas mãos e a comunidade ela tem que estar junto. Então o serviço como um todo tem que estar muito bem entrosado com a comunidade sobre a qual ele tem responsabilidade. Muito bem, trazer essa comunidade, também tem de ser um trabalho constante e assim, tem alguma coisa de conquista, de confiança desta comunidade. Nós se quisermos fazer saúde realmente, nós temos que mudar hábitos, mudar comportamentos, e não se muda com fala, com prescrições. A gente muda depois que a gente tem um vínculo, só quando se tem um vínculo é que se consegue promover mudanças. Então esse envolvimento com a comunidade é uma das coisas mais difíceis e talvez mais desgastantes do trabalho no serviço, principalmente a atenção básica, a unidade básica. Os serviços de especialidades já estão meio distantes. Mas na unidade básica, é uma das coisas que mais desgasta a equipe, os profissionais é isso. Mas sem isso a gente não alcança os resultados. Então é um ponto em que tem que haver uma alimentação constante. E quem está na coordenação, que está na instância do meio que dá suporte ao serviço, tem de estar muito atento. Porque a gente precisa manter essas pessoas entusiasmadas. É difícil. Desgasta. E assim, é lembrar que a atenção básica, as unidades de saúde, elas têm que estarem realmente preparadas para coordenar a atenção a saúde. É a unidade com o conhecimento que ela tem de seu território, de todos os fatores determinantes, dos riscos que estão ali, das necessidades de suas populações, quais seus grupos de riscos, é ela que coordena a atenção à saúde. Então esse é um trabalho também que a gente tem que estar constantemente apontando e ajudando os serviços a poderem dar conta disso, porque é difícil, mas é preciso fazer. A unidade tem o seu paciente, ela encaminha o paciente, ela recebe ele de volta, então esse olhar, essa visão sistêmica que a gente tem que ter, quais são as

necessidades, pra onde eu vou ter que encaminhar, isso é um outro ponto e talvez um dos mais importantes que a gente tem que desenvolver. Então, foram uns pontos, eu também teria como falou o *expert 1*, uma lista enorme, mas esses pontos são talvez os que eu vejo assim no nosso dia a dia. Inclusive, o serviço aonde a gente vê que isso começa a tomar corpo são os serviços que deslancham melhor. Então a gente vê alguns serviços avançaram muito, tem já ótimos resultados, palpáveis o que não é uma coisa tão fácil quando se fala em atenção básica. Outros vão mais devagar. *Tem o problema das equipes, da mudança de profissionais que é constante*, então é para você ter envolvimento, para você poder fazer planejamento, *pra você ter uma continuidade, você tem que estar realimentando estes profissionais constantemente.* Mas, então (...) talvez sejam esses os pontos que eu vejo como mais delicados e mais importantes pra gente poder dizer, esse serviço tem chance de avançar, avançar bem e fazer diferença na qualidade de saúde, na qualidade de vida daquela população.

Após a leitura exaustiva do discurso dos sujeitos *experts*, buscamos identificar e recortar as unidades de significados mais importantes do discurso, acerca dos principais temas abordados e fazer a reconstrução interpretativa dos mesmos que nos permite chegar a uma síntese.

Sobre a Competência de Liderança

O cenário não pode ser esquecido quando se fala de competências do gestor. Esse cenário é, reconhecidamente, um cenário de mudanças radicais, que exigem que o gestor se movimente, quase sempre em busca de competências, na fronteira do espaço onde ele atua. Isso significa correr riscos, continuamente. Então, o gestor tem de estar preparado pra isso. A coisa mais importante que um gerente tem que ter como competência é o seu compromisso social. Um gerente é agente transformador da sociedade e, esse é o elemento mais importante e, talvez, um dos mais difíceis de trabalhar quando se pensa no aparelho formador. O gerente deve ter o compromisso e a capacidade de gerar sustentabilidade pra sua organização. Aqui, sustentabilidade é entendida de uma forma ampla: é também uma orientação do gestor para resultados, porque sustentabilidade significa também um compromisso com perenidade. O gestor tem que estar orientado para resultados. A sustentabilidade implica não somente na ação específica da organização, mas implica, também, na ação da organização para que a sociedade como um todo possa se reproduzir e ser melhor. Os três pilares da sustentabilidade são: o meio

ambiente, a força de trabalho e o que fazer da organização em suas contribuições específicas. É obvio que isso traz desafios quando se está pensando no setor de saúde: a capacidade de entender o entorno e conseguir construir a visão de futuro, a partir dessa visão do ambiente. Essa construção, hoje, não tem como não ser uma construção coletiva. Não existe mais o líder que constrói solitariamente uma visão de futuro, porque ninguém vai junto. Então, a construção de futuro, da visão de futuro, ou seja, a capacidade de construir o “o que fazer”, tem que ser um projeto coletivo. E o líder tem duas responsabilidades: a capacidade de se entender com o seu entorno e a capacidade de galvanizar as pessoas, que no sentido figurativo implica animar, dar movimento, dar vida, para que as pessoas busquem essa construção coletiva daquilo que vão perseguir, da visão de futuro. Isso exige: ir além da fronteira, capacidade de inovação constante, dar respostas rápidas. A quarta capacidade é do líder ser o arquiteto da estratégia. Os “o quês” de nada servem se não forem adequadamente servidos pelos “comos”. Os “comos” são a estratégia. Então a formação tem que preparar o líder para que consiga desenvolver, junto com sua equipe, o caminho. O caminho que constrói a visão. Então o “como do como” é a gestão, é a construção da viabilidade da estratégia. A construção da viabilidade da estratégia, o “como do como”, existe um ferramental a ser utilizado. Lançar mão desse ferramental de sistematização da ação da gestão é importante para que consiga atingir os objetivos propostos. Então o gerente tem que ter domínio dessas ferramentas, tem que entender coisas que acontecem dentro da organização. Entender não quer dizer ser um especialista. É ter a capacidade de continuamente se reconstruir utilizando principalmente o conhecimento e a sua capacidade de se relacionar com o conhecimento, de forma contínua. O líder tem que dar esse exemplo. O exemplo da humildade em relação a sua capacidade de interpretar o mundo através da ótica dos diferentes campos do conhecimento. O líder tem que continuamente aprender. Quer dizer, o líder não pode ser um sujeito embotado no seu espaço, que não tem contato com o mundo. Ele tem que continuamente estar em transformação. E nesse espaço transformador o conhecimento é de grande valor.

De acordo com a perspectiva do *expert* 1, o líder deve ter compromisso social, ser um agente de transformação da sociedade, trabalhar para diminuir as desigualdades, buscando a inclusão social. Deve pensar na perenidade e como trabalhar de maneira sustentável, para que a sociedade evolua de forma mais humana.

Esse deve ter a capacidade de entender o entorno, isso pressupõe construir uma competência coletiva e ajudar as pessoas a

perseguir essa visão, exige romper fronteiras, dar respostas rápidas e inovadoras; o líder deve ser compreendido como o arquiteto da estratégia que vislumbra o caminho necessário para construir a visão.

O *expert* 1 destaca a importância de o gerente entender “o que, o como, e de que forma” a estratégia se viabiliza. A gestão requer vários instrumentos, por exemplo, *Balanced Score Card*, *Six Sigma* etc . Essas ferramentas podem ser diferentes, o importante é a sistematização do trabalho. Assinala que o líder deve ter a capacidade de continuamente se reconstruir e relacionar-se com o conhecimento, tendo a humildade para interpretá-los sob as diferentes perspectivas.

Essas considerações pontuadas pelo *expert* 1 são corroboradas por Bergamini (2009), quando aborda a liderança por meio dos conceitos propostos por Stogdill (1974):

“O líder caracteriza-se por forte busca de responsabilidade e **perfeição** na tarefa, vigor e persistência na perseguição de objetivos, arrojo e originalidade na resolução de problemas, impulso para o exercício da iniciativa nas situações sociais, autoconfiança e senso de identidade pessoal, desejo de aceitar as consequências da decisão e ação, prontidão para absorver o “stress” interpessoal, boa vontade em tolerar frustrações e atrasos, habilidade para influenciar o comportamento de outras pessoas e capacidade de estruturar os sistemas de interação social no sentido dos objetivos que estão em jogo”. (Stogdill, 1974 apud Bergamini, 2009, p. 99)

Com relação ao conceito de Stogdill (1974), apresentado por Bergamini (2009) retiraríamos apenas a palavra perfeição, pois em

Administração metas impossíveis de serem atingidas são consideradas como elementos altamente desmotivadores do grupo.

A perspectiva de que a liderança, como competência, deve estar alinhada ao macro cenário, à missão, à visão, aos valores, à cultura organizacional e ao modelo de gestão da Instituição, também foi assinalada como importante. Portanto, se qualquer um dos elementos pontuados sofrer mudanças, os conhecimentos, as habilidades e as atitudes para exercer a liderança também deverão mudar, destacando-se a provisoriedade e dinamicidade dos cenários e dos conhecimentos.

Expert 2: Sobre a competência de desenvolver equipes

O processo de trabalho da gerência está mais complicado hoje. As demandas e as necessidades oriundas da interação entre o usuário e o profissional de saúde, intermediado pelas distintas tecnologias, algumas mais armadas e outras menos armadas, umas mais *hard* outras mais *soft*, tem imprimido uma diversidade constante nos processos de trabalho. Outro papel que eu considero importantíssimo, para a construção do sistema de saúde são as construções de equipes envolvendo gestores com distintos poderes. Isso também é um desafio em duas vertentes: a primeira mais assistencial e a segunda mais política. A construção de equipes é crucial porque, é por onde passa a questão dos vínculos, é por onde passa a sustentabilidade do projeto, e é por onde passa a capacidade de negociação. E eu acho que nós, gestores, estamos menos preparados para isso, isto é, hoje a negociação é muito menos técnica do que política, e às vezes o gerente não está sendo capaz de desenvolver esse processo, de flexibilidade, capacidade de negociação, capacidade de comunicação, capacidade de trabalhar o “como”, eu acho que essas competências/capacidades são imprescindíveis para trabalhar a equipe. No momento que muda um, muda tudo, muda a equipe, muda o processo de trabalho e a gente tem que refazer o “como. Isso exige capacidade de comunicação muito maior.

Penso que também temos que avançar nessa outra equipe, uma equipe política, que permite uma articulação de níveis mais diferenciados e às vezes complexos ou não de níveis de assistência. Hoje em dia, a gestão tem buscado muito a eficiência: custo, produto, escala, cobertura, produção...” e eu não sei se, necessariamente, estamos indo na direção de conseguir o melhor possível, a qualidade possível e, com isso, trazendo talvez mais iniquidade, em algumas áreas do sistema, quando a gente avança com universalidade.

Para o *expert 2*, desenvolver equipes envolve problematizar a forma de estruturação dos Serviços de Saúde, os conflitos, os interesses entre as profissões e a competição para compartilhar o mercado.

No cenário atual, os papéis são mais complexos e isso é um fator complicador. Devemos analisar os contextos que envolvem os profissionais de saúde, os usuários, as tecnologias e os conflitos que permeiam as relações entre os sujeitos.

Os diferentes matizes dependerão do interesse em buscar conhecimento. As equipes são constituídas por diferentes profissionais em diferentes níveis, envolvem gestores e diferentes poderes; o Pacto da Saúde, a construção das Regiões de Saúde, os aspectos assistenciais e políticos, os vínculos, a sustentabilidade e a capacidade de negociação. A negociação deve ser mais política do que técnica e tais competências devem ser construídas.

Conforme considerações do *expert 2*, cada vez que muda um profissional, muda a equipe e se a equipe muda, muda o como. Trabalhar em rede exige ter capacidade de comunicação, se faz necessário avançar na construção de uma equipe com competência política, pois o Pacto impõe integralidade, equidade, qualidade e humanização, que necessariamente requer ações intersetoriais e implica em gestão de conflito de interesses.

Ao verificar as perspectivas assinaladas pelo *expert 2*, é possível nos reportar ao referencial teórico, destacando Quinn et al. (2003) quando defendem que para se manter a “Equipe” unida é necessário ter um objetivo

em comum e esse é o agente motivador para a possibilidade de compartilhar e aproveitar os diferentes saberes trazidos pelo grupo.

Outro fator importante, segundo esses autores, é a determinação pelo líder dos papéis e responsabilidades de cada um. O grupo deve deter o conhecimento do todo, trabalhando de maneira sinérgica e complementar, a comunicação deve ser clara e transparente, o saber ouvir e sentir-se parte integrante de um trabalho coletivo é fundamental.

Na perspectiva da definição do que é o trabalho em equipe de saúde, segundo Peduzzi (2001, p. 109) destaca-se:

“(...) o trabalho em equipe multiprofissional consiste uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais. Por meio da comunicação, ou seja, da mediação simbólica da linguagem, dá-se a articulação das ações multiprofissionais e a cooperação”.

Ciampone e Peduzzi (2005), ao discutirem sobre trabalho em equipe e o processo grupal na perspectiva das equipes de saúde, salientam que é possível identificar dois tipos diferentes de equipes: a equipe integração, na qual se observa a busca de articulação das ações e de interação dos profissionais, e a equipe agrupamento, em que ocorre a justaposição das ações e o mero agrupamento de agentes. Transformar equipes agrupamentos em equipes integradas é um dos desafios inerentes ao campo da gestão.

Segundo Chanlat e Bédard (1996), o grupo informal deveria ser o exemplo a ser analisado, no plano das trocas e dos intercâmbios, pois nestes existem a força da coesão, seus membros não são avaros com as palavras, as narrativas são marcadas por um clima caloroso e atingir esse nível de interação significa aceitação mútua e que todos se sentem parte do problema e comprometido com as soluções.

Dessa forma, ao associarmos os conceitos dos pesquisadores quanto à constituição das equipes, é necessário compreender os valores e a visão de mundo de cada um desses atores sociais, estabelecendo o diálogo e busca de acordos com base em consensos, cabendo ao líder envolvê-los e aglutiná-los.

Expert 3 – Discorrendo sobre Trabalhar com Planos, Ações e Resultados

Não faz muito tempo que a humanidade planeja ações do ponto de vista mais geral. Se formos buscar na história, isso é uma coisa muito recente. Existem dificuldades técnicas em fazer planejamento. Então, uma competência importante para trabalhar com Planos, Ações e Resultados, é buscar acordos. Senão inviabiliza-se o planejamento. A intenção fundamental de se fazer acordos é procurar dentro do grupo que você trabalha, politicamente definir um rumo, definir um caminho, um cenário, para poder atuar nesse sentido. Acho que isso de certa maneira justifica a ideia de planificar e buscar resultados. Porque, se isso não acontecer, fundamentalmente perde-se o rumo. Planejar, desenvolver ações, que são desdobramentos de um plano mais geral, e avaliar os resultados faz parte de um processo de fazer diferença ou não para as pessoas. Dependendo do nível de responsabilidade que o gerente está atuando, essa diferença tem de ser medida de um jeito ou de outro. Mas ela tem que ser considerada e mensurada.

De acordo com o *expert 3*, a ação de planejar impõe dificuldades e é recente. Considerando os serviços de saúde, as dificuldades referem-se

a métodos e técnicas. Considera que o Estado Brasileiro consagrou na Constituição a planificação das ações. Na saúde, particularmente, o entorno não favorece. O *expert 3* propõe a reflexão sobre as questões: Fazemos a diferença? Como saber se fazemos a diferença? Como mensurar isso?

Para o *expert 3*, o plano é o método que ajuda a prever ações que é precedido por acordos. Buscar acordos é fundamental para procurar definir o rumo a ser seguido, as ações a serem desenvolvidas e para medir resultados. O nível de responsabilidade envolvida nas ações de planejamento é grande, e a compreensão de que não se administra somente por bom senso é importante e necessária.

Quando se busca compreender o contexto do planejamento na saúde, estudiosos como Paim e Teixeira (2006) realizaram um estudo em que apontaram o desenvolvimento histórico do planejamento em saúde, por meio do conhecimento produzido e divulgado em artigos científicos publicados na área. Os autores referem que, nos anos 80 e 90, surgiram estudos históricos e teóricos sobre o desenvolvimento conceitual e metodológico do planejamento em saúde. Destacam que, entre 1999 e 2000, os estudos estavam voltados para a análise e avaliação da gestão e, entre 2001 e 2005, os temas mais abordados nas pesquisas sobre planejamento focavam a municipalização e a expansão da atenção básica.

Ciampone e Melleiro (2005), abordando o planejamento e o processo decisório como instrumentos do processo de trabalho gerencial em saúde, destacam que o uso desses instrumentos pelo gestor de serviços pode fazer diferença no sentido de favorecer processos de mudança ou de

manter práticas reiterativas. Para manejar esses instrumentos com maior segurança, o gerente deve apoiar-se em um conjunto de conhecimentos teóricos e práticos que facilitam a sistematização das informações e interação com a realidade dos serviços e seu entorno, programando estratégias e ações necessárias para alcançar objetivos, metas desejadas e estabelecidas. As autoras destacam que o planejamento tem se tornado ferramenta gerencial, cada vez mais importante, para promover mudanças nos serviços, impulsionar práticas transformadoras do entorno e produzir políticas governamentais. Assinalam as diferenças do planejamento normativo, centralizado no gerente e pautado em ações eminentemente técnicas e o planejamento estratégico situacional que busca explicar os problemas do cenário, de modo contextualizado e processual, o jogo de força e poder entre os atores envolvidos no problema, a governabilidade ou influência sobre os nós-críticos e as ações. Ciampone e Melleiro destacam que, na perspectiva do planejamento estratégico-situacional, as dimensões técnicas, ético-políticas e socioeducativas se dão na perspectiva de emancipação dos sujeitos e na gestão de conflitos. Assinalam que essas diferenças são importantes não apenas no que se refere a métodos e técnicas adotadas na planificação, mas, sobretudo, nos paradigmas dos quais se parte para envolver os atores com os problemas da realidade, trabalhando com planos de contingências contemplando diferentes cenários.

Observa-se que, apesar das discussões sobre o tema, no âmbito da academia, acontecerem, desde os anos 80, na prática das Unidades Básicas que ainda atuam do modelo tradicional de gestão, pouco se utiliza

ou pouco se valoriza o planejamento como ferramenta de gestão. As equipes das Unidades de Saúde da Família, no entanto são orientadas continuamente sobre a importância do planejamento e do plano de ações para buscarem atender às necessidades da população da sua área de abrangência, tendo como base os documentos norteadores da Estratégia (André, 2006).

Segundo Drucker (2002), o planejamento indica as implicações futuras das decisões do presente, essa visão sistêmica e essa visão de futuro precisam ser consideradas pelos gestores locais de uma forma mais ampla.

No entanto, considerando que o planejamento deve ser realizado sob uma perspectiva macro e que essas macro-tendências deverão nortear as ações como um todo, são os líderes políticos da área, como tomadores de decisão, que deveriam difundir a importância dessa ferramenta de gestão e, com base no diagnóstico das necessidades, desdobrarem metas para a média gerência (coordenadorias regionais) e essas para as gerências locais (Unidades de Saúde).

Expert 4 – Discorrendo sobre “Gerenciar profissionais com diferentes vínculos de trabalho” (CLT, Terceiros, Comissionados, Contratados Temporários) dentro da mesma Unidade

As parcerias com as OSS, por um lado, agiliza os processos de gestão viabilizando muitas vezes a contratação, enfim todo o processo de suprimento, de reposição e de gestão de pessoas. Isso é muito interessante e ocorre num contexto que tenderá a intensificar cada vez mais, que é o contexto da flexibilização das relações de trabalho. Porém, a flexibilização também tem um outro lado, que é precarização das

relações de trabalho. Então, é preciso cuidado com a flexibilização. Ao mesmo tempo, a utilização de diferentes vínculos permitidos e previstos nesses contratos nos remete a possíveis conflitos, porque os trabalhadores, os profissionais de saúde se sentem tratados de formas muito diferentes e, às vezes, desiguais pela gestão, ficando inquietos diante disso. Por isso a questão dos diferentes vínculos está colocada nessa dupla perspectiva. Por um lado, mais promissora, por outro lado, muito tensionada. E o gestor local tem a tarefa, dentre várias outras, de liderar, planejar, também, a tarefa de lidar no cotidiano de trabalho, com essa situação de trabalho que é permanentemente tensa. Cabe ao gerente local, ao gestor conseguir construir a adesão. Adesão não me parece uma palavra boa, mas construir compromisso e envolvimento dos profissionais com o projeto de trabalho. Quer esta diante do desafio de conseguir envolver as pessoas e compromissá-las com o projeto, construindo o projeto conjuntamente, utilizando a ferramenta do diálogo e da comunicação e construindo os acordos. Nós do campo da gestão acreditamos que quanto mais o profissional se percebe protagonista nesse processo de construção de um projeto coletivo, mais ele tende a se comprometer, pois tem mais elementos para se compromissar. Questiono que para lidar com os diferentes vínculos, que autonomia os gerentes locais tem? Considero que estes gerentes têm um espaço de liberdade de decisão muito restrito. Portanto ele terá que lançar mão das possibilidades dialógicas e comunicativas e construir acordos, e construir acordos em que prevaleçam a satisfação das necessidades dos usuários e da população.

Gerenciar profissionais com diferentes vínculos de trabalho (CLT, terceiros, comissionados, contratados temporários) dentro da mesma Unidade é o tema de maior dificuldade colocado pelos gestores locais, isso não causou estranheza para esse *expert*, convidado para abordar o tema. Na perspectiva do *expert*, o tema pode ser analisado sobe duas óticas: na primeira, a possibilidade de contratar profissionais com diferentes vínculos agiliza e viabiliza o processo de gestão de pessoas. Na segunda, a flexibilização tende a se intensificar e pode levar à desregulamentação do trabalho e precarização das relações de trabalho.

Os diferentes vínculos remetem para possíveis conflitos, pois os profissionais sentem-se tratados de maneira diferente e desigual pelo gerente. O cotidiano do trabalho é tenso, dessa forma, o desafio do gestor é

encontrar alternativas, como construir a adesão e o compromisso com o Projeto de Trabalho, visando aos interesses dos usuários do serviço.

O desafio da gestão comunicativa é coordenar grupos por meio do diálogo, decidindo-se coletivamente o que será feito e como. Outro problema apontado e importante de ser analisado é o da falta de autonomia do gestor. Gerenciar pessoas com diferentes vínculos, com pouco espaço de liberdade é o grande fator dificultador. Devem-se construir acordos em torno das necessidades dos usuários e dos trabalhadores, prevalecendo as necessidades dos primeiros como norteadoras dos projetos institucionais.

As colocações desse *expert* corroboram com a pesquisa realizada por Pierantoni (2000) em que a autora entende que gerenciar pessoas com diferentes vínculos sem a autonomia para a tomada de decisão, mas com a responsabilização sobre os resultados, é um dos grandes dilemas vivenciados pelo gestor do serviço público.

Tais problemas são também abordados por Pereira e Spink (2001), quando sustentam que uma reforma efetiva exige o equilíbrio entre responsabilidade e ação, sem poder e autonomia para decidir, o gestor possui pouca margem de negociação.

A flexibilização do trabalho visa superar a rigidez da divisão estanque das atividades por área profissional e construir tanto ações comuns aos diferentes agentes, quanto conviver com ações específicas de cada profissão para qual seus agentes estão devidamente capacitados e com certas indefinições de fronteiras na atuação profissional.

Expert 5 – Discorrendo sobre a Visão das OSS sobre as tendências

(...) Para que um serviço possa fazer diferença, e ele possa mudar uma realidade, é fundamental o conhecimento do território onde o mesmo se insere. Começar a conhecer as peculiaridades da região, da sua área de abrangência, dentro das diretrizes, dentro das políticas, tem um cunho mais específico, que nos permite aprimorar cada vez mais esse diagnóstico local e a partir daí trabalhar no sentido de diminuir as diferenças que existem ali. E o gerente é o grande articulador. A partir desse diagnóstico, realmente é necessário trabalhar com o planejamento, um planejamento que tem de ser feito com toda a equipe, liderado pelo gerente. A partir desse planejamento, a unidade, o serviço tem de aprender a se organizar. E aí, as OSS tem um papel importante em ajudar os serviços a se organizarem. Então as OSS têm um planejamento, metas, resultados que eu quer obter. Essas metas têm que ser bem registradas, as informações e dados bem colhidos, isso tem que ser um trabalho exaustivo do serviço. A saúde na verdade é feita com muitas mãos e a comunidade tem que estar junto. Nós se quisermos fazer saúde realmente, nós temos que mudar, mudar hábitos, mudar comportamentos, e não se muda com fala, com prescrições. A gente muda depois que a gente tem um vínculo, só quando se tem um vínculo é que se consegue promover mudanças. E quem está na coordenação, que está na instância-meio, que dá suporte ao serviço, tem de estar muito atento, porque precisa manter essas pessoas entusiasmadas. Essa visão sistêmica que a gerência das OSS tem que ter, quais são as necessidades, pra onde eu vou ter que encaminhar, isso é outro ponto e talvez um dos mais importantes que a gente tem que desenvolver.

Como destaca esse “expert”, as OSS não são autônomas, existem diretrizes e políticas. Cabe a elas trabalhá-las da melhor forma possível. Para fazer a diferença, mudar uma realidade, considera-se que é fundamental o “conhecimento do território” e das necessidades da referida população. A OSS na Regionalização devem conhecer as peculiaridades de cada região, com o objetivo de diminuir as diferenças, ela tem como pressuposto dar suporte ao Serviço, para que ele se organize, trabalhe as metas, analise a equipe e o quadro de profissionais. A OSS deve apontar por meio de uma visão sistêmica o norte. Um problema recorrente é a rotatividade dos profissionais nas Equipes e tal fato requer atenção constante.

No que tange ao gerente, esse deve conhecer o território, garantir que os dados sejam coletados, realizar a avaliação, a análise e o Diagnóstico conjuntamente com a Equipe e manter o registro das ações implementadas, assim como dos resultados.

O gerente deve compreender a necessidade de trazer a comunidade para a negociação, o envolvimento da comunidade é importante, pois a saúde é feita com o alinhamento dos vários atores sociais do processo. Esse deve criar um elo de confiança e ajudar a mudar hábitos e comportamentos. A atenção básica deve estar preparada para a coordenação da atenção a saúde.

O exposto pelo *expert* 5 corrobora com os achados de André (2006) e representam bem o esperado das Unidades de Saúde da Família dentro da perspectiva da visão ampliada de saúde, conforme os documentos norteadores da Estratégia Saúde da Família emitidos pelos órgãos Federais, Estaduais e Municipais.

Na sequência mostraremos a transcrição das fitas com os debates ocorridos após as palestras dos *experts*, buscando extrair deles, também, as unidades de significado.

Debate

Eu gostaria muito de saber como vocês (*experts*) avaliaram as respostas? Quando vocês participaram das pesquisas, vocês imaginaram que a maior dificuldade que os gerentes apresentariam para trabalhar seria lidar com os diferentes vínculos? Vocês imaginariam que eles considerariam o perfil de formação em Ciências da Saúde com conhecimento mais específico na área de gestão de serviços de saúde o mais importante? O que vocês acharam quando

eles consideraram que as competências mais significativas seriam responsabilidade ética e social, seguidos pela visão sistêmica, pela capacidade de gerir mudanças e conflitos? Como vocês avaliam isso? Considerando o que foi colocado aqui, sobre a pouca autonomia que o gestor tem, seja dentro do modelo tradicional, seja agora no modelo proposto pelas OSS, vocês foram surpreendidos? Eu queria ouvir um pouquinho de cada um de vocês, começando pelo professor Gonçalo.

04: 57 – **Expert 1:** Bem, eu não me surpreendi com a questão dos diferentes vínculos, mas eu (chiado) (...) desde 1983, quando nós começamos as ações integradas de saúde e começou a haver uma intercambialidade entre funcionários federais, estaduais e municipais, ela se fez dentro desse cadinho de dificuldades. É lógico que seria muito mais fácil se não tivesse três esferas de governo, com três tipos de relação apesar de todas dentro do setor público, mas um funcionário do INAMPS era totalmente diferente de um estadual e o municipal, (chiado) do município de São Paulo que foi com os quais eu convivi mais de perto, também muito diferentes. Essa dificuldade é uma dificuldade que acredito que ela ainda às vezes perpassa. No caso do município de São Paulo, a municipalização da atenção básica em (chiado) no início da gestão da Marta, quando o Eduardo era o secretário. Então, essa pororoca do encontro entre os diferentes perfis jurídicos do servidor aconteceu aí. E aí a implantação do PSF, quer dizer, o PSF (chiado) no município de São Paulo, 100% em parcerias com as instituições filantrópicas, hoje uma parte delas transformadas em OSS, mas boa parte delas não são OSS, isso nós estamos falando da administração convenial (chiado), um vínculo extremamente frágil do ponto de vista jurídico para estabelecer essa relação. Então essa história dos diferentes vínculos era esperada. Agora tem certas coisas que são dados do problema, tem certas coisas que são superáveis, tem certas coisas que eu posso construir instrumentos. Ess é um dado do problema, então por isso que quando eu falo da “capacidade de”, eu não penso nessa história dos diferentes vínculos, porque é um dado do nosso problema, nós não temos como evitar esse dado, no curto e médio prazo. Agora, o restante, a questão da formação: seria muito difícil que os gestores com os quais nós trabalhamos hoje dissessem que queriam ser geridos por experts em administração. Eu tenho dúvida, é melhor ter um em administração que faça uma especialização ou é melhor ter um expert em saúde que faça (...) então é mais ou menos igual ao dilema do tostines (mais sequinhos por que...), quer dizer, pessoalmente eu acho que esse não é certamente um problema tão relevante. Eu fiz uma parte de minha formação numa escola de negócios, que é a EAESP da FGV e os professores da FGV achavam um despautério ter médico fazendo um curso de saúde (administração???) porque aquilo era um desperdício, de 6 anos em faculdade de medicina pra fabricar um gestor, sendo que eles fabricavam tão bons gestores e estavam aí à disposição do mercado, apesar de que o setor de saúde pagava tão mal. Mas eu acho que essa não é uma questão relevante. O relevante é o processo de formação,

isso é que é relevante. As outras questões, a responsabilidade ética e social, essa eu esperava na cabeça, acho que principalmente nós do setor de saúde, o tipo de envolvimento nas organizações faz com que isso seja, não possa ser colocado de lado, não possa ser secundado, a responsabilidade ética e social, o compromisso com a transformação. As outras, a importância da negociação, dado esse ambiente político, e no setor público esse ambiente político se sobressai e na administração pública brasileira, seguramente um dos maiores problemas é a falta de transparência e a questão do clientelismo, da utilização privada do estado, então esperava até mais falas tendo em vista dentro do processo de negociação que despontassem para essa questão da transparência e da capacidade de você negociar. Então eu acho que eu fiquei muito satisfeito com o que foi colocado e com o resultado final. E a pequena diferença que existe no resultado final entre técnicos e experts, eu também achei relevante, eu acho que era mais ou menos esperado, isto confirma o que nós temos observado na realidade.

11: 22 – *Expert 3:* Eu tenho uma observação, uma visão um pouco diferente do *Expert 1*. *Eu me surpreendi com o resultado que dá destaque aos diferentes vínculos, eu não esperava que isso fosse o maior problema, embora seja realmente um dado da realidade, agora eu acho que o que me surpreendeu tenha sido esse destaque pros diferentes vínculos e da dificuldade de lidar com isso no cotidiano de trabalho, essa insatisfação com os diferentes vínculos talvez esteja expressando uma insatisfação dos profissionais com o trabalho.* E isso é extremamente difícil pro gerente no dia a dia. Acho que a queixa com os diferentes vínculos está canalizando, me ocorre agora ouvindo nessa conversa aqui, que isso esteja expressando um conjunto maior de insatisfações. Eu pensei nisso quando o Gonçalo disse, mas desde os vínculos com o INAMPS, as AIS, Ações Integradas, eu também acompanhei aquele processo e eu não sentia os profissionais com um conflito tão intenso com essas diferenças que apareciam desde 84 com as ações integradas e a contratação por celetista, as ações integradas permitiram que os profissionais de saúde fossem contratados via Consolidação das Leis Trabalhistas, com o vínculo então formal, mas diferente do vínculo efetivo. E isso na época não me parecia tão intensamente conflituoso como apareceu na pesquisa. Me chama a atenção isso, os profissionais estão insatisfeitos com um conjunto maior de questões e os gerentes sentem isso no dia –a dia, ele está ali tentando dar resposta a essas insatisfações que são mais amplas.

13:31 – *Pesquisadora:* *Expert 5*, como representante das OSS a Sra. percebe isso também? Será que existe alguma coisa permeando isso que tem a ver com o fato, de hoje, os usuários estarem mais cientes de seus direitos e, portanto, serem mais solicitantes no que tange ao tipo de assistência que querem receber? Será que isso tem a ver com o fato de os gerentes e seus colaboradores estarem percebendo mais de perto a necessidade de serem mais resolutivos?

14:03 – *Expert 5*: Bom, sem dúvida. Hoje a população não espera mais que se diga o que fazer, ela já vai e procura aquilo. E aí que eu volto a insistir naquela questão, se não há um vínculo dessa gestão com essa comunidade a ponto de você poder explicar para eles e compartilhar com eles porque que certas coisas são de um jeito e não de outro, fica difícil, fica muito difícil. Com relação à pesquisa, eu queria fazer umas observações: a primeira é sobre a questão dos diferentes vínculos, eu achava que o perfil seria o primeiro ponto apresentado, porque há sempre aquela ideia, e a gente convive muito com isso, de que “ah me deem uma especialização e eu vou saber fazer o trabalho.” Eu acho que a pessoa precisa saber trabalhar ferramentas, existem algumas ferramentas que são importantes para um gerente saber manejar, saber usar. Não é tanto a especialização, nós temos gerentes com formação especificamente da área da saúde e são ótimos gerentes e desenvolvem muito bem o trabalho. Então eu achava que seria o Perfil que seria o ponto mais acentuado da questão deles. Agora, em relação aos vínculos, uma coisa interessante que temos lá todos os tipos de vínculo, então nós temos às vezes no mesmo serviço, federal, estadual, municipal, CLT. Há AMA, que é plantão, regime de plantão, tem PJ, que é contrato, então é uma coisa absurda de vínculos. Mas quando teve agora a opção para os funcionários públicos, 76% daqueles que estavam no serviço optaram por ficar. Aí foi um ponto que até a gente refletiu um pouco, que será? Será que é porque eles estão acomodados no serviço, não querem sair. Eles estavam acomodados naquele tipo de trabalho. Mudou a organização do serviço e o que a gente tem percebido é que, com raras exceções que ainda são muito resistentes, mas a grande maioria está engajada no serviço. Na hora que você faz uma proposta que ele se sente parte ativa do processo, ele fica entusiasmado, ele quer trabalhar, ele tem outra disposição. Apesar de que existe sim a questão salarial, direitos etc. e para se administrar isso é muito difícil. Então, o estado dá ponto facultativo, a prefeitura não, uma parte dos funcionários trabalha a outra não, e daí você tem que ver banco de horas, sei lá você tem que acertar algumas coisas, mas a gente percebe que os 76% que ficaram, a grande parte está entusiasmada e, apesar da diferença salarial e tudo, eles querem participar do trabalho. Isso foi uma experiência muito interessante que nós vivemos. Das competências, eu acho que ainda seria a responsabilidade ética e social, é indiscutível, a gente esperava mesmo. Depois eu achava que viria visão sistêmica. É difícil, essa visão sistêmica de você conseguir olhar e enxergar o todo, não é uma competência fácil de se encontrar, mesmo em pessoas formadas com uma série de especializações. A tendência é olhar muito pra dentro e não olhar pra fora. Então eu acho que isso foi uma coisa que eu esperava que viesse antes.

18:58 – *Expert 4*: Bom, eu não sei dizer se eu fiquei surpreso ou não. Pelo que eu pude notar, as diferenças são pequenas, percentualmente são pequenas. Como a amostra não é muito grande poderia até ter variado um pouco mais. É o esperado que aconteça mesmo, um nível

elevado, até porque você tem múltipla escolha. Agora, eu estava pensando na história dos múltiplos vínculos, e lembrando de uma pesquisa que a gente fez recentemente sobre cobertura vacinal nas capitais do Brasil, lá pelo centro de estudo da gente, e a gente dividiu a população das capitais em 5 extratos. Pra ver qual era a cobertura. Em 3 municípios, em São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte, a cobertura no extrato A (que era o mais rico) era significativamente pior. E quando esse resultado saiu, foi um tal de interpretar o resultado. Vamos bater no Homeopata ou não? (20:10) pra falar a verdade, a gente não sabe direito. *Então, eu acho que nesse aspecto dos vínculos (...) ainda bem que a gente está reunido aqui, esta aí uma boa oportunidade de pesquisar melhor o que significa isso, né? Eu podia aqui interpretar, uma coisa que me chama atenção nisso aí é a autonomia. Você tem dificuldade na autonomia de administrar uma situação em que você tem vários vínculos.* A Gloria estava comentando agora há pouco, sobre alguns mecanismos que, se você não tem apoio da administração, você está fadado a acabar levando cacetada de lado a lado. *Quer dizer, você, tendo autonomia de gestão, tem mais condição de administrar esses conflitos e talvez isso não aparecesse tanto. Agora isso é uma interpretação, não sei dizer se é realmente (...). Mas é um bom tema pra se pesquisar. Quanto aos demais, tanto as competências de gestão quanto (...), eu acho que está claro, pelo menos da vivência que a gente tem na administração de serviço, e que não esta lá agora, que essas eram as questões que batiam mesmo.* Ela está dizendo que o pessoal, ao se envolver, se entusiasma, compra a proposta, e acho que isso é uma coisa que precisa acontecer mesmo e nós temos dificuldades aí. Eu tenho trabalhado em outras áreas, não aqui no município de São Paulo, em outras áreas do estado. *Esse compromisso, queria só voltar e falar do conceito de competência, essa carga de atividade que envolve o conceito de competência e não de capacidade, como disse o Gonçalo, a gente capacita, o pessoal está todo mundo cheio de capacidade, mas e daí né, vai soltar o (...) como é que isso vai se lidar, né? Muita gente capaz, mas não está acontecendo muita coisa, a planificação, os acordos, o que a gente chama na sala de pacto, esses acordos que são feitos com responsabilidade dentro da área de saúde eles estão mal encaminhados, mal formulados, ainda tem muita água para rolar até que a gente venha conseguir com que isto imagino que num contexto mais geral ele surta efeito, se manifestem, passem a ser algo que entusiasmem a equipe,* essas coisas não emergiram ainda como a *Expert 5* está dizendo que é um baita depoimento aqui que é até estimulante pra gente saber que está acontecendo isso em algum lugar.

23:18 – *Expert 2:* Bom, sendo o último, deixa eu só aproveitar aí, pra problematizar algumas coisas. *Eu acho que os distintos vínculos não é problema, foi solução. E hoje ao ver o SUS, a partir de nossa Constituição em 1988, e a forma com que a gente implantou pra chegar a ser o que ele era, acho que não tinha outra alternativa. São estruturas totalmente consolidadas, calcificadas, super estruturadas. Não seria o*

SUS se não tivéssemos isso, não teríamos essa cobertura, essa abrangência, essa legitimidade social. Então pra mim os vínculos não é problema é solução. Ela foi a solução encontrada nesse contexto, nesse país, com essa estrutura de administração. Então, nesse sentido, eu acho que talvez os nossos gerentes tenham uma visão muito tradicional do que é gestão e gerência de sistema. Carreira estável, todo mundo com mesmo vínculo, trabalhando com a visão cristã de mundo. Visão Católica de mundo. E eu acho que o mundo é muito mais complexo do que isso, então não me espanta porque eu acho que isso está pegando no pé mesmo, mas eu não acho que é um problema solucionável. Ele é uma condição dada, no contexto desse país, que vai ter que ser trabalhada. Isso me diz que talvez a gente devesse trabalhar melhor essa questão da gerência, quer dizer, como é que o gerente enfrenta isso, que não é ter todo mundo com mesmo vínculo, trabalhando igual, pra receber igual, pra fazer igual, porque eu acho que atrás desta questão eu vejo ainda uma visão muito normatizada, da visão dos gerentes. Que respeita o programa, que faz aquele programa direitinho, claro é toda uma interpretação. Mas não me espanta o resultado, mas talvez a gente ainda esteja com uma imagem objetiva de gerente, de uma estrutura formal, normatizada, tipo linha-staff. A gente está trabalhando muito pouco com esta coisa caótica que é a realidade concreta. O sistema é caótico, mas ele não é caótico aleatório. Ele tem lógica, ele tem movimento político, e ele tem grande utilidade porque nós fomos arrojados o suficiente pra passar por cima do vínculo, passar por cima das normatizações. E aí talvez eu acho que se você me perguntar a tendência, eu acho que a gente precisava pensar nessa tendência. Esperar ter um vínculo, esperar ter entusiasmo não vai bastar. Eu acho que as competências que se espera são muito mais arrojadas. E aí eu acho que nós também, porque as nossas respostas não foram nenhuma Brastemp. Eu só queria problematizar um pouco, porque eu acho que talvez eles refletem ainda um estilo de gerência muito normatizada, da década de 70, 80, que não está mais no século XXI. Eu fiquei com uma dúvida e que eu vou falar com muito cuidado, talvez até essa competência ética política dos gerentes seja até uma resposta que eles estão respondendo pra gente. Pegaria mal se não respondesse. De novo é como é que a gente interpreta as respostas desses questionários, eu não saberia valorar tão, com tanta certeza (...) na verdade assim, me parece um pouco contraditório colocar como a primeira coisa a questão dos vínculos, minha interpretação de análise qualitativa, pois não sou especialista, tem gente mais especialista que eu. Mas eu tenho tentado trabalhar um pouco qual é a coerência interna dessas respostas, na medida em que estou enfrentando isso com essa lógica. Mas é muito mais dúvida do que (...) as pesquisadoras estão aqui, podem fazer melhor uso dessa informação.

Após transcrição do conteúdo discursivo decorrente do debate constituímos “a síntese” pelo recorte interpretativo das Categorias emergentes nos temas debatidos entre os *Experts*.

Utilização de diferentes vínculos

Expert 1 (...) com a questão dos diferentes vínculos, desde 1983, quando nós começamos as ações integradas de saúde e começou a haver uma intercambialidade entre funcionários federais, estaduais e municipais, ela se fez dentro desse cadinho de dificuldades. É lógico que seria muito mais fácil se não tivesse três esferas de governo, com três tipos de relação, apesar de todas dentro do setor público, mas um funcionário do INAMPS era totalmente diferente de um estadual e o municipal, (chamado) do município de São Paulo que foi com os quais eu convivi mais de perto, também muito diferentes. Agora tem certas coisas que são dados do problema, tem certas coisas que são superáveis, tem certas coisas que eu posso construir instrumentos. Esse é um dado do problema, então por isso que quando eu falo da “capacidade de”, eu não penso nessa história dos diferentes vínculos, porque é um dado do nosso problema. **Expert 2** (...) Eu acho que os distintos vínculos não é problema, foi solução. E hoje ao ver o SUS a partir de nossa Constituição, em 1988, e a forma com que a gente implantou pra chegar a ser o que ele era, acho que não tinha outra alternativa. São estruturas totalmente consolidadas, calcificadas, super estruturadas. Não seria o SUS se não tivéssemos isso, não teríamos essa cobertura, essa abrangência, essa legitimidade social. Então, pra mim, os vínculos não é problema é solução. Ela foi a solução encontrada nesse contexto, nesse país, com essa estrutura de administração. **Expert 3** (...) Então, eu acho que nesse aspecto dos vínculos, ainda bem que a gente está reunido aqui, está aí uma boa oportunidade de pesquisar melhor o que significa isso, né? Eu podia aqui interpretar, uma coisa que me chama atenção nisso aí é a autonomia. Você tem dificuldade na autonomia de administrar uma situação em que você tem vários vínculos, quer dizer, você tendo autonomia de gestão, você tem mais condição de administrar esses conflitos e talvez isso não aparecesse tanto. Agora isso é uma interpretação, não sei dizer se é realmente. **Expert 4** Eu me surpreendi com o resultado que dá destaque aos diferentes vínculos, eu não esperava que isso fosse o maior problema, embora seja realmente um dado da realidade, agora eu acho que o que me surpreendeu tenha sido esse destaque pros diferentes vínculos e da dificuldade de lidar com isso no cotidiano de trabalho, essa insatisfação com os diferentes vínculos talvez esteja expressando uma insatisfação dos profissionais com o trabalho. **Expert 5** (...) Hoje a população não espera mais que se diga o que fazer, ela já vai e procura aquilo. É aí que eu volto a insistir naquela questão, se não há um vínculo dessa gestão com essa comunidade a ponto de você poder explicar para eles e compartilhar com eles porque que certas coisas são de um jeito e não de outro, fica difícil. Agora em relação aos vínculos, uma coisa interessante é assim, nós temos então lá todos os tipos de vínculo, então nós temos às vezes no mesmo serviço, federal, estadual, municipal, CLT, onde tem então AMA, que é plantão, regime de plantão, tem PJ, que é contrato, então é uma coisa assim é um absurdo de vínculos. Mas quando teve agora a opção para os funcionários públicos, 76% daqueles que estavam no serviço optaram por ficar. Aí

foi um ponto que até a gente refletiu um pouco, por que será? Será que é porque eles estão acomodados no serviço, não querem sair. Mas mudou, muda a organização. Eles estavam acomodados aquele tipo de trabalho. Mudou a organização do serviço e o que a gente tem percebido é que, com raras exceções que ainda são muito resistentes, mas a grande maioria está engajada no serviço.

A questão dos diferentes vínculos talvez seja para os gestores o fator de maior dificuldade, devido à falta de autonomia destes para gerir esses profissionais. Apesar disso, observa-se que quando é dada a oportunidade de opção para os funcionários públicos ficarem ou não nos Serviços que são passados para a administração das OSS, um percentual significativo deles opta por ficar.

Inobstante a essa constatação ocorre o questionamento: será que eles decidem ficar, pois estão acomodados naquela Unidade? No entanto, com raras exceções, ao mudar a organização do serviço, tem se verificado o engajamento desses profissionais.

Desde 1983, com o advento das Ações Integradas de Saúde, quando, pela primeira vez, verificaram-se profissionais com diferentes vínculos, desenvolvendo as mesmas atividades dentro de uma mesma Unidade, tais dificuldades foram relatadas.

No entanto, esse é um dado do problema, faz-se necessário, então, a criação por parte da SMS de instrumentos de gestão, para lidar com tais situações e deve-se pensar na complementação salarial desses profissionais.

Os distintos vínculos foram a solução encontrada para as estruturas totalmente consolidadas, calcificadas e super estruturadas poderem manter o atendimento e a cobertura necessária.

Conforme apresentado anteriormente no nosso referencial teórico, o Governo do Estado de São Paulo, no momento atual, propôs algumas mudanças no projeto original da Implementação das OSS no Estado, com a possibilidade de complementação salarial aos servidores públicos afastados para essas entidades, tal ação, no entanto, ainda não foi tomada pelo governo municipal.

Segundo Pinheiro (2009), o SUS, no que tange à gestão de pessoas, encontra-se no chamado período burocrático (1930-1950), pois do modelo que se seguiu a esse, o tecnicista (1950-1960), somente algumas práticas são adotadas.

Verifica-se, dessa forma, uma estrutura hierárquica rígida, centralizadora, sem mobilidade na carreira, com limitações legais que engessam o sistema, porém com o advento das Parcerias e as OSS, foi possibilitada uma solução a esse problema, o que também corrobora com Pinheiro quando esse defende que, no campo da gestão de pessoas, a harmonização entre a Administração e Política é um dos maiores desafios da área.

Com relação às Organizações Sociais de Saúde, há as seguintes informações em recente pesquisa sobre essa questão:

“(…) A flexibilidade na composição do quadro funcional e a agilidade na demissão e admissão de funcionários têm sido apontadas como um dos principais ganhos do modelo de gestão por OSS. (...) Foram observados nesta pesquisa, três fatores que justificam os resultados obtidos com o modelo de gestão de hospitais públicos estaduais pelas OSS. Em primeiro lugar, e mais importante, é a flexibilidade na gestão de pessoas, conforme já detalhado. A gestão de recursos humanos tal qual, se apresenta nesses hospitais, apesar dos riscos de precarização dos vínculos trabalhistas, que devem ser controlados, responde adequadamente ao que se espera do modelo nos quesitos agilidade e flexibilidade”. (Duarte, 2009, p. 164-165)

Formação em Saúde e Especialização em Gestão de Serviços de Saúde

Expert 1 (...) Agora, o restante, a questão da formação: seria muito difícil que os gestores com os quais nós trabalhamos hoje dissessem que queriam ser geridos por *experts* em administração. Eu tenho dúvida, é melhor ter um *expert* em administração que faça uma especialização ou é melhor ter um *expert* em saúde que faça administração, então é mais ou menos igual ao dilema do tostines, (mais sequinhos por que...), quer dizer, pessoalmente eu acho que esse não é certamente um problema tão relevante. Eu fiz uma parte de minha formação numa escola de negócios, que é a EAESP da FGV e os professores da FGV achavam um desperdício ter médico fazendo um curso de saúde (administração), porque aquilo era um desperdício, de 6 anos em faculdade de medicina pra fabricar um gestor, sendo que eles fabricavam tão bons gestores e estavam aí à disposição do mercado, apesar de que o setor de saúde pagava tão mal. Mas eu acho que essa não é uma questão relevante. **Expert 2** (...) eu acho que talvez os nossos gerentes tenham uma visão muito tradicional do que é gestão e gerência de sistema. Carreira, estável, todo mundo com mesmo vínculo, trabalhando com a visão cristã de mundo. Visão Católica de mundo. E eu acho que o mundo é muito mais complexo do que isso. Mas não me espanta o resultado, mas talvez a gente ainda esteja com uma imagem objetiva de gerente, de uma estrutura formal, normatizada, tipo linha-staff. A gente está trabalhando muito pouco com esta coisa caótica que é a realidade concreta. O sistema é caótico, mas ele não é caótico aleatório. Ele tem lógica, ele tem movimento político, e ele tem grande utilidade porque nós fomos arrojados o suficiente pra passar por cima do vínculo. **Expert 3** Não comentou sobre essa questão. **Expert 4** Não comentou sobre essa questão. **Expert 5** (...) eu achava que o perfil seria o primeiro ponto apresentado, porque há sempre aquela ideia, e a gente convive muito com isso, de que “ah me deem uma especialização e eu vou saber fazer o trabalho.” Eu acho que não é bem assim, a pessoa precisa saber trabalhar ferramentas, existem algumas ferramentas que são importantes de um gerente saber manejar, saber usar. Não é tanto a especialização, nós temos gerentes, e olha nem a formação na saúde, nós temos gerentes com formação

especificamente da área da saúde e são ótimos gerentes. Em lugares onde o trabalho desenvolve muito bem. Então eu achava que seria o Perfil que seria o ponto mais acentuado, da questão deles.

Quanto ao resultado da pesquisa sobre a necessidade de Formação na Área de Saúde e Cursos de Especialização em Gestão de Serviços de Saúde, as opiniões dos *experts* variaram bastante, dos dez participantes da pesquisa, a maioria manteve a mesma opinião dos gestores, pontuando esses quesitos como os mais significativos.

A importância da “entrega” do gestor, independente da sua área de formação ou Pós-Graduação, foi pontuada assim como o fato de os gerentes manterem uma visão muito tradicional do que é gestão e gerência de sistema.

Ao falar da formação, mencionamos novamente o Pró-Saúde e a proposta de uma formação integrada aos serviços públicos de saúde, que dê respostas às necessidades concretas, contemplando a produção de conhecimento e a prestação de serviços direcionados a construir o fortalecimento do SUS.

A aproximação entre a formação de graduação no país e as necessidades da atenção básica é fundamental para evitarmos o distanciamento entre os mundos acadêmicos e o da prestação real dos serviços de saúde.

Tais ações, no entanto, devem também contemplar os profissionais que já estão no mercado e não tiveram a oportunidade de serem formados por meio desse alinhamento teórico-prático.

Várias tentativas ocorreram nesse sentido, André (2006), ao levantar as ações para capacitação dos gerentes dentro de uma perspectiva histórica, citou o “Método CENDES/OPAS”, de Planejamento desenvolvido por meio da cooperação entre o Centro Nacional de Desenvolvimento (CENDES) da Universidade Central da Venezuela e da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS).

Em 1990, outro processo de desenvolvimento gerencial citado ocorreu por intermédio do desdobramento das atividades de apoio da Cooperação Italiana para a implantação dos distritos sanitários na Bahia, no Curso de Gerência de Sistemas Locais de Saúde (Silos).

Em janeiro de 1991, a Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo assinou uma Carta de Intenções com a mesma Cooperação Italiana e, naquela oportunidade, optou-se pelo desenvolvimento da consultoria em dois Distritos de Saúde: DS de Itaquera e DS do Campo Limpo. O Centro de Organização da Atenção à Saúde (COAS), o Centro de Epidemiologia Pesquisa e Informação (CEPI) e o Centro de Formação dos Trabalhadores (CEFOP), seriam os coordenadores do processo e viabilizariam a sua difusão para os demais distritos.

Em 1997, surgiu o Projeto GERUS (Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas do Sistema Único de Saúde - SUS) em parceria com a OPAS (Organização Pan-americana de Saúde), com a OMS (Organização Mundial de Saúde) e com uma Equipe Técnica composta por técnicos da OPAS, do Instituto de Medicina Social do Rio de Janeiro, do Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Ceará, da Secretaria

Municipal de Saúde de Belo Horizonte e da Fundação Nacional de Saúde / Ministério da Saúde.

Os achados durante a implementação desses projetos, demonstraram algumas dificuldades, entre elas, a grande desmobilização e o sentimento de insatisfação dos funcionários, a dificuldade em conseguir maior adesão dos gerentes, as dificuldades com a manipulação da metodologia, as dúvidas quanto à validade científica de informações e métodos, a insuficiente atenção aos problemas da “rotina” das unidades e a desconfiança quanto à capacidade dos órgãos centrais de viabilizar os recursos e as mudanças necessárias (André, 2006).

Uma pesquisa que avaliou a implementação do GERUS na SMS de Curitiba demonstrou que o fator responsável pela fonte de sucesso da implementação dessa capacitação naquela região foi a adesão da Cúpula da SMS ao projeto, inclusive participando das aulas conjuntamente com os gestores das Unidades (André, 2006).

Vale ressaltar que esse foi o único trabalho verificado naquela oportunidade, que demonstrou mudança de comportamento dos gestores após a capacitação, pois os outros estudos não constataram tal fato.

Competências para a Gestão

Expert 1 (...). Com relação às questões sobre a responsabilidade ética e social, essa era esperada, acho que principalmente nós do setor de saúde não podemos ser colocá-la de lado, a responsabilidade ética e social, o compromisso com a transformação. As outras, a importância da negociação, dado esse ambiente político, e no setor público, esse ambiente político se sobressai e na administração pública brasileira, seguramente um dos maiores problemas é a falta de

transparência e a questão do clientelismo, da utilização privada do estado, então esperava até mais falas, tendo em vista dentro do processo de negociação que despontassem para essa questão da transparência e da capacidade de você negociar. Então eu acho que eu fiquei muito satisfeito com o que foi colocado e com o resultado final. **Expert 2** (...) Eu fiquei com uma dúvida, e vou falar com muito cuidado, talvez até essa competência ética política dos gerentes seja até uma resposta que eles estão respondendo pra gente. Pegaria mal se não respondessem. De novo é como é que a gente interpreta as respostas desses questionários, eu não saberia valorar tão, com tanta certeza (...), na verdade me parece um pouco contraditório colocar como a primeira coisa a questão dos vínculos, minha interpretação de análise qualitativa, tá? **Expert 3** (...) Esse compromisso, queria só voltar e falar do conceito de competência, essa carga de atividade que envolve o conceito de competência e não de capacidade, como disse o Gonçalo, a gente capacita o pessoal, está todo mundo cheio de capacidade, mas não está acontecendo muita coisa, a planificação os acordos, o que a gente chama na sala de pacto, esses acordos que são feitos com responsabilidade dentro da área de saúde, eles estão mal encaminhados, mal formulados, ainda tem muita água para rolar até que a gente consiga que isto surta efeito, se manifestem, passem a ser algo que entusiasmem a equipe. **Expert 4** Não comentou sobre essa questão. **Expert 5** (...) Das competências, eu acho que ainda seria a responsabilidade ética e social, é indiscutível, a gente esperava mesmo. Depois eu achava que viria visão sistêmica. É difícil, essa visão sistêmica de você conseguir olhar e enxergar o todo, não é uma competência fácil de se encontrar, mesmo em pessoas formadas com uma série de especializações.

Os *experts*, em suas falas, enfatizaram algumas competências relevantes para o perfil do gestor como a responsabilidade ética e social, bem como a importância da negociação, a visão sistêmica, a planificação, os acordos e a competência política considerando o cenário em que esses acordos acontecem.

Levantou-se uma questão interessante, se a competência relacionada à responsabilidade ética e social foi a mais pontuada, não existe uma contradição, quando esses mesmos gerentes pontuam como o maior dificultador lidar com os diferentes vínculos? Será que a alta pontuação da competência responsabilidade ética e social não reflete somente a resposta que é politicamente correta e esperada desses agentes sociais?

Outras questões que foram formuladas apontam para: Como achar o caminho do meio? Como tomar decisões macro e conseguir trabalhar nas repercussões micro que poderão levar ao insucesso das estratégias?

Será que o problema também não recai na falta do desenvolvimento de competências de gestão para os líderes políticos? Será que não falta visão sistêmica, capacidade de trabalhar com planos, ações e resultados? Sem dúvida, o alinhamento da competência de liderança à competência política é fundamental para esses atores sociais, porém só essas parecem não serem suficientes.

Da mesma forma fica clara a necessidade de dar suporte aos gestores, propiciando-lhes as condições favoráveis e necessárias para o desenvolvimento de competências que o ajudarão a trabalhar melhor essas dificuldades junto aos seus funcionários. Algumas ferramentas e instrumentos de gestão, além de mais autonomia de decisão, também devem ser negociadas com as diferentes instâncias gestoras do Estado.

Quanto à discussão sobre as competências para gestão, André (2006) identificou, em sua pesquisa sobre o tema, 12 competências que eram consideradas por diversos autores as necessárias para a gestão eficiente, eficaz e resolutiva, sendo elas: ter visão global (sistêmica e de longo prazo), ter liderança, comunicação eficaz, negociação, gerenciar conflitos e as mudanças, gerenciar o tempo e o estresse, usar o processo decisório participativo, gestão de planos, ações e resultados, pensamento

criativo, fomentar um ambiente produtivo de trabalho, ter responsabilidade ética e social e saber responsabilizar-se e comprometer-se.

Com base nos resultados da presente investigação, essas competências se resumiram a nove: ter responsabilidade ética e social, ter visão sistêmica, ter liderança, comunicação eficaz, saber negociar, gerenciar conflitos e mudanças, gestão de planos, ações e resultados, saber desenvolver equipes e aglutinar pessoas e ter competência política.

A segunda parte do debate foi constituída pelas perguntas que foram direcionadas pelos Gerentes que estavam no ponto remoto, via videoconferência, para os *experts*. Para tanto, realizamos a transcrição das fitas e buscamos, do mesmo modo, extrair as unidades de significado.

Fita 2 – Parte 3 (19:02- 22:30):

1. Uma questão interessante que a gente acha importante levantar, no contexto do município de São Paulo, é o fato de existir no espaço onde funcionava só a UBS de responsabilidade da SMS, uma UBS gerenciada por determinada Organização Social, a AMA por outra OS, e às vezes os núcleos de apoio à saúde da família (NASF) por uma terceira OS. Ali verificamos os desafios de lidar com a questão dos diferentes vínculos e as diferenças na gestão num mesmo espaço físico. Então eu gostaria de saber se vocês acham que para começarmos a falar dessa construção de visão de futuro seria importante existir um diálogo entre as OSS de forma mais sistematizada.
2. Com relação à motivação das equipes das USS, quem trabalha com estratégia de saúde da família tem sempre, graças a Deus, mil ideias pra tudo, todos os desafios que a área suscita na equipe, isso é muito constante, então uma das coisas que a gente sempre fica pensando é em como manter a motivação desses profissionais? Queria ouvir estratégias, estratégias individuais ou na equipe como um todo, enfim, que vocês achem importantes para manter a motivação das equipes.

3. Quando a gente fala em planejamento, em atendimento às necessidades da comunidade, como vocês veem o papel do gestor nas parcerias entre outros setores como saneamento, habitação, educação, entre outros, para a gente conseguir atingir os objetivos da saúde?
4. Sou a gerente da Unidade de Saúde da V.D, e eu inclusive respondi a pesquisa. Para problematizar um pouquinho, eu queria a opinião do grupo em relação aos diferentes vínculos ainda existentes. Como é possível lidar com os diferentes vínculos, diferentes salários, diferentes cargas horárias e geralmente para executar o mesmo serviço?

RESPOSTAS:

Expert 1

- 1) O Desafio foi dado quando optou-se pelas parcerias. *O Estado, o poder público tem que criar instrumentos de coordenação dessas ações.*
- 2) *Quanto à motivação, o PSF traz, na sua genética, espaços para a construção do conhecimento. Aprofundar a rota dando mais espaços verdes para construir a relação com o conhecimento;*
- 3) *A intersectorialidade é muito importante. Educação, cultura e lazer (falta espaço para o lúdico) com a coordenação local;*
- 4) Diferentes vínculos? Não tem saída. *Diminuir os abismos entre os profissionais com complementação salarial. As discussões são equivocadas, PCCS - numa realidade multifacetada é ignorância. Tem-se que criar instrumentos para a gestão local. Buscar a mudança da Cultura organizacional no âmbito local. Nada é fácil, mas é necessário enfrentar no território do risco.*

Expert 2

- 1) Contribui com uma questão – *Novo gerencialismo público – O Estado Regulador – que não está sendo exercido. O SUS – Sumamente é regulador, porém a capacidade de mobilizar recurso é pequena;*
- 4) *Diferentes vínculos – é a solução para o engessamento, se não fossem as parcerias, não haveria viabilidade para o SUS. Os gestores ainda mantêm uma visão tradicional, isso chama a atenção, hoje a complexidade é maior, temos que trabalhar esse aspecto na gerência. Surge uma dúvida com os resultados, é colocado o compromisso ético-político. Como interpretar esse resultado se há contradição com a diferença dos vínculos ser um problema? Há coerência nessa ideia?*

Expert 3

- 1) As OSS são uma confusão dado ao fato de a cidade ter que ser compartilhada de um modo organizado. As atividades inovadoras têm que ser compartilhadas com parceiros que toquem tocar;
- 2) *Motivação* – Mostrar os resultados, dar os retornos positivos;
- 3) *Intersetorialidade* – O Brasil é um Estado centralizador, a Prefeitura de São Paulo deveria dar razoável poder às Subprefeituras, compartilhar; estabelecer regiões por adesão, para gerar riqueza regional – precisa ter autonomia;
- 4) *Vínculos*, os servidores públicos vão acabar aos poucos. Mas precisa ter um plano para poder trabalhar em equipe, as pessoas têm direitos adquiridos;
- 5) *Mudança cultural* envolve acreditar em valores diferentes para pessoas com as quais temos compromissos.

Expert 4

- 2) A motivação das equipes tem que partir da construção de saberes, uma mudança de cultura com foco no usuário e na integralidade das ações. Atualização, aprendizado no trabalho orientado para as Equipes e não para a especificidade de cada profissional.
Autonomia - precisam se responsabilizar e não desvincular do projeto da Unidade.

Expert 5

- 1) *Diferentes parceiros no mesmo espaço físico?* Como OSS, não concordamos com contratos de gestão dessa forma. As OSS podem repassar para outros parceiros, na Cidade Ademar há um único parceiro. Quando há outros parceiros a solução é o diálogo, centrar a atenção em áreas distintas;
- 2) *Quanto à motivação das equipes*, o conhecimento, a visibilidade dos resultados para enxergar o trabalho realizado. Criar centros de estudo, promover a Educação a Distância;
- 3) *A Intersetorialidade?* É inevitável desenvolver projetos, editais de outras secretarias, precisamos estar juntos. Educação, meio ambiente, terceiro setor. É fácil enumerarmos problemas, precisamos olhar as potencialidades, os ativos, os avanços, não há outra forma.

Constituímos, com base nesse levantamento, as categorias dos temas debatidos entre os *experts* e *gerentes*:

Relação com as OSS

(Eu gostaria de saber se vocês acham que o começo dessa construção de visão de futuro seria um diálogo entre as OSS de forma mais sistematizada?)

Expert 1 (...) O desafio foi dado quando optou-se pelas parcerias. O Estado, o poder público tem que criar instrumentos de coordenação dessas ações. **Expert 2** (...) Novo gerencialismo público – O Estado Regulador – que não está sendo exercido. O SUS – sumamente é regulador, porém a capacidade de mobilizar recurso é pequena.

Diferentes Vínculos – é a solução para o engessamento, se não fossem as parcerias, não haveria viabilidade para o SUS. Os gestores ainda mantêm uma visão tradicional, isso chama a atenção, hoje a complexidade é maior, temos que trabalhar esse aspecto na gerência. **Expert 3** (...) A cidade tem que ser compartilhada de um modo organizado. As atividades inovadores têm que ser compartilhadas com parceiros que toquem o ponto. Mudança cultural envolve acreditar em valores diferentes para pessoas com as quais temos compromissos. **Expert 4** (...) Não comentou sobre a questão. **Expert 5** (...) Diferentes parceiros no mesmo espaço físico? Como OSS, não concordamos com contratos de gestão dessa forma. As OSS podem repassar para outros parceiros, na Cidade Ademar há um único parceiro. Quando há outros parceiros, a solução é o diálogo, centrar a atenção em áreas distintas.

Quanto à visão de futuro, o debate trouxe a questão da necessidade de o Município dividir as regiões entre as OSS de maneira mais organizada. Verificou-se ser possível, o repasse de área, onde existe mais de uma OSS, para um único parceiro.

Outra questão levantada foi que as parcerias foram a solução para o engessamento, pois o SUS é regulador e tem pouca capacidade de mobilizar recursos. Foi apontada a necessidade de o poder público criar instrumentos de coordenação das ações nesse âmbito.

O desafio foi dado e cabe aos gerentes quebrarem os paradigmas da gestão tradicional e desenvolverem competências que possibilitem uma compreensão mais Macro e consigam vislumbrar o que pode ser tirado de bom dos modelos mais inovadores.

As colocações dos *experts* sobre o tema são corroboradas pela Nota Técnica do CONASS, no documento “As Organizações Sociais como alternativa de gerência para Estabelecimentos Públicos de Saúde -17/2006”, que sustenta:

“(…) Sem dúvida, a administração pública percebe-se ‘emparedada’ e a alternativa da qualificação de entidades como organizações sociais é uma das saídas encontradas. A julgar pelas avaliações disponíveis, encontra-se entre as mais estruturadas e sustentáveis soluções para as dificuldades observadas. Apesar disso, é importante ressaltar que o sucesso não repousa na sua mera adoção formal. Tal iniciativa deve estar sempre associada ao fortalecimento do papel regulador do Estado. Na área da saúde isso significa ter clareza quanto ao papel do estabelecimento na rede assistencial em que está inserido, a organização dos fluxos de referência e contra referência, e o aperfeiçoamento dos instrumentos e processos (...)”.⁸

Como processo ainda em construção, os ajustes devem ser realizados par e passo com as avaliações sobre os pontos positivos e negativos encontrados, seguindo um “*continuum*”.

⁸ Disponível em: <http://www.conass.org.br/admin/arquivos/NT%2017-06.pdf>

Motivação

(Com relação à motivação das equipes das Unidades?)

Expert 1 (...) Quanto à motivação, o PSF traz, na sua genética, espaços para a construção do conhecimento. Aprofundar a rota para construir a relação com o conhecimento; diminuir os abismos entre os profissionais com complementação salarial. Tem-se que criar instrumentos para a gestão local. Buscar a mudança da cultura organizacional no âmbito local. Nada é fácil, mas é necessário enfrentar no território do risco. **Expert 2** (...) Não comentou sobre a questão. **Expert 3** (...) Motivação. Mostrar os resultados, dar os retornos positivos. **Expert 4** (...) A motivação das equipes tem que partir da construção de saberes, uma mudança de cultura com foco no usuário e na integralidade das ações. Atualização, aprendizado no trabalho orientado para as equipes e não para a especificidade de cada profissional. Autonomia - precisam se responsabilizar e não desvincular do projeto da Unidade. **Expert 5** (...) Quanto à motivação das equipes, o conhecimento, a visibilidade dos resultados para enxergar o trabalho realizado. Criar centros de estudos, promover a Educação a Distância.

A motivação foi compreendida no debate como resultante do envolvimento dos profissionais com um “Projeto Maior”, o entendimento da responsabilidade social com a comunidade e o usuário.

O gerente local, liderando uma mudança de cultura e dividindo com sua equipe o planejamento das ações e os resultados positivos como forma de estimulá-los. A construção coletiva do conhecimento como impulsionadora do processo. Foi assinalada também a necessidade de o “Estado” trabalhar as questões das diferenças salariais.

Existem várias teorias da motivação como a hierarquia de necessidades de Abraham Maslow, a teoria x e a teoria y, de Douglas McGregor, a teoria da motivação-higiêne, de Frederick Herzberg, a teoria ERC, de Clayton Alderfer, a teoria de necessidades, de McClelland, a teoria da avaliação cognitiva, a teoria da determinação de metas, de Edwin Lock, a teoria

do reforço, a teoria da equidade, e a teoria da expectativa, de Victor Vroom, e várias outras. Earnest R. Archer traz o seguinte conceito sobre o tema:

“Um mito persegue a profissão do administrador- o mito da motivação. No centro desse mito, existem 05 interpretações errôneas básicas: 1. A crença de que uma pessoa possa literalmente motivar outra; 2. A crença de que a pessoa é motivada como resultado da satisfação; 3. A crença de que aquilo que motiva o comportamento seja também aquilo que determina sua direção ,tanto positiva como negativamente; 4. A crença de que a motivação seja o catalisador que induz a comportamentos positivos e 5. A crença de que fatores de motivação e fatores de satisfação sejam a mesma coisa”. (Archer, 1990, p. 3-24)

Sem entrar no detalhe sobre cada uma das teorias, vale a pena frisar que as teorias da motivação são limitadas pela cultura. Dessa forma a análise do cenário, das pessoas e a sua relação no tempo e no espaço são fundamentais. Com base na análise dessas peculiaridades, os líderes devem buscar as melhores soluções para trabalhar o envolvimento de seu grupo.

Intersetorialidade

(Quanto à Intersetorialidade?)

Expert 1 (...) A intersetorialidade é muito importante. Educação, cultura e lazer (falta espaço para o lúdico) com a coordenação local (som apresentou chiado não foi possível transcrever o resto. **Expert 2** (...) Não comentou sobre a questão. **Expert 3** (...) Intersetorialidade. O Brasil é um Estado centralizador, a Prefeitura de São Paulo deveria dar razoável poder às Subprefeituras, compartilhar; estabelecer regiões por adesão, para gerar riqueza regional. Precisa ter autonomia. Vínculos, os servidores públicos vão acabar aos poucos. Mas precisa ter um plano para poder trabalhar em equipe, as pessoas têm direitos adquiridos. **Expert 4** (...) Não comentou sobre a questão. **Expert 5** (...) A Intersetorialidade? É inevitável desenvolver projetos, editais de outras secretárias, precisamos estar juntos. Educação, meio ambiente, terceiro setor. É fácil enumerarmos problemas, precisamos olhar as potencialidades, os ativos, os avanços, não há outra forma.

A Intersetorialidade é importante e tal parceria deve ser buscada e consolidada para trabalhar com o conceito de Saúde como “qualidade de vida”, projetos e negociações conjuntas devem ser realizadas em todos os níveis. Foi também ponderado o quanto as nossas estruturas de poder são centralizadas, e o “Estado” deveria dar mais autonomia nesse aspecto para as Subprefeituras.

Tal colocação é corroborada por Carvalho, Barbosa, Silva e Rocha (2008):

“Essa dinâmica supõe uma nova forma de gerenciamento para a superação da fragmentação das políticas, além de mudanças nas estruturas de poder da organização municipal, com gestão coletiva e participativa” (p. 3).

Nessa mesma pesquisa das autoras mencionadas anteriormente, foi verificado que o conceito de intersetorialidade entre os gerentes ainda é mal compreendido, dessa forma a sugestão das mesmas partia também de alinhar o conceito, utilizando o proposto pelo Participa SUS:

“(..) Destaca-se que a intersetorialidade busca superar a fragmentação das políticas ao considerar o ser humano na sua totalidade e na sua complexidade, sendo possível apenas por meio da construção de verdadeiras alianças estratégicas entre diferentes setores governamentais, não-governamentais, privados e da sociedade civil construídas no cotidiano dos serviços. Favorece, também, a gestão participativa do setor saúde conforme delineado na Política de Gestão Estratégica e Participativa”. (Carvalho, Barbosa, Silva e Rocha, 2008, p. 11)

Como é possível lidar com os diferentes vínculos?

Expert 1 (...) Não tem saída – Diminuir os abismos entre os profissionais com complementação salarial. As discussões são equivocadas, PCCS - numa realidade multifacetada é ignorância. Tem-se que criar instrumentos para a gestão local. Buscar a mudança da Cultura organizacional no âmbito local. Nada é fácil, mas é necessário enfrentar no território do risco. **Expert 2** (...) Diferentes vínculos é a solução para o engessamento, se não fossem as parcerias, não haveria viabilidade para o SUS. Os gestores ainda mantêm uma visão tradicional, isso chama a atenção, hoje a complexidade é maior, temos que trabalhar esse aspecto na gerência. Surge uma dúvida com os resultados, é colocado o compromisso ético-político. Como interpretar esse resultado se há contradição com a diferença dos vínculos ser um problema? Há coerência nessa ideia? **Expert 3** (...) Vínculos, os servidores públicos vão acabar aos poucos. Mas precisa ter um plano para poder trabalhar em Equipe, as pessoas têm direitos adquiridos. **Expert 4** (...) Não comentou sobre a questão. **Expert 5** (...) Não comentou sobre a questão.

Apesar de o tema ter sido largamente debatido no painel inicial, a pergunta retornou aos *experts*, o que demonstra o quanto ela é importante para o gestor nesse momento atual.

Inobstante o fato da questão de administrar pessoas com diferentes vínculos ter sido a pontuada pelos gerentes como a de maior grau de dificuldade e haver uma discrepância com relação a esse entendimento entre gerentes e *experts*, no debate, ficou claro que essa era a única solução possível para agilizar o processo de contratação e cobertura das necessidades de pessoal nas Unidades.

Os *experts* analisaram essa questão sob o ponto de vista “macro”, da decisão estratégica, e o quanto isso poderia contribuir para a implementação do SUS, os gerentes locais analisaram com uma visão “micro”, olhando para o intramuros, por vivenciarem na prática, os conflitos daí resultantes no dia a dia dos serviços e nas relações entre os diferentes profissionais da Equipe.

Os gestores precisam ser preparados para esse enfrentamento desenvolvendo as competências de negociação, gestão de mudanças e conflitos e comunicação eficaz.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As mudanças são parte premente de um mundo em contínuo desenvolvimento, tal fato é inexorável, trazem incertezas e o medo de não se estar preparado para atender às novas demandas advindas da necessidade de se quebrar antigos paradigmas. A velocidade imputada por esse mundo globalizado, mediado pela tecnologia, amplia o grau de angústia dos profissionais há muito habituados à mesma rotina.

Cabe aos líderes do sistema de saúde se preparem para ajudar os gerentes médios, os gerentes locais e as suas equipes a compreenderem as necessidades de mudança, envolvendo-os em um projeto maior que tenha o indivíduo, o usuário, o paciente e a comunidade, enfim, como foco de atenção.

As mudanças no ambiente externo continuarão afetando a vida das organizações em ritmo acelerado. Como decorrência, os modelos de gestão, reconhecidamente uma variável dependente, deverão adaptar-se ou antecipar-se às mudanças constituindo demandas específicas nos serviços de saúde.

Assim, as políticas, inclusive a gestão de pessoas, deverão imprimir importantes direcionalidades na formação e no desenvolvimento contínuo dos profissionais de saúde para gerir os serviços integrados ao SUS.

As Unidades Básicas de Saúde não estão se antecipando às mudanças do ambiente externo no que tange ao desenvolvimento de políticas de gestão, em geral, inclusive no que diz respeito às pessoas. A formação e a educação permanente de profissionais de saúde, para assumir a gestão desses serviços, estão desalinhadas das tendências.

Os gestores dos Serviços de Atenção Básica da Supervisão Técnica de Área do Butantã, da Coordenadoria Regional de Saúde Oeste do Município de São Paulo, pontuaram que a interferência no que tange à gestão de pessoas na SMS nos próximos dez anos, devido à globalização, à politização da população, ao maior acesso à informação, à ampliação do questionamento do papel das Instituições, à consciência de cidadania e ao direito do usuário, é relativa, pois obteve-se uma média de 6,5 em uma escala de 0 a 10.

Quanto ao grau de dificuldade para a implementação de ferramentas de desenvolvimento de pessoas ou as estratégias de gestão de pessoas como: a disponibilização de educação continuada para todos os profissionais, de todos os níveis, inclusive cursos de pós-graduação “lato senso” nas mais diversas áreas; a utilização intensiva de meios informatizados de autoaprendizagem (programas de educação a distância); as práticas de monitoramento contínuo do ambiente grupal/institucional; a delegação de autoridade e responsabilidade para o gestor (mais autonomia); o *feedback* constante ao profissional sobre o seu desempenho buscando envolvê-lo e valorizá-lo, obteve a média geral de 6,4 em uma escala de grau de dificuldade de 0 a 10.

Verificamos, por meio das anotações realizadas nos espaços abertos para discussão no programa da *Wharton School*, que essa opinião deriva da mudança contínua da liderança com a descontinuidade dos projetos, levando os gestores a não acreditarem em propostas de médios e longos prazos.

Ao buscarmos identificar os focos de atenção e dificuldades dos gestores de UBS, quanto ao gerenciamento de sua equipe e como as políticas de gestão de pessoas vigentes influem nesse processo, identificou-se que, na opinião dos gestores das Unidades de Saúde, dois fatores acarretam a maior quantidade de conflitos com o quais eles têm dificuldade de lidar no dia a dia. O primeiro deles é o fato de as OSS ou das Instituições parceiras não estarem divididas por Microrregiões como era o pressuposto original, e, o segundo, é a utilização de diferentes vínculos empregatícios, com jornadas e salários diferentes, no exercício da mesma função, gerando um clima de descontentamento e desmotivação entre os profissionais.

Os *experts* apontaram que a divisão das OSS nas regiões poderia ser mais bem organizada e as mesmas poderiam passar Unidades para outros parceiros, ou seja, na mesma Região coexistem OSS diferentes respondendo por Unidades diferentes dentro do mesmo espaço físico. Quanto aos diferentes vínculos, os *experts* defenderam que essa era a única saída para viabilizar o SUS, e o “Estado” deve desenvolver instrumentos para que essa gestão seja possível, deve dar apoio e suporte para esses gestores, bem como pensar na maneira de complementar esses salários de modo a diminuir as diferenças.

Para identificar se estes gestores estão a par das tendências do macrocontexto e das possíveis modificações impulsionadas pelas Organizações Sociais de Saúde, as respostas obtidas nos questionários nos mostraram que existe certo ceticismo dos gerentes quanto ao grau de mudanças.

Tal fato pode ser observado nas respostas da primeira e da segunda questões, cujos temas estavam voltados ao cenário macro. Na primeira questão, era questionado se nos próximos dez anos a Unidade de Saúde deveria promover mudanças em suas políticas. A resposta média obtida foi de 6,5 em uma escala de 0 a 10. Na segunda questão, questionava-se sobre a efetivação e ampliação das parcerias com Instituições Privadas, Fundações, etc. O escore médio obtido foi de 7,7 quanto ao grau de interferência em uma escala de 0 a 10.

Quanto à identificação do perfil de competências que o profissional de saúde que ocupa ou vier ocupar esses cargos deve ter, na opinião dos gestores e dos *experts* da área, os resultados obtidos nas três primeiras rodadas foi ratificado na quarta rodada e acrescido das competências de liderança e gestão de planos, ações e resultados. Com relação à formação na opinião dos 05 *experts*, que participaram da Plenária, essa não seria tão relevante, mas sim a “entrega” que esse gestor deveria realizar.

Dessa forma se consideramos a opinião da maioria, ou seja, os gerentes, mais 50% dos *experts*, o perfil de formação do gestor seria: Formação Acadêmica em Ciências da Saúde e Formação Específica em Gestão em Serviços de Saúde.

Quanto ao perfil de competências, foi consenso: ter responsabilidade ética e social, ter visão sistêmica abrangente e de longo prazo; ter comunicação eficaz; saber negociar; saber gerir as mudanças e conflitos, desenvolver e aglutinar equipes, ter competência política, ser um bom negociador, saber liderar e trabalhar com planos, ações e resultados.

Baseado nesse contexto, formular propostas em que o desenvolvimento de recursos humanos em saúde esteja alinhado às novas demandas da próxima década, particularmente no que tange ao gestor, é um desafio.

De um lado, temos a exigência premente de mudança a curto e médio prazos e, de outro, a compreensão de que tais mudanças estão relacionadas também à mudança de cultura e isso leva gerações, portanto trata-se de uma mudança a longo prazo.

Dessa forma defendemos a tese de que as ações devem ser propostas no curto, médio e longo prazos apontando para:

Negociação das esferas executivas da SMS com as Organizações Sociais de Saúde e demais Instituições parceiras, para a melhor distribuição e organização das OSS entre as diferentes regiões de São Paulo.

Pactuação entre todas as OSS e a SMS de um único modelo de gestão no Município com o desenvolvimento conjunto de instrumentos e ferramentas de gestão a serem disponibilizados após treinamento adequado a todos os gerentes e respectivas Equipes do Sistema.

O funcionamento de cada Região, como um subsistema do sistema maior, ou seja, a SMS juntamente com as OSS, estudariam e analisariam as necessidades macro, pactuariam as metas do município e as OSS juntamente com as Coordenadorias Regionais de Saúde, auxiliariam os gestores médios no desdobramento das metas regionais e esses os gestores das Unidades no desdobramento das metas locais de forma integrada, contínua e sistêmica.

Reuniões entre as OSS e as coordenadorias para acompanhar os resultados com os gerentes médios e locais, dando suporte na mudança da estratégia e da implementação dos planos de ação, caso fosse necessário.

Reuniões regulares entre as OSS, os parceiros e a SMS para o acompanhamento dos resultados regionais e macro, bem como as mudanças que fossem pertinentes.

Uma mudança de baixo para cima traria resultados?

Como pensar em mudanças em um ambiente da administração pública sem pontuar as influências de ordem política e as relações de poder aí existentes?

Como propor que as esferas da alta administração também tenham o perfil e as competências necessárias para função e que eles não sejam trocados a cada mudança na esfera política se eles são escolhidos mediante alianças político-partidárias com o objetivo de manterem o poder naquelas regiões?

Os assessores dos gestores da alta e média gerência seriam pessoas de reconhecido saber na área, que estariam auxiliando na tomada de decisão de forma profissionalizada, portanto a indicação desses deve ser precedida de comprovação curricular e avaliação de competências que subsidie sua nomeação por meio de uma comissão tríplice, sendo um membro da alta cúpula da SMS, um membro da OSS e um *expert* buscado no mercado com comprovado conhecimento no recrutamento e seleção de gestores na área de saúde.

No médio prazo, um projeto deveria ser enviado ao Legislativo, com normas claras para o recrutamento e a seleção dos gestores locais e regionais de saúde em que o perfil de competências seja pré-definido. Os critérios devem ser objetivos e por processo aberto para todos os interessados, dessa forma, caso não exista dentro do quadro atual, pessoal qualificado para a função, pessoas do mercado estariam concorrendo à posição.

Quanto ao exposto anteriormente, vale relembrar que já foi experimentada uma proposta similar, porém, devido a uma visão corporativista, uma ação foi impetrada pelo Conselho Regional de Medicina, utilizando um documento da época do PAM (Posto de Assistência Médica) em que o diretor era também consultante e dizia ser o cargo exclusivamente da categoria médica, dessa forma ocorreu na ocasião o impedimento da continuidade do projeto (André, 2006).

Uma análise do ponto de vista legal, amparada na atual estrutura e competências requeridas para o cargo de gestão, deveria ser realizada e

posteriormente acordada, negociada e pactuada com as diferentes esferas (executivo e legislativo) de maneira a buscar suporte para aprovação de novo projeto com esse tema.

Acordos e negociações entre as partes deveriam ser pactuados com o objetivo de assegurar que esses gestores não pudessem ser retirados de seus postos a cada mudança de caráter político partidário. Tal mudança seria viável caso fosse verificado que os resultados por eles obtidos nas suas respectivas áreas de abrangência não tivessem sido atingidos por inabilidade ou falta de competência do mesmo para liderar sua equipe na busca de tal intento.

No médio e longo prazo, o gestor seria preparado para assumir tal função, portanto só iria substituir o atual gestor depois de receber as informações necessárias, que seriam transformadas em conhecimento e permeadas por novas habilidades e por novas atitudes que na prática constituiriam as competências necessárias à função.

Nessa preparação, além da parte teórica, o gestor conheceria o seu território, indo a cada casa, cada rua e com os dados levantados se prepararia para, junto com a sua equipe, realizar o diagnóstico e o plano de ações para atender às necessidades da população da sua área de abrangência e demais metas advindas das macrometas municipais e regionais.

Para que não se incorresse nos mesmos erros verificados nas capacitações anteriores, como no GERUS, os próprios líderes fariam o curso

junto aos gerentes, e as atividades seriam desenvolvidas em sala de aula, bem como nas respectivas áreas de abrangência.

Dessa forma, por meio do exemplo, seria demonstrada a importância da preparação para assumir os novos desafios, obtendo aderência e envolvendo os profissionais em uma visão ampliada.

Para desenvolver no gestor essas competências, remetemo-nos ao referencial teórico utilizado: Schein (2009), Quinn et al. (2003), Hamel e Prahalad (1990) e Zarafian (2001 e 2003), lembrando que essas devem derivar da missão, visão, valores, cultura organizacional, competências organizacionais e modelo de gestão.

Dessa forma a equipe designada para desenhar a formação por competências do gestor na SMS em São Paulo deve analisar todos os itens mencionados anteriormente e complementá-los com o estudo das transversalidades advindas da cultura organizacional trazida também pelas OSS e parceiros da SMS.

Depois de definido o modelo único de gestão, os diferentes atores envolvidos nesse processo devem discutir quais são as competências humanas básicas requeridas pela SMS em São Paulo (OSS e parceiros pactuados) para se trabalhar na área da saúde, considerando os cenários e suas peculiaridades.

Quando essas questões tiverem sido definidas, as competências identificadas na presente pesquisa podem auxiliar quanto ao que compete e o que é necessário para o ocupante do cargo ou da função gerencial.

Como formar por competências?

No que tange aos conteúdos a serem desenvolvidos, esses deveriam ser capazes de prover informações que após discutidas seriam transformadas em conhecimentos e permeadas na prática pelo desenvolvimento de novas habilidades e mudanças de atitude que levariam a uma “entrega” mais eficiente, eficaz e resolutiva caracterizando, dessa forma, o desenvolvimento da competência.

Exemplo:

Meta: Desenvolvimento da competência de visão sistêmica

Conteúdos a serem ministrados:

Pressupostos do SUS;

Análise de cenários;

Cultura organizacional;

Modelos de gestão.

Meta: Desenvolvimento de competência de trabalhar com planos, ações e resultados

Conteúdos a serem ministrados:

Estratégia;

Planejamento;

Territorialização;

Epidemiologia;

Diagnóstico em saúde;

“PDCA” ou “Balanced Score Card”.

A proposta é mostrar que o recrutamento, a seleção, o desenvolvimento e a avaliação por competências está alinhado a um “escopo” maior que deve ser sistêmico e integrado ou será fadado ao insucesso.

No que diz respeito ao desenvolvimento contínuo, a SMS se comprometeria a não retirar os gestores e nem as Equipes das Unidades para reuniões ou treinamentos, o gestor local levantaria a necessidade de treinamento e desenvolvimento da sua equipe.

Caso ele não pudesse provê-los localmente, levar-se-ia essa demanda ao seu líder imediato que se encarregaria de, juntamente com as demandas dos gestores da região, negociar junto à SMS, à OSS e parceiros um programa conjunto, com saídas planejadas de forma a não atrapalhar as atividades da Unidade, não deixando os usuários sem atendimento e evitando a ocorrência de cursos sobrepostos e desnecessários.

Com relação à avaliação por competências, o instrumento de avaliação poderia ser desenvolvido e aplicado pela OSS, evitando as avaliações realizadas com base nas relações de amizade hoje verificadas na prática.

Dessa avaliação derivaria um plano de desenvolvimento e melhorias com metas objetivas a serem atingidas mediante algumas proposições acordadas entre as partes, avaliador e avaliado em um determinado prazo.

Exemplo:**Competência de Visão Sistêmica**

O gestor desenvolveu junto com a sua equipe um diagnóstico das necessidades da população da área adstrita que:

() atendeu plena e inteiramente o esperado (valor 3,0)

() atendeu o esperado (valor 2,0)

(x) atendeu regularmente o esperado (valor 1,0)

() não atendeu o esperado (valor 0,0)

Plano de Melhorias

O gerente deverá ser submetido à reciclagem dos conteúdos necessários ao desenvolvimento dessa competência e deverá acompanhar o planejamento da Unidade Básica melhor pontuada da Região, para se aprimorar nesse quesito.

Os referências teóricos e as práticas das Organizações Modernas demonstram que hoje cabe às lideranças trabalhar o desenvolvimento dos profissionais da sua equipe, cabe às Organizações darem suporte ao desenvolvimento solicitado, bem como cabe ao profissional cuidar do seu próprio desenvolvimento e da sua própria carreira como parte integrante da sua vida.

No longo prazo, por meio de iniciativas como o Pró-Saúde, dever-se-ia realizar o alinhamento da formação às necessidades reais da prática, de maneira a consolidar os pressupostos do SUS.

Como consideração final, retomo os limites e potencialidades da pesquisa que apontam para a importância de continuidade de estudos em seguimento longitudinal, para que possa avaliar se as tendências se confirmam ao longo da década, bem como se a proposta de desenvolvimento gerencial encontra eco ou tem continuidade e qual é o impacto nos serviços.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amatucci M. Perfil do administrador brasileiro para o século XXI: um enfoque metodológico [tese]. São Paulo: Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo; 2000.

André AM (ed.). Gestão estratégica de clínicas e hospitais. São Paulo: Atheneu; 2010.

André AM. Competências para gestão de unidades básicas de saúde: percepção do gestor [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2006.

Archer ER. O mito da motivação. In: Bergamini C & Coda R. Psicodinâmica da vida organizacional. São Paulo: Pioneira; 1990.

Arthur MB, Rousseau DM. The boundaryless career: a new principle for a new organizational Era. Oxford: University Press; 1996.

Bergamini CW, O líder eficaz. 1. ed. 4. reimpr. São Paulo: Atlas; 2009.

Bitencourt CC. A gestão de competências gerenciais e a contribuição da aprendizagem organizacional. *Revista de Administração de Empresas*, 2004; vol. 44, n. 1, p. 58-69.

Bitencourt CC. A gestão de competências gerenciais: a contribuição da aprendizagem organizacional [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2001.

Boyatzis RT. The competent management: a model for effective performance. New York: Wiley & Sons; 1982.

Carvalho MF, Barbosa MI, Silva ET, Rocha DG. Intersetorialidade: diálogo da política nacional da promoção da saúde com visão dos trabalhadores da atenção básica em Goiânia. 2008. Disponível em:

http://www.nesp.unb.br/publicacoes/control_social/intersectorialidade.pdf
[consultado em 01/04/2010].

CEINFO - Coordenação de Epidemiologia e Informação da Secretaria Municipal de Saúde da prefeitura da Cidade de São Paulo. Disponível em: http://ww2.prefeitura.sp.gov.br//arquivos/secretarias/saude/publicacoes/0004/boletimdados_Out08.pdf

CEINFO - Coordenação de Epidemiologia e Informação da Secretaria Municipal de Saúde da prefeitura da Cidade de São Paulo. Disponível em: <http://ww2.prefeitura.sp.gov.br//arquivos/secretarias/saude/publicacoes/0004/BoletimCEInfo03-06.pdf>

CEINFO - Coordenação de Epidemiologia e Informação da Secretaria Municipal de Saúde da prefeitura da Cidade de São Paulo. Disponível em: <http://ww2.prefeitura.sp.gov.br//arquivos/secretarias/saude/publicacoes/0004/BoletimCEInfo06-05.pdf>

Chanlat JF. O indivíduo na organização: dimensões esquecidas. 4. tiragem. São Paulo: Editora Atlas; 1996.

Chanlat A, Bédard R. A ferramenta do executivo. In: Chanlat JF. O indivíduo na organização: dimensões esquecidas. 4. tiragem. São Paulo: Editora Atlas; 1996.

Ciampone MHT, Melleiro MM. O planejamento e o processo decisório como instrumentos do processo de trabalho gerencial. In: Kurcgant P (coord.). Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

Ciampone MHT, Peduzzi M. Trabalho em equipe e processo grupal. In: Kurcgant P (coord.). Gerenciamento em enfermagem. São Paulo: Guanabara Koogan; 2005. p. 108-24.

CONASS. As organizações sociais como alternativa de gerência para estabelecimentos públicos de saúde - 17/2006. Publicado em 22 de agosto de 2006 [on line] <http://www.conass.org.br/admin/arquivos/NT%2017-06.pdf>
[consultado em 10/04/2010].

Conover WJ. Practical nonparametric statistics. 2nd edition. New York: John Wiley & Sons; 1980.

Drucker PF. O melhor de Peter Drucker: a administração. Trad. de Arlete Simille Marques. São Paulo: Nobel; 2002.

Duarte IG. Características dos modelos de gestão das organizações sociais contratadas pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo para o gerenciamento de hospitais. Tese (doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Ciências da Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Disponível em: http://ses-sp.bvs.br/lildbi/docsonline/7/8/487-Tese_CCD_ISP_Duarte,_Ivomar_Gomes_2009.pdf [consultado em 31/04/2009].

Dutra JS. Competências: conceitos e instrumentos para a gestão de pessoas na empresa moderna. São Paulo: Atlas; 2007.

Dutra JS, Fisher AL, Ruas RL, Nakata LE. Absorção do conceito de competências em gestão de pessoas: a percepção dos profissionais e as orientações adotadas pelas empresas. In: Anais do Enanpad; 2006; Salvador, BA, Brasil.

Dutra JS. Administração de carreiras: uma proposta para repensar a gestão de pessoas. São Paulo: Atlas; 1996.

Estes GM, Kuespert D. Delphy in industrial forecasting. Chemical Engineering News. 1976; ago. p. 40-7.

Fischer ALF, Albuquerque LF. Tendência na gestão de pessoas: Delphi-RH 2010. São Paulo: Programa de Estudos em Gestão de Pessoas – PROGESP. Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade. Universidade de São Paulo; 2000.

Fleury MTL, Fleury ACC. Construindo o conceito de competências. *Rev Adm* (Rio de Janeiro). 2001; 5(n. esp):185-96.

Fleury MTL, Fleury ACC. Estratégias empresariais e formação de competências. São Paulo: Atlas; 2000.

França ACL, Arellano EB et al. As pessoas na organização. São Paulo: Editora Gente, 2002.

Girardi SNA. Regulação dos recursos humanos em saúde e a reforma do Setor Saúde em países da América Latina. Genebra: OPAS/OMS; 1999.

Girardi SNA. Flexibilização dos mercados de trabalho e escolha moral: questões contemporâneas de recursos humanos no SUS. *Divulg Saúde Debate*; 1996.

Hall HH. Organizações: estruturas, processos e resultados. 8th ed. São Paulo: Pearson Practice Hall; 2006.

Hall DT. Careers in and out of organizations. London: Sage Publications Inc; 2003.

Hall DT. Careers in and out of organizations. Boston University: SAGE Publications Inc; 2002.

Hamel G, Prahalad CK. The core competence of the corporation. Rio de Janeiro: Campus; 1990.

Hipólito JA, Silva CM. Gestão de pessoas por competência: o caso de uma empresa de telecomunicações. *RAC Rev Adm Contemp* (Rio de Janeiro). 2000; 4(1):161-72.

Ibañez N et al. Organizações sociais de saúde: o modelo do Estado de São Paulo. *Ciênc. Saúde Coletiva* [on line]. 2001, vol. 6, n. 2, p. 391-404. ISSN 1413-8123. Disponível em: <http://www.latosensu.com.br/viewbva.asp?id=659&secao=Direito%20Administrativo> [consultado em 31/04/2010].

Le Boterf G. Construire les compétences individuelles et collectives. Paris: Éditions d'Organisation; 2000.

Le Boterf G. De la compétence. Essai sur un attracteur étrange. Paris: Les Éditions d'Organisation; 1994.

MacLagan P. Competencies: the next generation. *Train Dev*. 1997; maio. p. 40-7.

Mainero LA, Sullivan SE. The opt-out revolt: why people are leaving companies to create kaleidoscope careers. New York: Davies-Black; 2006.

MARE – Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Modelo padrões de propostas organizacionais sociais, exposição de motivos interministerial. Brasília; 1995.

Marinho JA. Funcionários públicos de nível médio na administração do município de São Paulo: uma pesquisa exploratória. Dissertação (Mestrado). São Paulo: na área de Administração Pública e Governo. EASP/Fundação Getúlio Vargas; 1996. 154p.

McClelland DC. Testing for competence rather than for "intelligence". *Am Psychol*. 1973; 28(1):1-14.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 2008.

Ministério da Saúde. Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS, PARTICIPASUS. Brasília, DF, out., 2007. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/participasus_aprovado_2007.pdf [consultado em 31/04/2009].

Pagés M et al. O poder das organizações. São Paulo: Atlas; 1987.

Paim JS, Teixeira CF. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. *Rev Saúde Pública* 2006; 40(n esp):73-8.

Parry SB. The quest for competencies. *Train Dev* 1996. p. 48-54.

Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saúde Pública* 2001; 35(1):103-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v35n1/4144.pdf> [consultado em 11/04/2010].

Pereira LCB, Spink PK. Reforma do estado e administração pública gerencial. 4. ed. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas; 2001.

Pierantoni CR. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. *Ciênc Saúde Coletiva* [periódico na Internet]. 2001 [citado 2007 out. 3]; 6(2):341-60. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232001000200006&script=sci_arttext [consultado em 3/10/2007].

Pierantoni CR. Reformas da saúde e recursos humanos: novos desafios x velhos problemas. Um estudo sobre recursos humanos e as reformas recentes da Política Nacional de Saúde. [Tese]. Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2000.

Pinheiro MC. Administração em Saúde: a atitude dos servidores em relação à estrutura organizacional para a gestão do sistema de saúde. [Tese]. São Paulo: FSP/Universidade de São Paulo; 2009. 139p.

Quinn RE, Thompson MP, Faerman SR, Macgrath M. Competências gerenciais: princípios e aplicações. Rio de Janeiro: Elsevier; 2003.

Schein EH, Cultura organizacional e liderança/Edgard Schein; tradução Ailton Bonfim Brandão; revisão técnica Humberto Mariotti. São Paulo: Atlas; 2009.

Silva CM. A gestão por competências e sua influência na implementação da gestão estratégica de pessoas: estudo de caso [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade. Universidade de São Paulo; 2003.

Souza AL. Organizações sociais de saúde: uma discussão preliminar sobre o conceito de publicização. In: 6º Encontro Nacional de Estudos do Trabalho; 1999. Disponível em: <http://www.race.nuca.ie.ufrj.br/abet/vienc/ST20B.doc> [consultado em 30/10/2007].

Spencer LM Jr, Spencer SM. Models for superior performance. New York: John Wiley; 1993.

Turoff M, Linstone H. The Delphi method. New York: Addison Wesley; 1975.

Vichas RP. Complete handbook of profitable marketing research techniques. Englewood Cliffs, Prentice-Hall, Inc.; 1982.

Wheelwright SC, Makridakis S. Forecasting methods for management. 5th ed. Chichester: Wiley Smith; 1978.

Wood TJ. Mudança organizacional (coord.). 4th ed. São Paulo: Atlas; 2004.

Woodruffe C. Competent by any other name. *Personnel Management* 1991. p. 30-3.

Wright JTC. A técnica Delphi. São Paulo: Programa Estudos do Futuro, Universidade de São Paulo; 1994.

Wright JTC. A técnica Delphi: uma ferramenta útil para o planejamento no Brasil. In: Anais do Encontro Brasileiro de Planejamento Empresarial – Como Planejar; 1985; São Paulo, SP, Brasil. São Paulo: SPE; 1985. p. 199-207.

Zarafian P. O modelo da competência: trajetória histórica, desafios atuais e propostas. São Paulo: SENAC; 2003.

Zarafian P. Objetivo e competência: por uma nova lógica. São Paulo: Atlas; 2001.

8 ANEXOS

ANEXO 1 – LEI Nº 9.637, DE 15 DE MAIO DE 1998.

LEI Nº 9.637, DE 15 DE MAIO DE 1998.

Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências.

Conversão da MPv nº 1.648-7, de 1998

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

CAPÍTULO DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS

Seção I

Da Qualificação

Art. 1º O Poder Executivo poderá qualificar como organizações sociais pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde, atendidos aos requisitos previstos nesta Lei.

Art. 2º São requisitos específicos para que as entidades privadas referidas no artigo anterior habilitem-se à qualificação como organização social:

I – comprovar o registro de seu ato constitutivo, dispondo sobre:

- a) natureza social de seus objetivos relativos à respectiva área de atuação;
- b) finalidade não-lucrativa, com a obrigatoriedade de investimento de seus excedentes financeiros no desenvolvimento das próprias atividades;
- c) previsão expressa de a entidade ter, como órgãos de deliberação superior e de direção, um conselho de administração e uma diretoria definidos nos

termos do estatuto, asseguradas àquele composição e atribuições normativas e de controle básicas previstas nesta Lei;

d) previsão de participação, no órgão colegiado de deliberação superior, de representantes do Poder Público e de membros da comunidade, de notória capacidade profissional e idoneidade moral;

e) composição e atribuições da diretoria;

f) obrigatoriedade de publicação anual, no Diário Oficial da União, dos relatórios financeiros e do relatório de execução do contrato de gestão;

g) no caso de associação civil, a aceitação de novos associados, na forma do estatuto;

h) proibição de distribuição de bens ou de parcela do patrimônio líquido em qualquer hipótese, inclusive em razão de desligamento, retirada ou falecimento de associado ou membro da entidade;

i) previsão de incorporação integral do patrimônio, dos legados ou das doações que lhe foram destinados, bem como dos excedentes financeiros decorrentes de suas atividades, em caso de extinção ou desqualificação, ao patrimônio de outra organização social qualificada no âmbito da União, da mesma área de atuação, ou ao patrimônio da União, dos Estados, do Distrito Federal ou dos Municípios, na proporção dos recursos e bens por estes alocados;

II – haver aprovação, quanto à conveniência e oportunidade de sua qualificação como organização social, do Ministro ou titular de órgão supervisor ou regulador da área de atividade correspondente ao seu objeto social e do Ministro de Estado da Administração Federal e Reforma do Estado.

Seção II

Do Conselho de Administração

Art. 3º O conselho de administração deve estar estruturado nos termos que dispuser o respectivo estatuto, observados, para os fins de atendimento dos requisitos de qualificação, os seguintes critérios básicos:

I – ser composto por:

a) 20 a 40% (vinte a quarenta por cento) de membros natos representantes do Poder Público, definidos pelo estatuto da entidade;

b) 20 a 30% (vinte a trinta por cento) de membros natos representantes de entidades da sociedade civil, definidos pelo estatuto;

c) até 10% (dez por cento), no caso de associação civil, de membros eleitos dentre os membros ou os associados;

d) 10 a 30% (dez a trinta por cento) de membros eleitos pelos demais integrantes do conselho, dentre pessoas de notória capacidade profissional e reconhecida idoneidade moral;

e) até 10% (dez por cento) de membros indicados ou eleitos na forma estabelecida pelo estatuto;

II – os membros eleitos ou indicados para compor o Conselho devem ter mandato de quatro anos, admitida uma recondução;

III – os representantes de entidades previstos nas alíneas “a” e “b” do inciso I devem corresponder a mais de 50% (cinquenta por cento) do Conselho;

IV – o primeiro mandato de metade dos membros eleitos ou indicados deve ser de dois anos, segundo critérios estabelecidos no estatuto;

V – o dirigente máximo da entidade deve participar das reuniões do conselho, sem direito a voto;

VI – o Conselho deve reunir-se ordinariamente, no mínimo, três vezes a cada ano e, extraordinariamente, a qualquer tempo;

VII – os conselheiros não devem receber remuneração pelos serviços que, nesta condição, prestarem à organização social, ressalvada a ajuda de custo por reunião da qual participem;

VIII – os conselheiros eleitos ou indicados para integrar a diretoria da entidade devem renunciar ao assumirem funções executivas.

Art. 4º Para os fins de atendimento dos requisitos de qualificação, devem ser atribuições privativas do Conselho de Administração, dentre outras:

I – fixar o âmbito de atuação da entidade, para consecução do seu objeto;

II – aprovar a proposta de contrato de gestão da entidade;

III – aprovar a proposta de orçamento da entidade e o programa de investimentos;

IV – designar e dispensar os membros da diretoria;

V – fixar a remuneração dos membros da diretoria;

VI – aprovar e dispor sobre a alteração dos estatutos e a extinção da entidade por maioria, no mínimo, de dois terços de seus membros;

VII – aprovar o regimento interno da entidade, que deve dispor, no mínimo, sobre a estrutura, forma de gerenciamento, os cargos e respectivas competências;

VIII – aprovar por maioria, no mínimo, de dois terços de seus membros, o regulamento próprio contendo os procedimentos que deve adotar para a

contratação de obras, serviços, compras e alienações e o plano de cargos, salários e benefícios dos empregados da entidade;

IX – aprovar e encaminhar, ao órgão supervisor da execução do contrato de gestão, os relatórios gerenciais e de atividades da entidade, elaborados pela diretoria;

X – fiscalizar o cumprimento das diretrizes e metas definidas e aprovar os demonstrativos financeiros e contábeis e as contas anuais da entidade, com o auxílio de auditoria externa.

Seção III

Do Contrato de Gestão

Art. 5º Para os efeitos desta Lei, entende-se por contrato de gestão o instrumento firmado entre o Poder Público e a entidade qualificada como organização social, com vistas à formação de parceria entre as partes para fomento e execução de atividades relativas às áreas relacionadas no art. 1º.

Art. 6º O contrato de gestão, elaborado de comum acordo entre o órgão ou entidade supervisora e a organização social, discriminará as atribuições, responsabilidades e obrigações do Poder Público e da organização social.

Parágrafo único. O contrato de gestão deve ser submetido, após aprovação pelo Conselho de Administração da entidade, ao Ministro de Estado ou autoridade supervisora da área correspondente à atividade fomentada.

Art. 7º Na elaboração do contrato de gestão, devem ser observados os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, economicidade e, também, os seguintes preceitos:

I – especificação do programa de trabalho proposto pela organização social, a estipulação das metas a serem atingidas e os respectivos prazos de execução, bem como previsão expressa dos critérios objetivos de avaliação de desempenho a serem utilizados, mediante indicadores de qualidade e produtividade;

II – a estipulação dos limites e critérios para despesa com remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidas pelos dirigentes e empregados das organizações sociais, no exercício de suas funções.

Parágrafo único. Os Ministros de Estado ou autoridades supervisoras da área de atuação da entidade devem definir as demais cláusulas dos contratos de gestão de que sejam signatários.

Seção IV

Da Execução e Fiscalização do Contrato de Gestão

Art. 8º A execução do contrato de gestão celebrado por organização social será fiscalizada pelo órgão ou entidade supervisora da área de atuação correspondente à atividade fomentada.

§ 1º A entidade qualificada apresentará ao órgão ou entidade do Poder Público supervisora signatária do contrato, ao término de cada exercício ou a qualquer momento, conforme recomende o interesse público, relatório pertinente à execução do contrato de gestão, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado da prestação de contas correspondente ao exercício financeiro.

§ 2º Os resultados atingidos com a execução do contrato de gestão devem ser analisados, periodicamente, por comissão de avaliação, indicada pela autoridade supervisora da área correspondente, composta por especialistas de notória capacidade e adequada qualificação.

§ 3º A comissão deve encaminhar à autoridade supervisora relatório conclusivo sobre a avaliação procedida.

Art. 9º Os responsáveis pela fiscalização da execução do contrato de gestão, ao tomarem conhecimento de qualquer irregularidade ou ilegalidade na utilização de recursos ou bens de origem pública por organização social, dela darão ciência ao Tribunal de Contas da União, sob pena de responsabilidade solidária.

Art. 10. Sem prejuízo da medida a que se refere o artigo anterior, quando assim exigir a gravidade dos fatos ou o interesse público, havendo indícios fundados de malversação de bens ou recursos de origem pública, os responsáveis pela fiscalização representarão ao Ministério Público, à Advocacia-Geral da União ou à Procuradoria da entidade para que requeira ao juízo competente a decretação da indisponibilidade dos bens da entidade e o sequestro dos bens dos seus dirigentes, bem como de agente público ou terceiro, que possam ter enriquecido ilicitamente ou causado dano ao patrimônio público.

§ 1º O pedido de sequestro será processado de acordo com o disposto nos arts. 822 e 825 do Código de Processo Civil.

§ 2º Quando for o caso, o pedido incluirá a investigação, o exame e o bloqueio de bens, contas bancárias e aplicações mantidas pelo demandado no País e no exterior, nos termos da lei e dos tratados internacionais.

§ 3º Até o término da ação, o Poder Público permanecerá como depositário e gestor dos bens e valores sequestrados ou indisponíveis e velará pela continuidade das atividades sociais da entidade.

Seção V

Do Fomento às Atividades Sociais

Art. 11. As entidades qualificadas como organizações sociais são declaradas como entidades de interesse social e utilidade pública, para todos os efeitos legais.

Art. 12. Às organizações sociais poderão ser destinados recursos orçamentários e bens públicos necessários ao cumprimento do contrato de gestão.

§ 1º São assegurados às organizações sociais os créditos previstos no orçamento e as respectivas liberações financeiras, de acordo com o cronograma de desembolso previsto no contrato de gestão.

§ 2º Poderá ser adicionada aos créditos orçamentários destinados ao custeio do contrato de gestão parcela de recursos para compensar desligamento de servidor cedido, desde que haja justificativa expressa da necessidade pela organização social.

§ 3º Os bens de que trata este artigo serão destinados às organizações sociais, dispensada licitação, mediante permissão de uso, consoante cláusula expressa do contrato de gestão.

Art. 13. Os bens móveis públicos permitidos para uso poderão ser permutados por outros de igual ou maior valor, condicionado a que os novos bens integrem o patrimônio da União.

Parágrafo único. A permuta de que trata este artigo dependerá de prévia avaliação do bem e expressa autorização do Poder Público.

Art. 14. É facultado ao Poder Executivo a cessão especial de servidor para as organizações sociais, com ônus para a origem.

§ 1º Não será incorporada aos vencimentos ou à remuneração de origem do servidor cedido qualquer vantagem pecuniária que vier a ser paga pela organização social.

§ 2º Não será permitido o pagamento de vantagem pecuniária permanente por organização social a servidor cedido com recursos provenientes do contrato de gestão, ressalvada a hipótese de adicional relativo ao exercício de função temporária de direção e assessoria.

§ 3º O servidor cedido perceberá as vantagens do cargo a que fizer juz no órgão de origem, quando ocupante de cargo de primeiro ou de segundo escalão na organização social.

Art. 15. São extensíveis, no âmbito da União, os efeitos dos arts. 11 e 12, § 3º, para as entidades qualificadas como organizações sociais pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios, quando houver

reciprocidade e desde que a legislação local não contrarie os preceitos desta Lei e a legislação específica de âmbito federal.

Seção VI

Da Desqualificação

Art. 16. O Poder Executivo poderá proceder à desqualificação da entidade como organização social, quando constatado o descumprimento das disposições contidas no contrato de gestão.

§ 1º A desqualificação será precedida de processo administrativo, assegurado o direito de ampla defesa, respondendo os dirigentes da organização social, individual e solidariamente, pelos danos ou prejuízos decorrentes de sua ação ou omissão.

§ 2º A desqualificação importará reversão dos bens permitidos e dos valores entregues à utilização da organização social, sem prejuízo de outras sanções cabíveis.

CAPÍTULO II

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 17. A organização social fará publicar, no prazo máximo de noventa dias contado da assinatura do contrato de gestão, regulamento próprio contendo os procedimentos que adotará para a contratação de obras e serviços, bem como para compras com emprego de recursos provenientes do Poder Público.

Art. 18. A organização social que absorver atividades de entidade federal extinta no âmbito da área de saúde deverá considerar no contrato de gestão, quanto ao atendimento da comunidade, os princípios do Sistema Único de Saúde, expressos no art. 198 da Constituição Federal e no art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

Art. 19. As entidades que absorverem atividades de rádio e televisão educativa poderão receber recursos e veicular publicidade institucional de entidades de direito público ou privado, a título de apoio cultural, admitindo-se o patrocínio de programas, eventos e projetos, vedada a veiculação remunerada de anúncios e outras práticas que configurem comercialização de seus intervalos. (Regulamento)

Art. 20. Será criado, mediante decreto do Poder Executivo, o Programa Nacional de Publicização – PNP, com o objetivo de estabelecer diretrizes e critérios para a qualificação de organizações sociais, a fim de assegurar a absorção de atividades desenvolvidas por entidades ou órgãos públicos da União, que atuem nas atividades referidas no art. 1º, por organizações sociais, qualificadas na forma desta Lei, observadas as seguintes diretrizes:

I – ênfase no atendimento do cidadão-cliente;

II – ênfase nos resultados, qualitativos e quantitativos nos prazos pactuados;

III – controle social das ações de forma transparente.

Art. 21. São extintos o Laboratório Nacional de Luz Síncrotron, integrante da estrutura do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq, e a Fundação Roquette Pinto, entidade vinculada à Presidência da República.

§ 1º Competirá ao Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado supervisionar o processo de inventário do Laboratório Nacional de Luz Síncrotron, a cargo do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq, cabendo-lhe realizá-lo para a Fundação Roquette Pinto.

§ 2º No curso do processo de inventário da Fundação Roquette Pinto e até a assinatura do contrato de gestão, a continuidade das atividades sociais ficará sob a supervisão da Secretaria de Comunicação Social da Presidência da República.

§ 3º É o Poder Executivo autorizado a qualificar como organizações sociais, nos termos desta Lei, as pessoas jurídicas de direito privado indicadas no Anexo I, bem assim a permitir a absorção de atividades desempenhadas pelas entidades extintas por este artigo.

§ 4º Os processos judiciais em que a Fundação Roquette Pinto seja parte, ativa ou passivamente, serão transferidos para a União, na qualidade de sucessora, sendo representada pela Advocacia-Geral da União.

Art. 22. As extinções e a absorção de atividades e serviços por organizações sociais de que trata esta Lei observarão os seguintes preceitos:

I – os servidores integrantes dos quadros permanentes dos órgãos e das entidades extintos terão garantidos todos os direitos e vantagens decorrentes do respectivo cargo ou emprego e integrarão quadro em extinção nos órgãos ou nas entidades indicados no Anexo II, sendo facultada aos órgãos e entidades supervisoras, ao seu critério exclusivo, a cessão de servidor, irrecusável para este, com ônus para a origem, à organização social que vier a absorver as correspondentes atividades, observados os §§ 1º e 2º do art. 14;

II – a desativação das unidades extintas será realizada mediante inventário de seus bens imóveis e de seu acervo físico, documental e material, bem como dos contratos e convênios, com a adoção de providências dirigidas à manutenção e ao prosseguimento das atividades sociais a cargo dessas unidades, nos termos da legislação aplicável em cada caso;

III – os recursos e as receitas orçamentárias de qualquer natureza, destinados às unidades extintas, serão utilizados no processo de inventário e para a manutenção e o financiamento das atividades sociais até a assinatura do contrato de gestão;

IV – quando necessário, parcela dos recursos orçamentários poderá ser reprogramada, mediante crédito especial a ser enviado ao Congresso Nacional, para o órgão ou entidade supervisora dos contratos de gestão, para o fomento das atividades sociais, assegurada a liberação periódica do respectivo desembolso financeiro para a organização social;

V – encerrados os processos de inventário, os cargos efetivos vagos e os em comissão serão considerados extintos;

VI – a organização social que tiver absorvido as atribuições das unidades extintas poderá adotar os símbolos designativos destes, seguidos da identificação “OS”.

§ 1º A absorção pelas organizações sociais das atividades das unidades extintas efetivar-se-á mediante a celebração de contrato de gestão, na forma dos arts. 6º e 7º.

§ 2º Poderá ser adicionada às dotações orçamentárias referidas no inciso IV parcela dos recursos decorrentes da economia de despesa incorrida pela União com os cargos e funções comissionados existentes nas unidades extintas.

Art. 23. É o Poder Executivo autorizado a ceder os bens e os servidores da Fundação Roquette Pinto no Estado do Maranhão ao Governo daquele Estado.

Art. 24. São convalidados os atos praticados com base na Medida Provisória nº 1.648-7, de 23 de abril de 1998.

Art. 25. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 15 de maio de 1998; 177º da Independência e 110º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Pedro Malan

Paulo Paiva

José Israel Vargas

Luiz Carlos Bresser Pereira

Clovis de Barros Carvalho

Fonte: Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/L9637.htm> [on-line]. [consultado em 04/10/2007].

ANEXO 2 – LEI COMPLEMENTAR Nº 846, DE 4 DE JUNHO DE 1998

Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais e dá outras providências.

O GOVERNADOR DO ESTADO DE SÃO PAULO:

Faço saber que a Assembleia Legislativa decreta, e eu promulgo a seguinte lei complementar:

CAPÍTULO I

Das Organizações Sociais

Seção I

Da Qualificação

Artigo 1º. – O Poder Executivo poderá qualificar como organizações sociais pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas à saúde e à cultura, atendidos os requisitos previstos nesta lei complementar.

Parágrafo único – As pessoas jurídicas de direito privado cujas atividades sejam dirigidas à saúde e à cultura, qualificadas pelo Poder Executivo como organizações sociais, serão submetidas ao controle externo da Assembleia Legislativa, que o exercerá com o auxílio do Tribunal de Contas do Estado, ficando o controle interno a cargo do Poder Executivo.

Artigo 2º. – São requisitos específicos para que as entidades privadas referidas no artigo anterior habilitem-se à qualificação como organização social:

I – comprovar o registro de seu ato constitutivo, dispondo sobre:

- a) natureza social de seus objetivos;
- b) finalidade não-lucrativa, com a obrigatoriedade de investimento de seus excedentes financeiros no desenvolvimento das próprias atividades;
- c) previsão expressa de ter a entidade, como órgãos de deliberação superior e de direção, um Conselho de Administração e uma Diretoria, definidos nos termos do Estatuto, assegurado àquele composição e atribuições normativas e de controle básicos previstos nesta lei complementar;
- d) previsão de participação, no órgão colegiado de deliberação superior, de membros da comunidade, de notória capacidade profissional e idoneidade moral;
- e) composição e atribuições da Diretoria da entidade;
- f) obrigatoriedade de publicação anual, no Diário Oficial do Estado, dos relatórios financeiros e do relatório de execução do contrato de gestão;

g) em caso de associação civil, a aceitação de novos associados, na forma do estatuto;

h) proibição de distribuição de bens ou de parcela do patrimônio líquido em qualquer hipótese, inclusive em razão de desligamento, retirada ou falecimento de associado ou membro da entidade;

i) previsão de incorporação integral do patrimônio, dos legados ou das doações que lhe foram destinados, bem como dos excedentes financeiros decorrentes de suas atividades, em caso de extinção ou desqualificação da entidade, ao patrimônio de outra organização social qualificada no âmbito do Estado, da mesma área de atuação, ou ao patrimônio do Estado, na proporção dos recursos e bens por este alocados;

II – ter a entidade recebido aprovação em parecer favorável, quanto à conveniência e oportunidade de sua qualificação como organização social, do Secretário de Estado da área correspondente e do Secretário da Administração e Modernização do Serviço Público.

Parágrafo único – Somente serão qualificadas como organização social, as entidades que, efetivamente, comprovarem possuir serviços próprios de assistência à saúde, há mais de 5 (cinco) anos.

Seção II

Do Conselho de Administração

Artigo 3º. – O Conselho de Administração deve estar estruturado nos termos do respectivo estatuto, observados, para os fins de atendimento dos requisitos de qualificação, os seguintes critérios básicos:

I – ser composto por:

a) até 55 % (cinquenta e cinco por cento) no caso de associação civil, de membros eleitos dentre os membros ou os associados;

b) 35% (trinta e cinco por cento) de membros eleitos pelos demais integrantes do Conselho, dentre pessoas de notória capacidade profissional e reconhecida idoneidade moral;

c) 10% (dez por cento) de membros eleitos pelos empregados da entidade;

II – os membros eleitos ou indicados para compor o Conselho que não poderão ser parentes consanguíneos ou afins até o 3º. grau do Governador, Vice-Governador e Secretários de Estado, terão mandato de quatro anos, admitida uma recondução;

III – o primeiro mandato de metade dos membros eleitos ou indicados deve ser de dois anos, segundo critérios estabelecidos no estatuto;

IV – o dirigente máximo da entidade deve participar das reuniões do Conselho, sem direito a voto;

V – o Conselho deve reunir-se ordinariamente, no mínimo, três vezes a cada ano, e extraordinariamente, a qualquer tempo;

VI – os conselheiros não receberão remuneração pelos serviços que, nesta condição, prestarem à organização social, ressalvada a ajuda de custo por reunião da qual participem; e

VII – os conselheiros eleitos ou indicados para integrar a Diretoria da entidade devem renunciar ao assumirem às correspondentes funções executivas.

Artigo 4º. – Para os fins de atendimento dos requisitos de qualificação, devem ser incluídas entre as atribuições privativas do Conselho de Administração:

I – aprovar a proposta de contrato de gestão da entidade;

II – aprovar a proposta de orçamento da entidade e o programa de investimentos;

III – designar e dispensar os membros da Diretoria;

IV – fixar a remuneração dos membros da Diretoria;

V – aprovar os estatutos, bem como suas alterações, e a extinção da entidade por maioria, no mínimo, de 2/3 (dois terços) de seus membros;

VI – aprovar o regimento interno da entidade, que deve dispor, no mínimo, sobre a estrutura, o gerenciamento, os cargos e as competências;

VII – aprovar por maioria, no mínimo, de 2/3 (dois terços) de seus membros, o regulamento próprio contendo os procedimentos que deve adotar para a contratação de obras e serviços, bem como para compras e alienações, e o plano de cargos, salários e benefícios dos empregados da entidade;

VIII – aprovar e encaminhar, ao órgão supervisor da execução do contrato de gestão, os relatórios gerenciais e de atividades da entidade, elaborados pela Diretoria; e

IX – fiscalizar o cumprimento das diretrizes e metas definidas e aprovar os demonstrativos financeiros e contábeis e as contas anuais da entidade, com o auxílio de auditoria externa.

Artigo 5º. – Aos conselheiros, administradores e dirigentes das organizações sociais da saúde vedado exercer cargo de chefia ou função de confiança no Sistema Único de Saúde – SUS.

Seção III

Do Contrato de Gestão

Artigo 6º. – Para os efeitos desta lei complementar, entende-se por contrato de gestão o instrumento firmado entre o Poder Público e a entidade qualificada como organização social, com vistas à formação de uma parceria entre as partes para fomento e execução de atividades relativas à área da saúde ou da cultura.

§ 1º. – dispensável a licitação para a celebração dos contratos de que trata o “caput” deste artigo.

§ 2º. – A organização social da saúde deverá observar os princípios do Sistema Único de Saúde, expressos no artigo 198 da Constituição Federal e no artigo 7º. da Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990.

§ 3º. – A celebração dos contratos de que trata o “caput” deste artigo, com dispensa da realização de licitação, será precedida de publicação da minuta do contrato de gestão e de convocação pública das organizações sociais, através do Diário Oficial do Estado, para que todas as interessadas em celebrá-lo possam se apresentar.

§ 4º. – O Poder Público dará publicidade:

I – da decisão de firmar cada contrato de gestão, indicando as atividades que deverão ser executadas; e

II – das entidades que manifestarem interesse na celebração de cada contrato de gestão.

§ 5º. – vedada a celebração do contrato previsto neste artigo para a destinação, total ou parcial, de bens públicos de qualquer natureza, que estejam ou estiveram, ao tempo da publicação desta lei, vinculados à prestação de serviços de assistência à saúde.

Artigo 7º. – O contrato de gestão celebrado pelo Estado, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde ou da Cultura conforme sua natureza e objeto, discriminará as atribuições, responsabilidades e obrigações do Poder Público e da entidade contratada e será publicado na íntegra no Diário Oficial.

Parágrafo único – O contrato de gestão deve ser submetido, após aprovação do Conselho de Administração, ao Secretário de Estado da área competente.

Artigo 8º. – Na elaboração do contrato de gestão devem ser observados os princípios inscritos no artigo 37 da Constituição Federal e no artigo 111 da Constituição Estadual e, também, os seguintes preceitos:

I – especificação do programa de trabalho proposto pela organização social, estipulação das metas a serem atingidas e respectivos prazos de execução, bem como previsão expressa dos critérios objetivos de avaliação de desempenho a serem utilizados, mediante indicadores de qualidade e produtividade;

II – estipulação dos limites e critérios para a despesa com a remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidas pelos dirigentes e empregados das organizações sociais, no exercício de suas funções;

III – atendimento à disposição do § 2º. do artigo 6º. desta lei complementar; e

IV – atendimento exclusivo aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS, no caso das organizações sociais da saúde.

Parágrafo único – O Secretário de Estado competente deverá definir as demais cláusulas necessárias dos contratos de gestão de que for signatário.

Seção IV

Da Execução e Fiscalização do Contrato de Gestão

Artigo 9º. – A execução do contrato de gestão celebrado por organização social será fiscalizada pelo Secretário de Estado da Saúde ou pela Secretaria de Estado da Cultura, nas áreas correspondentes.

§ 1º. – O contrato de gestão deve prever a possibilidade de o Poder Público requerer a apresentação pela entidade qualificada, ao término de cada exercício ou a qualquer momento, conforme recomende o interesse público, de relatório pertinente à execução do contrato de gestão, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado da prestação de contas correspondente ao exercício financeiro, assim como suas publicações no Diário Oficial do Estado.

§ 2º. – Os resultados atingidos com a execução do contrato de gestão serão analisados, periodicamente, por comissão de avaliação indicada pelo Secretário de Estado competente, composta por profissionais de notória especialização, que emitirão relatório conclusivo, a ser encaminhado àquela autoridade e aos órgãos de controle interno e externo do Estado.

§ 3º. – A comissão de avaliação da execução do contrato de gestão das organizações sociais da saúde, da qual trata o parágrafo anterior, compor-se-á, dentre outros membros, por 2 (dois) integrantes indicados pelo Conselho Estadual de Saúde, reservando-se, também, 2 (duas) vagas para membros integrantes da Comissão de Saúde e Higiene da Assembleia Legislativa e deverá encaminhar, trimestralmente, relatório de suas atividades à Assembleia Legislativa.

Artigo 10 – Os responsáveis pela fiscalização da execução do contrato de gestão, ao tomarem conhecimento de qualquer irregularidade ou ilegalidade na utilização de recursos ou bens de origem pública por organização social, dela darão ciência ao Tribunal de Contas e ao Ministério Público, para as providências relativas aos respectivos âmbitos de atuação, sob pena de responsabilidade solidária.

Artigo 11 – Qualquer cidadão, partido político, associação ou entidade sindical parte legítima para denunciar irregularidades cometidas pelas organizações sociais ao Tribunal de Contas ou à Assembleia Legislativa.

Artigo 12 – O balanço e demais prestações de contas da organização social devem, necessariamente, ser publicados no Diário Oficial do Estado e analisados pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo.

Seção V

Do Fomento às Atividades Sociais

Artigo 13 – As entidades qualificadas como organizações sociais ficam declaradas como entidades de interesse social e utilidade pública para todos os efeitos legais.

Artigo 14 – Às organizações sociais serão destinados recursos orçamentários e, eventualmente, bens públicos necessários ao cumprimento do contrato de gestão.

§ 1º. – Ficam assegurados às organizações sociais os créditos previstos no orçamento e as respectivas liberações financeiras, de acordo com o cronograma de desembolso previsto no contrato de gestão.

§ 2º. – Poderá ser adicionada aos créditos orçamentários destinados ao custeio do contrato de gestão, parcela de recursos para fins do disposto no artigo 16 desta lei complementar, desde que haja justificativa expressa da necessidade pela organização social.

§ 3º. – Os bens de que trata este artigo serão destinados às organizações sociais, consoante cláusula expressa do contrato de gestão.

§ 4º. – Os bens públicos de que trata este artigo não poderão recair em estabelecimentos de saúde do Estado, em funcionamento.

Artigo 15 – Os bens móveis públicos permitidos para uso poderão ser substituídos por outros de igual ou maior valor, condicionado a que os novos bens integrem o patrimônio do Estado.

Parágrafo único – A permuta de que trata o “caput” deste artigo dependerá de prévia avaliação do bem e expressa autorização do Poder Público.

Artigo 16 – Fica facultado ao Poder Executivo o afastamento de servidor para as organizações sociais, com ônus para a origem.

§ 1º. – Não será incorporada aos vencimentos ou à remuneração de origem do servidor afastado qualquer vantagem pecuniária que vier a ser paga pela organização social.

§ 2º. – Não será permitido o pagamento de vantagem pecuniária permanente por organização social a servidor afastado com recursos provenientes do contrato de gestão, ressalvada a hipótese de adicional relativo ao exercício de função temporária de direção e assessoria.

Artigo 17 – São extensíveis, no âmbito do Estado, os efeitos dos artigos 13 e 14, § 3º., para as entidades qualificadas como organizações sociais pela União, pelos Estados, Distrito Federal e Municípios, quando houver reciprocidade e desde que a legislação local não contrarie as normas gerais emanadas da União sobre a matéria, os preceitos desta lei complementar, bem como os da legislação específica de âmbito estadual.

Seção VI

Da Desqualificação

Artigo 18 – O Poder Executivo poderá proceder à desqualificação da entidade como organização social quando verificado o descumprimento das disposições contidas no contrato de gestão.

§ 1º. – A desqualificação será precedida de processo administrativo, assegurado o direito de ampla defesa, respondendo os dirigentes da

organização social, individual e solidariamente, pelos danos ou prejuízos decorrentes de sua ação ou omissão.

§ 2º. – A desqualificação importará reversão dos bens permitidos e do saldo remanescente dos recursos financeiros entregues à utilização da organização social, sem prejuízo das sanções contratuais penais e civis aplicáveis à espécie.

CAPÍTULO II

Das Disposições Finais e Transitórias

Artigo 19 – A organização social fará publicar na imprensa e no Diário Oficial do Estado, no prazo máximo de 90 (noventa) dias contados da assinatura do contrato de gestão, regulamento próprio contendo os procedimentos que adotará para a contratação de obras e serviços, bem como para compras com emprego de recursos provenientes do Poder Público.

Artigo 20 – Os Conselheiros e Diretores das organizações sociais, não poderão exercer outra atividade remunerada com ou sem vínculo empregatício, na mesma entidade.

Artigo 21 – Nas hipóteses de a entidade pleiteante da habilitação como organização social existir há mais de 5 (cinco) anos, contados da data da publicação desta lei complementar, fica estipulado o prazo de 2 (dois) anos para adaptação das normas do respectivo estatuto ao disposto no artigo 3º., incisos de I a IV.

Artigo 22 – Fica acrescido parágrafo ao artigo 20 da Lei Complementar Nº 791, de 9 de março de 1995, do seguinte teor:

“§ 7º. – A habilitação de entidade como organização social e à decorrente relação de parceria com o Poder Público, para fomento e execução de atividades relativas à área da saúde, nos termos da legislação estadual pertinente, não se aplica o disposto no § 5º. deste artigo.”

Artigo 23 – Os requisitos específicos de qualificação das organizações sociais da área de cultura serão estabelecidos em decreto do Poder Executivo, a ser editado no prazo de 60 (sessenta) dias a contar da publicação desta lei complementar.

Artigo 24 – Esta lei complementar entrará em vigor na data de sua publicação.

Palácio dos Bandeirantes, 4 de junho de 1998

MÁRIO COVAS

Yoshiaki Nakano

Secretário da Fazenda

José da Silva Guedes

Secretário da Saúde

Antonio Angarita

Respondendo pelo Expediente da Secretaria da Cultura

Fernando Gomez Carmona

Secretário da Administração e Modernização do Serviço Público

Fernando Leça

Secretário-Chefe da Casa Civil

Antonio Angarita

Secretário do Governo e Gestão Estratégica

Publicada na Assessoria Técnico-Legislativa, aos 4 de junho de 1998.

Fonte: Disponível em: <http://www.iabas.org.br/IABAS-V0/LeiComplementar-846.pdf> [on-line].
[Consultado em 04/10/2007].

ANEXO 3 – DECRETO N.º 47.012, DE 21 DE FEVEREIRO DE 2006**DECRETO N.º 47.012, DE 21 DE FEVEREIRO DE 2006**

Regulamenta disposições da **Lei 14.132**, de 24 de janeiro de 2006, relativas à qualificação de entidades sem fim lucrativos como organizações sociais e sua desqualificação.

JOSÉ SERRA, Prefeito do Município de São Paulo, no uso das suas atribuições que lhe são conferidas por lei.

DECRETA:

Art. 1º A qualificação de entidades sem fins lucrativos como Organizações Sociais e a respectiva desqualificação, previstas na **Lei nº 14.132**, de 24 de janeiro de 2006, observarão as normas contidas neste **decreto**.

Art. 2º O pedido de qualificação como Organização Social – OS, formulado pela pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas à saúde e que atenda aos requisitos estabelecidos nos artigos 2º, 3º e 4º da **Lei n.º 14.132**, de 2006, será encaminhado ao Secretario Municipal de Gestão, per meio de requerimento escrito, acompanhado de cópia autenticados dos seguintes documentos:

I – registro de seu ato constitutivo, dispondo sobre:

natureza social de seus objetivos relativos à respectiva área de atuação;

finalidade não-lucrativa, com a obrigatoriedade de investimento de seus excedentes financeiros no desenvolvimento das próprias atividades;

ter, como órgão de deliberação superior e de direção, um conselho de administração e uma diretoria definidos nos termos do estatuto, asseguradas àquele composição e atribuições normativas e de controle básicas previstas na **Lei n.º 14.132**, de 2006;

participação, no órgão colegiado de deliberação superior, de representantes dos empregados da entidade e de membros de notória capacidade profissional e idoneidade moral;

composição e atribuições da diretoria;

obrigatoriedade de publicação anual, no Diário Oficial da Cidade, dos relatórios financeiros e do relatório de execução do contrato de gestão;

no caso de associação civil, a aceitação de novos associados, na forma do estatuto;

proibição de distribuição de bens ou de parcela do patrimônio líquido em qualquer hipótese, inclusive em razão de desligamento, retirada ou falecimento de associado ou membro da entidade;

previsão de integração integral do patrimônio, dos legados ou das doações que lhe foram destinados, bem como dos excedentes financeiros decorrentes de suas atividades, em caso de extinção ou desqualificação, ao

patrimônio do Município, na proporção dos recursos e bens por ele alocados nos termos do contrato de gestão;

II – atas da última eleição do Conselho de Administração e de sua diretoria;

III – balanços patrimoniais e demonstrativo dos resultados financeiros dos 2 (dois) anos anteriores;

IV – inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas do Ministério da Fazenda (CNPJ/MF);

V – documentos que comprovem a execução direta de projetos, programas ou planos de ação relacionados às atividades dirigidas à saúde há mais de 5 (cinco) anos.

§1º – Para fins do disposto no inciso V do “caput” deste artigo, será computado o tempo de desenvolvimento de atividades dirigidas à saúde por entidade da qual seja sucessora ou pela qual seja controlada.

§2º Na hipótese da entidade pleiteante da habilitação como organização social existir há mais de 5 (cinco) anos, contados da data da publicação da **Lei n.º 14.132**, de 2006, fica estipulado, nos termos do seu artigo 21, o prazo de 4 (quatro) anos para a adaptação das normas do respectivo estatuto ao disposto em seu artigo 3º, incisos I a IV.

Art. 3º – A Secretaria Municipal de Gestão – SMG deverá verificar a conformidade dos documentos arrolados no artigo 2º deste **decreto**.

Art. 4º – Recebido o Requerimento, o Secretário Municipal de Gestão deferirá ou indeferirá no prazo de 30 (trinta) dias contados da data de seu protocolamento, colhida a prévia manifestação do Secretário Municipal de Saúde quanto ao cumprimento integral dos requisitos necessários à qualificação.

§ 1º – A decisão que deferir ou indeferir o pedido de qualificação será publicada no Diário Oficial da Cidade.

§ 2º – No caso de deferimento do pedido, a Secretaria Municipal de Gestão emitirá o certificado de qualificação da entidade como Organização Social, no prazo de 15 (quinze) dias contados da publicação do respectivo despacho.

§ 3º – Em caso de indeferimento, a Secretaria Municipal de Gestão fará publicar o despacho, juntamente com as respectivas razões, no Diário Oficial da Cidade.

§ 4º – O pedido de qualificação será indeferido caso a entidade:

I – não se enquadre na hipótese prevista no artigo 1º da **Lei n.º 14.132**, de 2006;

II – não atenda aos requisitos estabelecidos nos artigos 2º, 3º e 4º da **Lei n.º 14.132**, de 2006.

III – apresente a documentação discriminada no artigo 2º deste **decreto** de forma incompleta.

§ 5º Ocorrendo a hipótese prevista no inciso III do § 4º deste artigo, a Secretaria Municipal de Gestão poderá conceder a requerente o prazo de até 10 (dez) para complementação dos documentos exigidos.

§ 6º – A pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, cujo pedido for indeferido, poderá requerer novamente a qualificação, a qualquer tempo, desde que atendidas as normas constantes da **Lei n.º 14.132**, de 2006, e deste **decreto**.

Art. 5º – Qualquer alteração da finalidade ou do regime de funcionamento da organização que implique mudança nas condições que instruíram sua qualificação, deverá ser comunicada, com a devida justificação, imediatamente, à Secretaria Municipal de Gestão e à Secretaria Municipal da Saúde, sob pena de cancelamento da qualificação.

Art. 6º – As entidades que forem qualificadas como Organizações Sociais serão consideradas aptas a assinar contrato de gestão com o Poder Público Municipal e absorver a gestão e execução de atividades e serviços de interesse público, na forma do disposto da **Lei n.º 14.132**, de 2006.

Art. 7º – As entidades qualificadas como Organizações Sociais ficam declaradas como entidades reconhecidas de interesse social e de utilidade pública, para todos os efeitos legais.

Art. 8º – A Secretaria Municipal de Gestão e a Secretaria Municipal da Saúde poderão proceder à desqualificação da Organização Social – OS quando verificado o descumprimento das disposições contidas no contrato de gestão.

Art. 9º – A desqualificação ocorrerá quando a entidade:

I – descumprir qualquer cláusula constante do contrato de gestão firmado com o Poder Público Municipal;

II – dispuser de forma irregular dos recursos, bens ou servidores públicos que forem destinados;

III – incorrer em irregularidade fiscal ou trabalhista;

IV – descumprir as normas estabelecidas na **Lei n.º 14.132**, de 2006, ou neste **decreto**.

§ 1º A desqualificação será precedida de processo administrativo conduzido por Comissão Especial a ser designada pelo Prefeito, assegurado o direito de ampla defesa, respondendo os dirigentes da Organização Social, individual e solidariamente, pelos danos ou prejuízos decorrentes de sua ação ou omissão.

§ 2º – A perda da qualificação como Organização Social acarretará a imediata rescisão do contrato de gestão firmado com o Poder Público Municipal.

§ 3º A desqualificação importará a reversão dos bens cujo uso tenha sido permitido pelo Município e do saldo remanescente de recursos financeiros entregues à utilização da Organização Social, sem prejuízo das sanções contratuais, penais e civis aplicáveis

Art. 10 – Compete à Secretaria Municipal de Gestão editar as normas necessárias para regulamentar as atividades das organizações sociais no âmbito da Prefeitura Municipal de São Paulo, ouvida previamente a Secretaria Municipal de Saúde.

Art. 11 – Este **decreto** entrará em vigor na data de sua publicação.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO, aos 21 de fevereiro de 2006, 453º da fundação de São Paulo.

JOSÉ SERRA, Prefeito

JANUARD MONTONE, Secretário Municipal de Gestão

MARIA CRISTINA FARIA DA SILVA CURY, Secretaria Municipal da Saúde

Publicado na Secretaria do Governo Municipal, em 21 de fevereiro de 2006.

ALOYSIO NUNES FERREIRA FILHO, Secretário do Governo Municipal.

Fonte: <http://72.14.209.104/search?q=cache:oCrq6sA8pfsJ:www.mp.sp.gov.br/pls/portal/url/ITEM/185066390D912DB8E040A8C0270171C4+Lei+n%C2%BA+14.132+e+Decreto+n%C2%BA+47012&hl=pt-BR&ct=clnk&cd=1&gl=br> [on-line]. [Consultado em 04/10/2007].

ANEXO 4 – CARTA DE AUTORIZAÇÃO DA SMS

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERENCIAMENTO DE
SERVIÇOS DE ENFERMAGEM

CARTA DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

A Sra.

Coordenadora da Atenção Básica Prefeitura Municipal de São Paulo

Vimos solicitar a autorização de V. Sa. para a execução da coleta de dados referente à pesquisa intitulada: “Gestão de Unidades Básicas de Saúde e de Pessoas Tendências para a próxima década”.

Esta pesquisa tem como objetivo Identificar junto aos gestores dos Serviços de Atenção Básica de uma das Supervisões Técnicas de Área da Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Paulo, quais fatores estariam produzindo novas tendências no gerenciamento das UBS, especificamente no tocante à gestão de pessoas e que mudanças estes gestores projetam nos modelos de gestão, considerando o espaço-território e cenário aos quais estes serviços pertencem.

Os objetivos específicos são: identificar focos de atenção e dificuldades dos gestores de UBS quanto ao gerenciamento de seus colaboradores e como as políticas de gestão de pessoas vigente influem nesse processo; identificar se estes gestores estão a par das tendências do macro contexto; e das possíveis modificações impulsionadas pelas Organizações Sociais de Saúde; identificar o perfil de competências que o profissional de saúde que ocupa ou vier ocupar esses cargos deve ter; formular propostas em que o

desenvolvimento de recursos humano em saúde esteja alinhado às novas demandas da próxima década.

A Metodologia a ser adotada é a Delphi e a coleta de dados será realizada em quatro rodadas; na primeira encaminharemos um questionário constando da Caracterização do respondente; como ele percebe a natureza e intensidade das mudanças; questões genéricas sobre tendências na gestão de unidades de saúde e de pessoas; tendências de mudança no ambiente e seus impactos na gestão de pessoas; tendências de mudança na gestão de pessoas nas Organizações; perfil do profissional que atuará como gestor das unidades; quadro descritivo dos conhecimentos, habilidades e atitudes (levantado em pesquisas anteriores junto aos gestores de UBS e aos líderes da cúpula administrativa da SMS) a *experts* na área de gestão.

Na segunda rodada os resultados obtidos serão encaminhados aos gestores das UBS da Supervisão Técnica de Área, para que estes opinem. Na terceira rodada, encaminharemos o material proveniente dos gestores para os *experts* comentarem e, na quarta e última rodada, os dois grupos serão convidados a participarem de um “painel” onde os resultados serão debatidos.

Como a técnica visa estruturar o conhecimento, a experiência e a criatividade de um painel de especialistas, correspondendo ao pressuposto de que o julgamento coletivo, quando organizado adequadamente, é superior à opinião de um só indivíduo, e que os gestores estariam ao mesmo tempo participando e aprendendo com os especialistas o que caracterizaria uma intervenção na busca do desenvolvimento desses atores sociais, que justificamos a adoção da mesma na presente proposta de pesquisa.

Gostaríamos de realizar essa pesquisa na região Oeste de São Paulo na Supervisão Técnica de Área do Butantã

O projeto será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de São Paulo e solicitaremos o consentimento livre e esclarecido dos entrevistados que poderão retirar-se da pesquisa em qualquer fase da mesma sem prejuízo ou penalização de qualquer natureza.

Salientamos o caráter científico do estudo proposto e ressaltamos que não haverá identificação pessoal ou institucional, bem como as informações fornecidas serão tratadas de modo sigiloso. Comprometemo-nos a enviar os resultados da pesquisa a esta Instituição.

São Paulo, ____/____/____.

Assinatura de consentimento: _____

Pesquisadora/Doutoranda: _____

Adriana Maria André Telefone: (11) 35022680 e-mail: adriana.andre@fgv.br

Orientadora Profa. Dra Maria Helena Trench Ciampone

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo Telefone (11)
3066755

e-mail: mhciamp@usp.br

ANEXO 5 – CARTA AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO****ESCOLA DE ENFERMAGEM****PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERENCIAMENTO DE
SERVIÇOS DE ENFERMAGEM****CARTA AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA PREFEITURA
MUNICIPAL DE SÃO PAULO**

Esta pesquisa tem como objetivo Identificar junto aos gestores dos Serviços de Atenção Básica de uma das Supervisões Técnicas de Área da Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Paulo, quais fatores estariam produzindo novas tendências no gerenciamento das UBS, especificamente no tocante à gestão de pessoas e que mudanças estes gestores projetam nos modelos de gestão, considerando o espaço-território e cenário aos quais estes serviços pertencem.

Os objetivos específicos são: identificar focos de atenção e dificuldades dos gestores de UBS quanto ao gerenciamento de seus colaboradores e como as políticas de gestão de pessoas vigente influem nesse processo; identificar se estes gestores estão a par das tendências do macro contexto; e das possíveis modificações impulsionadas pelas Organizações Sociais de Saúde; identificar o perfil de competências que o profissional de saúde que ocupa ou vier ocupar esses cargos deve ter; formular propostas em que o desenvolvimento de recursos humano em saúde esteja alinhado às novas demandas da próxima década.

A Metodologia a ser adotada é a Delphi e a coleta de dados será realizada em quatro rodadas; na primeira encaminharemos um questionário constando da caracterização do respondente; como ele percebe a natureza e intensidade das mudanças; questões genéricas sobre tendências na gestão

de unidades de saúde e de pessoas; tendências de mudança no ambiente e seus impactos na gestão de pessoas; tendências de mudança na gestão de pessoas nas organizações; perfil do profissional que atuará como gestor das unidades; quadro descritivo dos conhecimentos, habilidades e atitudes (levantado em pesquisas anteriores junto aos gestores de UBS e aos Líderes da Cúpula Administrativa da SMS) a *experts* na área de gestão.

Na segunda rodada os resultados obtidos serão encaminhados aos gestores das UBS da Supervisão Técnica de Área para que estes opinem. Na terceira rodada, encaminharemos o material proveniente dos gestores para os *experts* comentarem e, na quarta e última rodada, os dois grupos serão convidados a participarem de um “painel” onde os resultados serão debatidos.

Como a técnica visa estruturar o conhecimento, a experiência e a criatividade de um painel de especialistas, correspondendo ao pressuposto de que o julgamento coletivo, quando organizado adequadamente, é superior à opinião de um só indivíduo, e que os gestores estariam ao mesmo tempo participando e aprendendo com os especialistas o que caracterizaria uma intervenção na busca do desenvolvimento desses atores sociais, que justificamos a adoção da mesma na presente proposta de pesquisa.

Gostaríamos de realizar essa pesquisa na região Oeste de São Paulo na Supervisão Técnica de Área do Butantã.

Submetemos esse projeto a esse Comitê de Ética em Pesquisa e reforçando que solicitaremos o consentimento livre e esclarecido dos entrevistados que poderão retirar-se da pesquisa em qualquer fase da mesma sem prejuízo ou penalização de qualquer natureza.

Salientamos o caráter científico do estudo proposto e ressaltamos que não haverá identificação pessoal ou institucional e que as informações fornecidas serão tratadas de modo sigiloso. Comprometemo-nos a enviar os resultados da pesquisa a Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Paulo.

São Paulo, ____/____/____.

Assinatura de consentimento: _____

Pesquisadora/Doutoranda: _____

Adriana Maria André – telefone: (11) 35022680 – e-mail:
adriana.andre@fgv.br

Sob orientação da Prof. Dra Maria Helena Trench Ciampone

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – telefone (11)3066-
7555 – e-mail:mhciamp@usp.br

ANEXO 6 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO****ESCOLA DE ENFERMAGEM****PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERENCIAMENTO DE
SERVIÇOS DE ENFERMAGEM****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, _____, autorizo a utilização de todas as informações fornecidas por mim tanto ao responder aos questionários, quanto ao participar do painel de discussão, para a execução da pesquisa intitulada: “Gestão de Unidades Básicas de Saúde e de Pessoas: Tendências para a próxima década”.

Estou ciente que esta pesquisa tem como objetivo identificar junto aos gestores dos Serviços de Atenção Básica de uma das Supervisões Técnicas de Área da Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Paulo, quais fatores estariam produzindo novas tendências no gerenciamento das UBS, especificamente no tocante à gestão de pessoas e que mudanças estes gestores projetam nos modelos de gestão, considerando o espaço-território e cenário aos quais estes serviços pertencem.

Compreendo também que os objetivos específicos são: identificar focos de atenção e dificuldades dos gestores de UBS quanto ao gerenciamento de seus colaboradores e como as políticas de gestão de pessoas vigente influem nesse processo; identificar se estes gestores estão a par das tendências do macro contexto; e das possíveis modificações impulsionadas pelas Organizações Sociais de Saúde; identificar o perfil de competências que o profissional de saúde que ocupa ou vier ocupar esses cargos deve ter; formular propostas em que o desenvolvimento de recursos humano em saúde esteja alinhado às novas demandas da próxima década.

Fui orientado(a) quanto à Metodologia a ser adotada e a maneira da sua implementação, tenho conhecimento do caráter científico do estudo, no qual minha colaboração é estritamente voluntária, sendo-me assegurado o direito de retirar este consentimento em qualquer fase da investigação, sem nenhuma penalização ou prejuízo à minha pessoa. Estou ciente de que não haverá identificação pessoal e que as informações fornecidas serão tratadas de modo sigiloso.

Também estou ciente de que a minha participação como sujeito da pesquisa, através da resposta ao questionário e do painel de discussão, ocorrerão em data e local marcado antecipadamente, de modo a não interferir desfavoravelmente na minha rotina de trabalho.

São Paulo, ____/____/____.

Assinatura do Informante: _____

Pesquisadora/Doutoranda: _____

Adriana Maria André – telefone: (11) 35022680 – e-mail:
adriana.andre@fgv.br

Sob orientação da Prof. Dra Maria Helena Trench Ciampone

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – telefone (11)3066-7555 – e-mail:mhciamp@usp.br

ANEXO 7 – QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DO ENTREVISTADO

GESTÃO DE UNIDADES DE SAÚDE E DE PESSOAS: TENDÊNCIAS PARA A PRÓXIMA DÉCADA

QUESTIONÁRIO *DELPHI* – 1ª RODADA

1 – CARACTERIZAÇÃO DO RESPONDENTE

1.1 Nome: _____

1.2 Idade: _____ anos

1.3 Sexo: 1 () Feminino 2 () Masculino

1.4 Cargo: _____

1.5 Tempo no Serviço Público como Gestor _____ anos

1.6 Escolaridade:

2 () Superior em _____

3 () Especialização em _____

4 () MBA em _____

5 () Mestrado em _____

6 () Doutorado em _____

7 () Outros _____

1.7 Telefone: DDD _____ Número _____ Ramal _____

1.8 E-mail: _____

1.9 Endereço para remessa dos resultados da Pesquisa: _____

_____ CEP _____

2 – CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE

2.1. Área de abrangência: _____

2.2. Tipo

☐ UBS ☐ USF ☐ Unidade mista (UBS+PACS)

☐ Unidade mista (USF+AMA) ☐ Unidade mista (UBS+USF)

☐ Unidade de referência ☐ Ambulatório de especialidade

2.3. Composição do quadro de colaboradores

☐ Estatutários (municipais) ☐ Estatutários (estaduais)

☐ Estatutários (federais) ☐ Celetistas ☐ Misto _____

☐ Terceirizados

2.4. Número de colaboradores _____

2.5. População SUS dependente _____

ANEXO 8 – QUESTIONÁRIO DE PESQUISA

<p align="center">UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO ESCOLA DE ENFERMAGEM PROGRAMA DE DOUTORADO</p>
<p align="center">PESQUISA: “GESTÃO DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE E DE PESSOAS: TENDÊNCIAS PARA A PRÓXIMA DÉCADA”</p>
<p>1) Você acredita que nos próximos dez anos essa Unidade deverá promover mudanças em suas políticas? 0 (não ocorrerão mudanças) a 10 (ocorreram mudanças significativas) ☐ Dê sua nota ☐ Intervalo de confiança mais alto ☐ Intervalo de confiança mais baixo</p>
<p>2) Em sua opinião estas mudanças incidirão predominantemente sobre: Os princípios, filosofia e estratégias gerais da gestão ☐ As práticas e instrumentos de gestão ☐ A estrutura e a forma de organização do trabalho e dos Recursos Humanos ☐ Outro ☐</p>
<p>A) Tendências de mudança no ambiente e seus impactos na gestão de pessoas Relacionamos abaixo algumas mudanças de ambiente, normalmente citadas pela literatura, que podem afetar as decisões sobre estratégias e políticas de Gestão de Pessoas. Sobre elas gostaríamos de saber: Quanto você considera que esta mudança deverá interferir nas decisões sobre Gestão de Pessoas na SMS nos próximos dez anos? Registre um número de zero (nenhuma interferência) a dez (muita interferência) de acordo com a sua opinião</p>
<p>1) Globalização; politização da população; acesso à informação; ampliação do questionamento do papel das instituições; consciência de cidadania e do direito do usuário. ☐ Dê sua nota ☐ Intervalo de confiança mais alto ☐ Intervalo de confiança mais baixo</p>
<p>2) Efetivação e ampliação das parcerias com instituições privadas, fundações etc. ☐ Dê sua nota ☐ Intervalo de confiança mais alto ☐ Intervalo de confiança mais baixo</p>
<p>3) Diminuição dos postos de trabalho e consequente maior demanda de população SUS dependente <i>versus</i> Diminuição do Financiamento ☐ Dê sua nota ☐ Intervalo de confiança mais alto ☐ Intervalo de confiança mais baixo</p>

<p>B) Tendências de mudança na gestão de pessoas das instituições</p> <p>Relacionamos a seguir um conjunto de tendências sobre: filosofia, princípios e políticas de Gestão das Pessoas.</p> <p>– Avalie a dificuldade de se implantar esta tendência no modelo de Gestão de Pessoas da Secretaria Municipal de Saúde.</p> <p>– Registre um número entre 0 (nenhuma dificuldade) a 10 (muita dificuldade).</p>
<p>1) Utilização de diferentes vínculos de trabalho e formas de relacionamento com os profissionais (CLT, terceirizações, credenciamentos, contratações temporárias, comissionamentos).</p> <p>☐ Dê sua nota</p> <p>☐ Intervalo de confiança mais alto</p> <p>☐ Intervalo de confiança mais baixo</p>
<p>2) Disponibilização de Educação continuada para todos os profissionais de todos os níveis, inclusive cursos de pós-graduação em nível de especialização nas mais diversas áreas.</p> <p>☐ Dê sua nota</p> <p>☐ Intervalo de confiança mais alto</p> <p>☐ Intervalo de confiança mais baixo</p>
<p>3) Delegação de autoridade e responsabilidade para o gestor (Mais 3) Delegação de autoridade e responsabilidade para o gestor (Mais autonomia)</p> <p>☐ Dê sua nota</p> <p>☐ Intervalo de confiança mais alto</p> <p>☐ Intervalo de confiança mais baixo</p>
<p>4) Remuneração mais vinculada à real capacidade de trabalho do profissional (avaliação de desempenho com caráter meritocrático e remuneração pertinente)</p> <p>☐ Dê sua nota</p> <p>☐ Intervalo de confiança mais alto</p> <p>☐ Intervalo de confiança mais baixo</p>
<p>5) <i>Feedback</i> constante ao profissional sobre o seu desempenho buscando envolvê-lo e valorizá-lo</p> <p>☐ Dê sua nota</p> <p>☐ Intervalo de confiança mais alto</p> <p>☐ Intervalo de confiança mais baixo</p>
<p>6) Práticas de monitoramento contínuo do ambiente grupal/Institucional</p> <p>☐ Dê sua nota</p> <p>☐ Intervalo de confiança mais alto</p> <p>☐ Intervalo de confiança mais baixo</p>
<p>7) Utilização intensiva de meios informatizados de autoaprendizagem (Programas de Educação a distância)</p> <p>☐ Dê sua nota</p> <p>☐ Intervalo de confiança mais alto</p> <p>☐ Intervalo de confiança mais baixo</p>
<p>8) Intensificação de parcerias com Instituições de Ensino Superior Públicas ou Privadas para o desenvolvimento dos profissionais.</p> <p>☐ Dê sua nota</p> <p>☐ Intervalo de confiança mais alto</p> <p>☐ Intervalo de confiança mais baixo</p>
<p>E) Perfil e competências do profissional para assumir a Gestão de Unidades de Saúde</p>

Assinale o grau de importância dos itens abaixo de 0 (nenhuma importância a 10 (muita importância) E1) PERFIL

1) Formação Acadêmica em Ciências Humanas;

- ☐ Dê sua nota
☐ Intervalo de confiança mais alto
☐ Intervalo de confiança mais baixo

2) Formação Acadêmica em Ciências da Saúde;

- ☐ Dê sua nota
☐ Intervalo de confiança mais alto
☐ Intervalo de confiança mais baixo

3) Curso de Especialização em Gestão de Serviços de Saúde

- ☐ Dê sua nota
☐ Intervalo de confiança mais alto
☐ Intervalo de confiança mais baixo

4) Curso de Especialização ou MBA em Administração Geral;

- ☐ Dê sua nota
☐ Intervalo de confiança mais alto
☐ Intervalo de confiança mais baixo

5) Experiência profissional na Área de Recursos Humanos

- ☐ Dê sua nota
☐ Intervalo de confiança mais alto
☐ Intervalo de confiança mais baixo

6) Experiência profissional na Área de Gestão de Serviços de Saúde Pública ou Privada

- ☐ Dê sua nota
☐ Intervalo de confiança mais alto
☐ Intervalo de confiança mais baixo

7) Outras Qualificações

- ☐ Dê sua nota
☐ Intervalo de confiança mais alto
☐ Intervalo de confiança mais baixo

(Por gentileza, escreva abaixo quais e justifique).

C2) Competências (Qual o grau de importância das competências abaixo para que o gestor seja mais eficiente e eficaz no seu trabalho):

1) Visão Global (sistêmica e de longo prazo)

- ☐ Dê sua nota
☐ Intervalo de confiança mais alto
☐ Intervalo de confiança mais baixo

2) Flexibilidade

- ☐ Dê sua nota
☐ Intervalo de confiança mais alto
☐ Intervalo de confiança mais baixo

3) Desenvolver equipes

- ☐ Dê sua nota
☐ Intervalo de confiança mais alto

☐ Intervalo de confiança mais baixo
4) Comunicação Eficaz ☐ Dê sua nota ☐ Intervalo de confiança mais alto ☐ Intervalo de confiança mais baixo
5) Negociação ☐ Dê sua nota ☐ Intervalo de confiança mais alto ☐ Intervalo de confiança mais baixo
6) Gerenciar Mudanças e Conflitos ☐ Dê sua nota ☐ Intervalo de confiança mais alto ☐ Intervalo de confiança mais baixo
7) Gestão de Planos, Ações e Resultados. ☐ Dê sua nota ☐ Intervalo de confiança mais alto ☐ Intervalo de confiança mais baixo
8) Liderança ☐ Dê sua nota ☐ Intervalo de confiança mais alto ☐ Intervalo de confiança mais baixo
9) Usar do processo decisório participativo ☐ Dê sua nota ☐ Intervalo de confiança mais alto ☐ Intervalo de confiança mais baixo
10) Responsabilidade Ética e Social ☐ Dê sua nota ☐ Intervalo de confiança mais alto ☐ Intervalo de confiança mais baixo
11) Política (Saber o que dizer, como dizer, quando dizer e como obter adeptos a favor de uma causa, proposta ou projeto). ☐ Dê sua nota ☐ Intervalo de confiança mais alto ☐ Intervalo de confiança mais baixo

ANEXO 9 – PROGRAMA DA WHARTON SCHOOL UTILIZADO PARA INSERIR O QUESTIONÁRIO DA PESQUISA

Data results: Question #1

Question: 1) Você acredita que nos próximos dez anos essa Unidade deverá promover mudanças em suas políticas? Scale: 0 (não ocorreram mudanças) a 10 (ocorreram mudanças significativas)		
Answer	Experts' confidence	
	Lower bound	Upper bound
0	N/A	
1	N/A	
2	N/A	
3	N/A	
4	N/A	
5	4	6
6	N/A	
7	5	8
8	6	9
8	5	9
8	7	9
9	N/A	
10	1	10
No opinion	N/A	
Total number of answers:		7
Mean:		7.67
Standard deviation:		1.49
Median:		7