

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DO  
TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE



**Eliane Aguiar dos Santos**

**Vângela Costa da Silva**

---

**GESTÃO DO TRABALHO NOS DISTRITOS SANITÁRIOS:  
MECANISMO DE FORTALECIMENTO DAS POLÍTICAS DE  
GESTÃO DO TRABALHO NO ÂMBITO DA SECRETARIA DE  
SAÚDE DA CIDADE DO RECIFE**

---

**RECIFE  
2008**

**ELIANE AGUIAR DOS SANTOS  
VÂNGELA COSTA DA SILVA**

**GESTÃO DO TRABALHO NOS DISTRITOS SANITÁRIOS: MECANISMO DE  
FORTALECIMENTO DAS POLÍTICAS DE GESTÃO DO TRABALHO NO ÂMBITO  
DA SECRETARIA DE SAÚDE DA CIDADE DO RECIFE**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do título de especialista em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

**Orientador: Kátia Rejane de Medeiros**

RECIFE

2008

**Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães**

---

S237g Santos, Eliane Aguiar dos.

Gestão do trabalho nos Distritos Sanitários: mecanismo de fortalecimento das políticas de gestão do trabalho no âmbito da Secretaria de Saúde da cidade do Recife / Eliane Aguiar dos Santos, Vângela Costa da Silva. — Recife: E. A. dos Santos, 2008.

45 f.: il.

Monografia (Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Kátia Rejane de Medeiros.

1. Administração de Recursos Humanos em Saúde. 2. Descentralização. 3. Sistema Único de Saúde. I. Medeiros, Kátia Rejane de. II. Título.

---

CDU 331.101.262

**ELIANE AGUIAR DOS SANTOS  
VÂNGELA COSTA DA SILVA**

**GESTÃO DO TRABALHO NOS DISTRITOS SANITÁRIOS: MECANISMO DE  
FORTALECIMENTO DAS POLÍTICAS DE GESTÃO DO TRABALHO NO ÂMBITO  
DA SECRETARIA DE SAÚDE DA CIDADE DO RECIFE**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização e Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do grau de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

Aprovado em: 10/12/2008

**BANCA EXAMINADORA**

---

Ms. Kátia Rejane de Medeiros  
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães - FIOCRUZ

---

Ms. Márcia Teixeira  
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - ENSP

## **AGRADECIMENTOS**

À Kátia Medeiros, orientadora, pelo zelo e paciência na construção desse produto.

As nossas famílias, pelo apoio, carinho, cuidado, dedicação e compreensão nos momentos de ausência.

A Carlos Sena, pelas oportunidades, orientações e contribuições na defesa deste projeto.

A Washington Cavalcanti, mais que um gestor, um incentivo e exemplo constante.

A Todos os colegas da gestão da Secretaria de Saúde da Cidade do Recife, pelo incentivo e compreensão nos momentos de ausência.

À Luciana Leão, pela escuta, amizade, disponibilidade e valiosas contribuições.

À Alice Branco, pela amizade, carinho, compreensão e por abrir novos caminhos.

À Mégine, pelas dúvidas tiradas na formatação deste projeto.

*“É graça divina começar bem. Graça maior  
persistir na caminhada certa. Mas graça das  
graças é não desistir nunca”.*

Dom Hélder Câmara

## RESUMO

As reformas legais impulsionadas pela constituição federal e mais tarde, pelas leis 8.080/90 e 8.142/90, refletiram-se na revisão dos modelos assistenciais de saúde. Assim, a gestão municipal passa a desempenhar sua função enquanto gestora dos serviços de saúde e dos trabalhadores do setor. Partindo dessa perspectiva, neste trabalho, analisou-se o processo de descentralização da gestão do trabalho na Secretaria de Saúde da Cidade do Recife no âmbito dos seus seis Distritos Sanitários, no período de 2004 a 2008. Trata-se de um estudo descritivo que recorreu à pesquisa documental. Os resultados quanto ao perfil dos gestores revelam o predomínio do sexo feminino, com faixa etária entre 30 e 60 anos e escolaridade de nível superior. Verificou-se que 66% dos gestores não têm vínculo com a Prefeitura da Cidade do Recife, exercendo apenas cargo de confiança, o que pode gerar fragilidade na continuidade da função de gestão. Observou-se ainda, uma crescente evolução do número de servidores e de unidades de saúde nos distritos sanitários, mas, por outro lado, percebe-se pouco investimento na política de gestão do trabalho, pois apesar da execução de algumas ações que buscam dar aos gestores distritais maior autonomia, estes ainda referem à falta de uma estrutura mais profissionalizada na gestão do trabalho. Portanto, o estudo demonstra a necessidade de uma política de educação permanente, mais extensiva para os gestores do trabalho, além de maiores investimentos em tecnologia de informação para os trabalhadores de recursos humanos.

Palavras-chaves: Descentralização, Gestão do Trabalho, Recursos Humanos.

## **ABSTRACT**

The legal reforms stimulated by the federal constitution and later, laws 8,080/90 and 8,142/90, had been reflected in the revision of the assistencial models of health. Thus, the municipal management starts to play its function as the manager of the services of health and the workers of the sector. In this work, the process of decentralization of the work management in the Secretary of Health of the City of Recife, in the scope of its was analyzed six Sanitary Districts, in the period from 2004 to 2008. It is a descriptive study that appealed to a documentary research. The results about the profile of the managers disclose the predominance of the feminine sex, with age group between 30 and 60 years and esolarship of superior level. It was verified that 66% of the managers do not have bond with Recife City Hall, exerting just a position of trust, what might generate fragility in the continuity of the management function. It was still observed, an increasing evolution of the number of servers and units of health in the Sanitary Districts, but, on the other hand, little investment in the politics of work management is perceived, therefore although the execution of some actions that try to give to the district managers a bigger autonomy, they still reflect the lack of a more professionalized structure in the work management. Therefore, the study demonstrates the necessity of a politic of permanent education, more extensive for the work managers, beyond bigger investments in technology of information for the workers of human resources.

Key words: Decentralization, Management of the Work, Human resources.



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	9
<b>2 DESCENTRALIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E O FORTALECIMENTO DAS POLÍTICAS DE GESTÃO DO TRABALHO NO ÂMBITO LOCAL</b> .....	11
2.1 O processo de descentralização da Gestão do Trabalho no SUS .....	11
<b>3 PRESSUPOSTOS METODOLÓGICOS</b> .....	15
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	16
4.1 História da municipalização e descentralização da Gestão do Trabalho no Recife .....	16
4.2 Organização, estrutura e ações da área de recursos humanos dos Distritos Sanitários ....	20
4.3 Evolução do perfil dos profissionais das instâncias de Gestão do Trabalho dos Distritos Sanitários .....	23
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	29
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	31
<b>APÊNDICE</b> .....	33
Apêndice A – Pôster .....	34
<b>ANEXOS</b> .....	35
Anexo A – Organograma da Secretaria de Saúde da Cidade do Recife .....	36
Anexo B – Organograma da Diretoria Geral de Gestão do Trabalho da Secretaria de Saúde da Cidade do Recife .....	37
Anexo C: Organograma Anterior do Distrito Sanitário da Cidade do Recife .....	38
Anexo D: Organograma Atual do Distrito Sanitário da Cidade do Recife, 2005 .....	39
Anexo E: Lei da Reforma Administrativa do Município do Recife .....	40
Anexo F: Evolução do número de unidades de saúde por Distritos Sanitários – Recife – 2001 a 2008 .....	43
Anexo G: Portaria GAB SS/PCR N° 188/07 .....	44

## 1 INTRODUÇÃO

A descentralização tem sido um dos pilares organizacionais mais enfatizados no processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS). Para Mottin (1999), a descentralização dos serviços de saúde, no âmbito municipal, é o meio de aproximar a gestão da saúde da população, entendendo que desta forma é possível detectar as necessidades e formular uma política de saúde integral. Tal processo, no entanto, não se dá de forma simples, pelo contrário, é dinâmico, complexo e necessita da interação de várias instâncias, desde o governo, em suas três esferas, passando pelos trabalhadores até a população, na busca das soluções dos diversos problemas que se apresentem.

Por se tratar de um processo dinâmico, a descentralização tem passado por avanços e retrocessos que geram a necessidade de avaliação e melhoria da administração do sistema por parte dos gestores locais, a partir da definição e aplicação de instrumentos que permitam conhecer os problemas e elaborar estratégias para seu enfrentamento, não deixando de considerar possíveis reformulações de planejamento e abordagem das ações que se fazem necessárias para o avanço deste processo (MOTTIN, 1999).

Percebe-se dessa forma, que a descentralização se sustenta com o fortalecimento das instâncias locais no que concerne à profissionalização dos gestores de trabalho que possuem em sua maioria pouca experiência e qualificação. Une-se a isso a falta de instrumentos que auxiliem na análise dos resultados, por parte desses profissionais, gerando deficiente implementação das diretrizes preconizadas pelo SUS.

Assim, segundo Pierantoni (2006), evidencia-se o escasso investimento em gestão do trabalho. Via de regra, a força de trabalho é tratada de forma generalizada, onde são ignorados o desempenho e a motivação dos profissionais do setor.

Há uma unanimidade no que diz respeito à necessidade de elaboração de propostas para minimizar as limitações e buscar inovações para as práticas de gerenciamento do trabalho no âmbito da saúde, e dentro da análise das organizações, cabem questionamentos quanto à estrutura que se possui e o que é essencial para seu aperfeiçoamento (SANTANA, 1994).

Além disso, a crise na prestação do serviço ante as necessidades e cobranças da sociedade, bem como as fragilidades na administração dos serviços, gera como diagnóstico maior demanda de qualificação para o gerenciamento das organizações (SANTANA, 1994).

Porém, a solução não está apenas na implementação de ações de aperfeiçoamento/especialização dos trabalhadores de recursos humanos. Reside, principalmente, na formulação de novos paradigmas, normas operacionais e novas práticas de gestão (SANTANA, 1994).

Dessa forma, pode-se afirmar que a evolução desse setor perpassa pela valorização institucional do profissional que o compõe. Considerando sua importância no processo de trabalho, incentivando o conhecimento da legislação e com isso, subsidiando-o para as discussões com os demais trabalhadores de saúde, fazendo o mesmo figurar como agente estratégico da política de gestão (SANTANA, 1994).

Nessa perspectiva, o objetivo deste trabalho foi investigar e compreender o atual contexto da descentralização das ações da Gestão do Trabalho em Saúde, no âmbito dos distritos sanitários da Secretaria de Saúde do Recife. Para tanto, foi realizado um breve histórico da descentralização das ações de gestão em saúde, com foco na formação dos Distritos Sanitários do Município de Recife; foi descrito o perfil dos profissionais das instâncias de gestão do trabalho dos distritos sanitários nos últimos quatro anos e, por fim, foram apontados os principais desafios e potencialidades da política de descentralização da Gestão do Trabalho no âmbito dos distritos sanitários do respectivo município, seguidos de algumas recomendações do estudo.

## **2 DESCENTRALIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E O FORTALECIMENTO DAS POLÍTICAS DE GESTÃO DO TRABALHO NO ÂMBITO LOCAL**

### **2.1 O processo de descentralização da Gestão do Trabalho no SUS**

A reforma brasileira de saúde ocorreu em 1988 com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse novo modelo estabeleceu os princípios da universalidade, equidade e integralidade na atenção à saúde, fundamentado nas diretrizes da descentralização dos serviços e na participação e controle social da comunidade. Além disso, definiu que as ações tanto curativas como preventivas passariam a fazer parte das atribuições dos gestores públicos (LEÃO, 2005 apud VIANA, DAL POZ, 1998).

Essas propostas vinham sendo pensadas e discutidas por diferentes atores sociais, durante um longo período de tempo, quando, em março de 1986, os princípios e diretrizes da reforma foram sistematizados na VIII Conferência Nacional de Saúde, marco determinante para a criação do SUS.

Assim sendo, foram destacados como principais elementos desse histórico encontro: o conceito ampliado de saúde; o reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do estado; a participação popular; a constituição e ampliação do orçamento social e a construção do Sistema Único de Saúde (LEÃO, 2005 apud PAIM, 1999).

Em continuidade a este movimento, na década de 90, foi dado início ao processo de regulamentação do SUS, onde foram publicadas as Leis Orgânicas da Saúde - Lei 8080/90 e a Lei 8142/90. A Lei 8080 disciplina a descentralização político-administrativa do SUS, enfatizando seus aspectos de gestão e financiamento, e regulamentando as condições para sua promoção, proteção e funcionamento. A Lei 8142/90, por sua vez, regulamenta a participação da comunidade, bem como as transferências intergovernamentais de recursos financeiros (ANDRADE, 2000).

Como forma de regulamentar a transição entre o antigo modelo organizacional e o SUS, o Ministério da Saúde vem utilizando instrumentos normativos, denominados Normas Operacionais Básicas. Até então foram publicadas: a NOB 01/90, a NOB 01/92, a NOB 01/93 e a NOB 01/96, com o objetivo de regular as transferências de recursos financeiros da União para os Estados e Municípios, o planejamento das ações de saúde e os mecanismos de

controle social. As NOBs são, acima de tudo, produto da necessidade de um processo político de pactuação intergestores que, após a publicação da Lei Orgânica da Saúde, vem criando condições privilegiadas de negociação para viabilizar a descentralização e construção do SUS (ANDRADE, 2000).

Nesse cenário, a problemática da descentralização figura-se na equânime divisão de competências dos três entes governamentais. Figura ainda, na compreensão de que tais competências se complementam, ou seja, não podem ser exercidas isoladamente (TEIXEIRA, 1990, p. 83).

Muitos municípios se ressentem da falta de estrutura para administrar os serviços de saúde, pois não recebem da esfera estadual e até federal o aporte necessário para cumprirem tal responsabilidade. Para Teixeira (1990, p. 83) a descentralização é um processo dinâmico que envolve além de repasse de recursos e responsabilidades, o controle social e o questionamento de seus objetivos e metas, pois deve discutir a capacidade desses entes no cumprimento de seus papéis.

Visto que a descentralização também deflorou as fragilidades da capacidade gestora, se faz urgente a realização de análises desses entraves para a partir de então, evitar a adoção de soluções pontuais e pouco efetivas. Contudo, cabe introduzir outro elemento relevante na discussão sobre descentralização, a dificuldade há muito vivida referente à força de trabalho – a gestão dos trabalhadores da saúde (PEREIRA, 2004).

Nesse sentido, Pereira (2004) destaca que a questão da força de trabalho, apesar de ter suas dificuldades apontadas desde a promulgação das leis da saúde, ainda não recebeu o correto tratamento. Os problemas relacionados à organização e gestão dos trabalhadores não são, por exemplo, devidamente enfrentados em nível nacional.

O mesmo autor alerta para a necessidade de normas operacionais que regulamentem, dentre outros, vínculo empregatício, carga horária, piso salarial, além de políticas de formação profissional que levem em consideração as diversas profissões da saúde.

Durante a XI Conferência Nacional de Saúde, segundo Pereira (2004), foram levantadas questões concernentes à necessidade de criação da Norma Operacional de Recursos Humanos, visto que na prática, as questões de gestão do trabalho andam na contramão dos preceitos do SUS e das proposições da Reforma Sanitária.

Pierantoni (2001), aponta o escasso investimento na área, o que gera desmotivação dos profissionais do setor. A mesma autora adverte para o fato de que a administração das gerências necessita envolver os trabalhadores na construção do modelo de saúde integral e, além disso, o enfrentamento conjunto das questões de administração de recursos humanos

deve contemplar maior cobertura da assistência, fixação das equipes, investimento nas competências para a força de trabalho e incentivo e fortalecimento da capacidade gerencial de RH em saúde.

Sofrendo os efeitos de políticas conservadoras, a gestão de RH carece de políticas voltadas para a construção de uma agenda que consolide mudanças mais consistentes para a saúde, assim como para a sociedade. Tal agenda deve considerar a gestão além dos departamentos de RH. Deve contar com a participação da sociedade, profissionais e gestores, além da articulação com entes administrativos, jurídicos e educacionais para a regulação da formação e qualificação do trabalhador do setor.

Paim (2007), destaca a necessidade de investimentos na capacitação técnica dos gestores de RH, fortalecendo o compromisso com os preceitos da Reforma Sanitária e com a política de gestão para a defesa do SUS.

Considerando tais recomendações, investimentos começam a ser adotados pelos entes governamentais como as iniciativas do Ministério da Saúde, através da ENSP/FIOCRUZ, que oferecem cursos de especialização e mestrado em várias áreas, em um esforço pactuado com entes locais (Secretarias Estaduais e Municipais) de fortalecer as estruturas da gestão (PAIM 2007).

Contudo, tais iniciativas não contam com as devidas contrapartidas dos gestores locais que, em sua maioria, utilizam critérios mercantilistas e político-partidários para compor seus quadros funcionais, mantendo assim, a visão amadora da gestão (PAIM 2007).

Segundo estudo da Rede Observatório de RH em Saúde (CAPACIDADE, 2004), menos de 10% dos gestores de recursos humanos possuem qualificação específica na área. Além disso, os mesmos possuem baixa ou nenhuma autonomia na tomada de decisão contratual, na utilização de recursos financeiros e a folha de pagamento ainda se constitui, para a maioria dos gestores, como a única fonte de dados.

Estudos como esse demonstram que o não investimento na qualificação dos profissionais fará persistir nas organizações a fragmentação da política de saúde, visto que é com a valorização das competências gerenciais que se diminuirá a distância entre trabalhadores da saúde e gestão. Com a qualificação, os gestores de RH passam a adquirir conhecimento da realidade e das necessidades para a implantação de políticas como a de educação permanente, humanização do trabalho no SUS, plano de cargos e carreira e outras tão estratégicas para a consolidação dos preceitos da Reforma Sanitária.

Mais recentemente, como ação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde/MS cita-se a iniciativa do Programa de Qualificação e Estruturação do Trabalho no

SUS (PROGESUS), cuja Portaria Ministerial nº. 2.261, de 22 de setembro de 2006 abrange os componentes de estruturação da gestão de RH:

- a) financiamento para a modernização dos setores de gestão do trabalho e da educação em saúde;
- b) capacitação de RH para a gestão do trabalho no SUS, destacando-se a Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; e,
- c) o sistema gerencial de informações.

A partir de iniciativas como a do PROGESUS, que busca dar aos profissionais de recursos humanos e, conseqüentemente, às Secretarias de Saúde, meios para o fortalecimento das ações relativas à gestão do trabalho, espera-se atender as demandas de conhecimento e de gestão no setor.

Neste trabalho, a análise das condições estruturais e operacionais das estruturas de gestão do trabalho nos seis distritos sanitários da Cidade do Recife será o objeto de estudo a ser investigado.

### 3 PRESSUPOSTOS METODOLÓGICOS

O presente estudo situa-se no campo da pesquisa descritiva que, segundo Gil (2007), visa descrever características de grupos, como também a descrição de processos na organização.

Utilizou-se a pesquisa de dados secundários, que são aqueles que já se encontram disponíveis, pois já foram objeto de estudo e análise Gil (2007). Coletaram-se dados do Sistema de Informação (CONSISTHR) da Prefeitura do Recife e demais fontes oficiais. Recorreu-se ainda à revisão bibliográfica e pesquisa documental através de portarias e leis municipais, bem como, de publicações oficiais.

A partir da coleta de informações junto ao CONSISTHR, identificou-se o quantitativo de unidades de saúde e servidores. Foi também objeto de análise o perfil das Gerências Operacionais de Gestão de Pessoas (GOGP) dos Distritos Sanitários (DS) da Secretaria de Saúde da Cidade do Recife quesitos relativos à: faixa etária, sexo, escolaridade, tempo na instituição, tempo no cargo e vínculo com o ente municipal.

Neste estudo, pretendeu-se investigar e compreender o atual contexto da descentralização das ações da Gestão do Trabalho em Saúde no âmbito local. Portanto, optou-se por trabalhar com os distritos sanitários da Secretaria de Saúde da Cidade do Recife, por fazerem parte da divisão político-administrativa da cidade. O foco direcionou-se às gerências operacionais dos distritos sanitários, por tratar-se de área crucial na obtenção de subsídios para diagnóstico e proposições visando o fortalecimento da política de gestão do trabalho da Secretaria de Saúde do Recife, tratando-se assim, de uma amostra por conveniência.

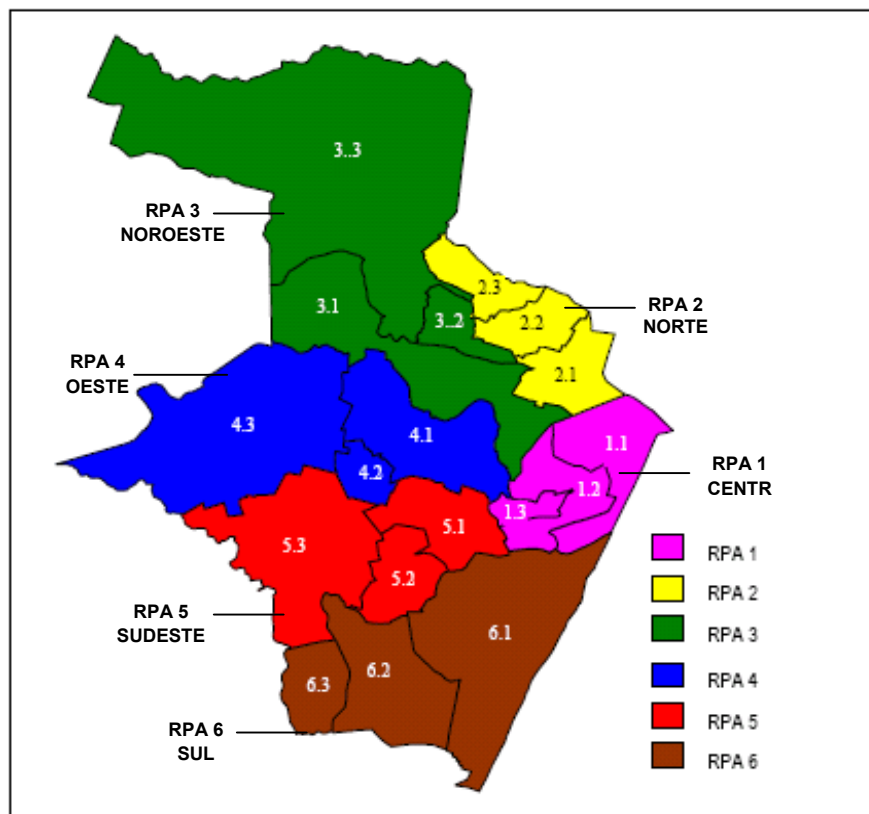


## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 História da municipalização e descentralização da Gestão do Trabalho no Recife

A Cidade do Recife possui uma extensão territorial de aproximadamente 220 Km<sup>2</sup>, com uma grande diversidade ambiental caracterizada por Morros (67,43%), Planícies (23,26%), Aquáticas (9,31%), Zonas Especiais de Preservação Ambiental (ZEPA) (5,58%) e Extensão de praia: 8,6 km. O território é dividido em 94 bairros: (Região Centro-11; Região Norte-18; Região Noroeste-29; Região Oeste-12; Região Sudoeste-16; Região Sul-08). Além de possuir 66 Zonas Especiais de Interesse Social – ZEIS (RECIFE, 2008).

Com o objetivo de facilitar o planejamento e a gestão das ações municipais, o município foi dividido espacialmente em seis Regiões Político-Administrativas (RPA), cada uma delas subdividida em três micro-regiões (Mapa 1). Na saúde cada RPA corresponde a um Distrito Sanitário (RECIFE, 2005).



Mapa 1: Divisão em Regiões Político-Administrativas (RPA) e Microrregiões do município de Recife  
Fonte: Recife (2008).

Segundo dados do IBGE, a estimativa, para 2008, da população residente no Recife é de 1.549.980 habitantes, sendo 719.583 (46,4%) do sexo masculino e 830.397 (53,6%) do sexo feminino. Ao analisar a distribuição populacional por faixa etária, nota-se uma predominância nas faixas etárias de 10 a 29 anos (35,7%) e 30 a 59 anos (39,1%), enquanto a população acima de 60 anos representa 10,3% dos habitantes.

O processo de municipalização no município de Recife teve início em 1993 e obedeceu às seguintes ações (LYRA, 2008):

- i) criação do Conselho Municipal de Saúde e do Fundo Municipal de Saúde;
- ii) realização de duas Conferências Municipais de Saúde;
- iii) implantação do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família;
- iv) aprofundamento da descentralização mediante a criação de seis Distritos Sanitários, adotando-se a mesma divisão espacial das Regiões Político-Administrativas (RPA);
- v) habilitação da gestão semiplena do sistema, conforme a NOB/93;
- vi) negociação com a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco para o repasse — à gestão municipal — de serviços de saúde estaduais (21 centros de saúde, dois hospitais pediátricos e duas maternidades);
- vii) ampliação da rede de serviços mediante a construção de duas policlínicas (Ibura e Campina do Barreto);
- ix) estruturação das ações de vigilância epidemiológica e de vigilância sanitária;
- x) implantação e aprimoramento dos sistemas de informação em saúde;
- xi) construção do Laboratório Municipal, completamente automatizado;
- xii) implantação do Centro de Orientação e Aconselhamento para doenças sexualmente transmissíveis (COAS);
- xiii) implantação do Núcleo de Apoio Psicossocial de Afogados (NAPS), uma proposta de atenção ao doente mental do tipo hospital-dia;
- xiv) implementação do Centro de Vigilância Animal de Peixinhos;
- xv) estruturação do Sistema de Controle e Avaliação Ambulatorial e Hospitalar do SUS;
- xvi) criação do SOS Recife (Sistema de Remoção por Ambulância);
- xvii) construção do Centro de Oftalmologia, Hipertensão e Diabetes como serviço de referência para as doenças crônico-degenerativas;
- xviii) início da construção da Maternidade do Ibura;
- xix) habilitação, em 1998, do Sistema Municipal de Saúde na Gestão Plena, cumprindo-se a NOB/96.

O processo de municipalização/descentralização da gestão do SUS no Recife se deu de forma gradual. Com a eleição do ano de 2000, várias correntes iniciam discussões sobre reorganização da assistência à saúde na nova gestão. Profissionais de diversas áreas da Saúde Pública se organizam para discussões sobre o modelo de atenção, financiamento, gestão de pessoas e vigilância à saúde do município. Observou-se, nesse momento, a insuficiência de unidades básicas de saúde, baixa resolutividade das unidades especializadas e isolamento dos

núcleos do Programa Saúde da Família (PSF). A saúde era trabalhada de forma pontual e individualizada (ALBUQUERQUE, 2003).

Documentos para o Plano de Governo e o Plano Municipal de Saúde serviram para a definição do modelo de gestão proposto para o município. A V Conferência Municipal de Saúde: “Construindo uma Cidade Saudável: Descentralização, Controle Social e Integralidade como Caminhos”, teve como marco discutir a busca de uma cidade saudável e a promoção da saúde com equidade, integralidade e universalidade com a participação social, transformando a comunidade em co-gestora do sistema (ALBUQUERQUE, 2003).

Tal integração da população às discussões, significou a ampliação da gestão da saúde para além dos gestores e distritos sanitários. Significou o efetivo controle social sobre a gestão pública, através do Conselho Municipal de Saúde e do incentivo à criação dos Conselhos Gestores das Unidades de Saúde.

Os gestores se vêem, assim, com o dever de alcançar metas que vão além das preconizadas pelo Ministério da Saúde, tendo como foco a aproximação com a comunidade a partir da atenção básica e em áreas até então, esquecidas. Nesse caminho, a maioria das ações finalísticas da Secretaria de Saúde foram descentralizadas para os Distritos Sanitários em 1996 (ALBUQUERQUE, 2003).

Cabia às policlínicas o suporte a este novo modelo de atenção. Foram criadas novas propostas de intervenção como o programa de combate à violência contra a mulher, suporte psicológico, ações relativas à saúde mental, dentre outros.

Em 2003, Recife contava com cerca de 1.300 Agentes Comunitários de Saúde passando em 2007 para 1.664. Em 2007 passa a ter 224 Equipes do Programa Saúde da Família, um aumento de 730% em relação a 2000 quando possuía apenas 27 equipes.

A ampliação dos serviços de saúde, e conseqüente incremento de servidores sob gestão municipal, resultaram em um novo modelo assistencial. Entre as ações desenvolvidas destacam-se:

- a) construção de novas unidades a exemplo da Policlínica do Pina, localizada no Distrito Sanitário VI e Unidade de Cuidados Integrais à Saúde (UCI) Prof. Guilherme Abath do Distrito Sanitário II;
- b) criação do SAMU;
- c) criação da Diretoria Geral de Regulação do Sistema;
- d) criação do Programa Academia da Cidade;
- e) implantação do Centro Especializado em Saúde do Trabalhador – CEST Recife;
- f) criação de novos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS);

- g) implantação de residências terapêuticas do Programa de Saúde Mental;
- h) municipalização da Central de Alergologia, Centro de Prevenção, Tratamento e Reabilitação do Alcoolismo (CPTRA), CAPS Eulâmpio Cordeiro.

Com a incorporação da nova política de atenção à saúde e a conseqüente descentralização/municipalização, a Secretaria de Saúde da Cidade do Recife, passa a ter sob sua responsabilidade a gestão de profissionais das esferas estadual e federal, tornando o desafio ainda maior, já que passa a administrar conflitos relativos à isonomia salarial, carga horária, direitos, deveres e benefícios (ALBUQUERQUE, 2003).

Para fortalecer as ações de gestão do trabalho com foco no atual modelo assistencial, promoveu-se no ano de 2005 a reforma administrativa que criou novos cargos e atribuições para os gestores da saúde (anexos A e B). Os até então Departamentos de Recursos Humanos dos Distritos Sanitários passaram a ser denominados Gerências Operacionais de Gestão de Pessoas e receberam dois novos cargos comissionados em seu organograma. Além disso, foram criadas 3 (três) gerências de território (GT) em cada Distrito Sanitário, reforçando as ações de gestão do trabalho, com a atribuição de supervisionar as equipes de saúde da família e saúde ambiental (Anexos C, D e E)

Em 2007, a Secretaria de Saúde instituiu a Câmara Técnica de Apoio a Gestão do Trabalho (CTAGT), com o objetivo de fortalecer a integração entre o nível central e as gerências operacionais. Compete a esta Câmara, entre outras, elaborar e avaliar os indicadores que impactam na política de gestão do trabalho; tratar de questões e conflitos interpessoais, além de sugerir regulamentação nos casos não previstos nas normas de procedimentos (Anexo G).

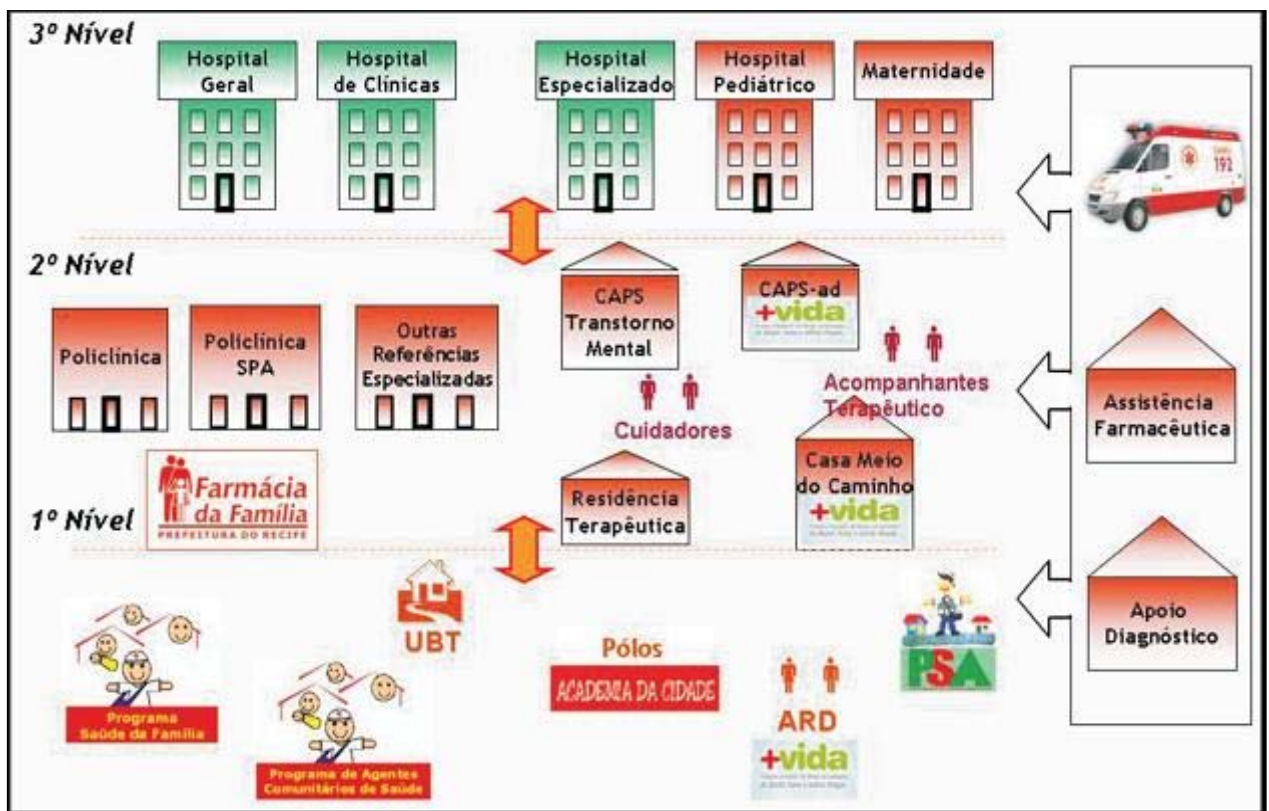
Destaca-se, no ano de 2008, como ação de descentralização dos processos gerenciais, por parte da Diretoria Geral de Gestão do Trabalho, a implementação de um espaço voltado para discussões e deliberações das demandas relativas às atribuições das gerências operacionais de gestão de pessoas. Essa ação é realizada mensalmente com a participação de representantes da Diretoria de Gestão do Trabalho e Diretores e Gerentes Operacionais de Gestão de Pessoas dos Distritos Sanitários.

Dessa forma, essas ações buscaram contribuir para o processo de fortalecimento da gestão do trabalho da Secretaria de Saúde.

## 4.2 Organização, estrutura e ações da área de recursos humanos dos Distritos Sanitários

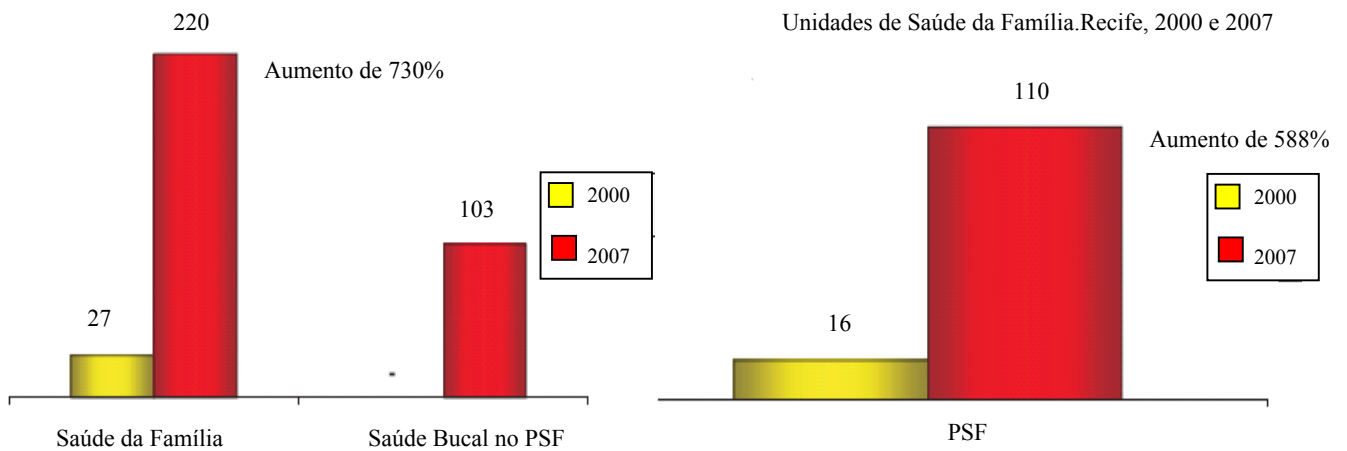
### a) Rede de Serviços de Saúde

De acordo com os preceitos do SUS, que buscam aumentar o acesso às ações e serviços de saúde a um número cada vez maior de pessoas, conforme cita o Caderno SUS – Recife (2001 e 2007), Recife amplia sua rede de saúde. Dessa forma, a cidade busca cumprir suas responsabilidades e seu papel na construção de um SUS integral, universal e equânime.



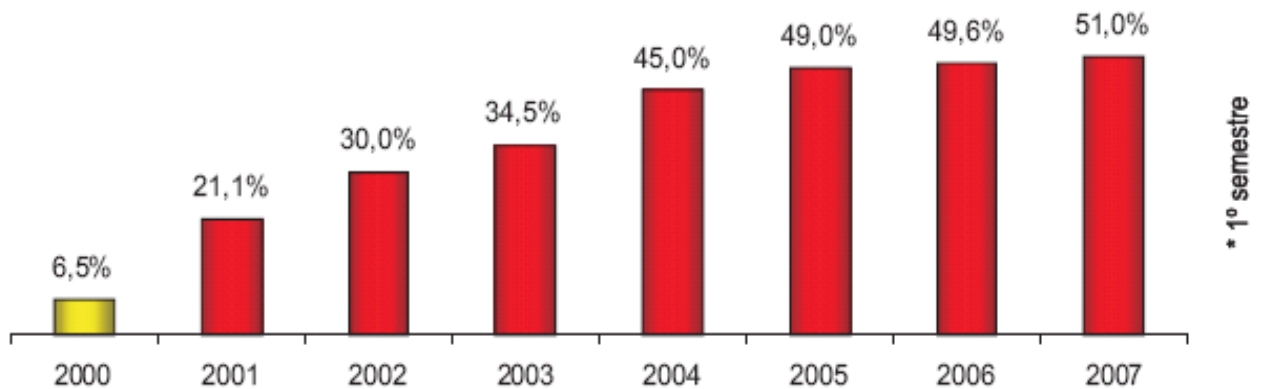
**Figura 1:** Modelo de Atenção à Saúde no Recife  
Fonte: Secretaria de Saúde da Cidade do Recife (RECIFE, 2007).

Conforme informações obtidas no Caderno SUS-Recife (2001-2007), referente à atenção básica, verifica-se nos Gráficos 1 e 2 um aumento do número de Unidades e Equipes do Programa Saúde da Família (ESF) e Equipes de Saúde Bucal (ESB), caracterizando investimento da gestão neste nível de atenção.



**Gráfico 1:** Equipe de Saúde da Família e da Saúde Bucal – Recife - 2000 e 2007  
 Fonte: Secretaria de Saúde da Cidade do Recife (RECIFE, 2007)

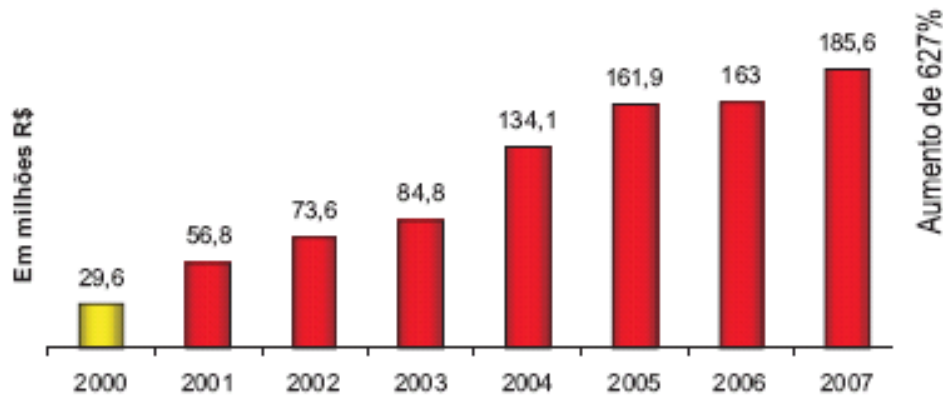
Esta iniciativa possibilitou maior oferta e alcance das ações de saúde para 51% da população no ano 2007 (Gráfico 2). Ressalta-se que as equipes de Saúde Bucal foram incorporadas ao PSF em maio de 2001.



**Gráfico 2:** Cobertura Populacional do Programa Saúde da Família – Recife - 2000 a 2007\*.  
 Fonte: Secretaria de Saúde da Cidade do Recife. (RECIFE, 2007).

## b) Recursos Financeiros

Em relação aos Gráficos 3 e 4 observa-se uma evolução no investimento da gestão no setor saúde. Verifica-se que em sete anos o investimento no setor é seis vezes superior ao que foi destinado à saúde em 2000 (RECIFE, 2007).



**Gráfico 3:** Evolução dos Recursos Financeiros da Saúde – Tesouro Municipal – Recife – 2000 a 2007  
 Fonte: Secretaria de Saúde da Cidade do Recife. (RECIFE, 2007)

### c) Estrutura Organizacional

Com o aumento da rede de serviços, a Secretaria de Saúde da Cidade do Recife modificou sua estrutura organizacional (Anexo 1). A publicação da Lei nº 17.108/2005 que dispõe sobre a adequação da estrutura da Administração Direta e Indireta do município, em seu Art. 10 institui a Secretaria de Administração e Gestão de Pessoas como Núcleo Central do Sistema de Recursos Humanos do Governo Municipal. Porém, a Secretaria de Saúde detém certa autonomia na gestão de seus trabalhadores.

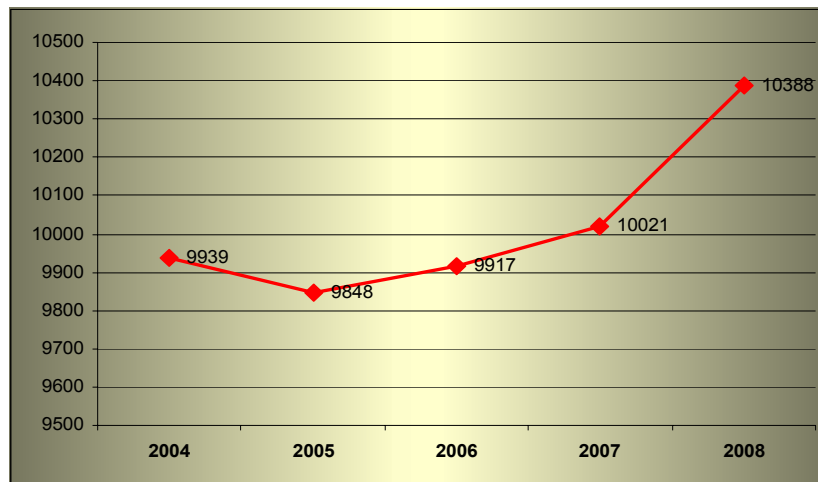
Toda a movimentação de servidores (cessão, lotação, transferência), definição de vagas para concurso público, nomeação e exoneração, além de encaminhamentos da folha de pagamento à Secretaria de Administração e Gestão de Pessoas (SADGP) dentre outros, são coordenados pela Diretoria Geral de Gestão do Trabalho (DGGT) da Secretaria de Saúde com o apoio das Gerências Operacionais de Gestão de Pessoas dos Distritos Sanitários.

Vale ressaltar que o sistema de informação CONSISTHR é gerenciado pela Secretaria de Administração, cabendo a Diretoria Geral de Gestão do Trabalho a consolidação dos dados enviados pelos distritos sanitários.

### 4.3 Evolução do perfil dos profissionais das instâncias de Gestão do Trabalho dos Distritos Sanitários

#### a) Recursos Humanos

Conforme pode ser observado, o gráfico 4 revela um aumento do número de servidores da Secretaria de Saúde. Este crescimento pode ser justificado pelo acréscimo no quantitativo de unidades de saúde, mediante a municipalização e incorporação do modelo assistencial vigente.



**Gráfico 4:** Evolução do número de servidores da Secretaria de Saúde - Recife - 2004 a 2008  
Fonte: Secretaria de Administração e Gestão de Pessoas (SADGP/PCR), outubro/2008.

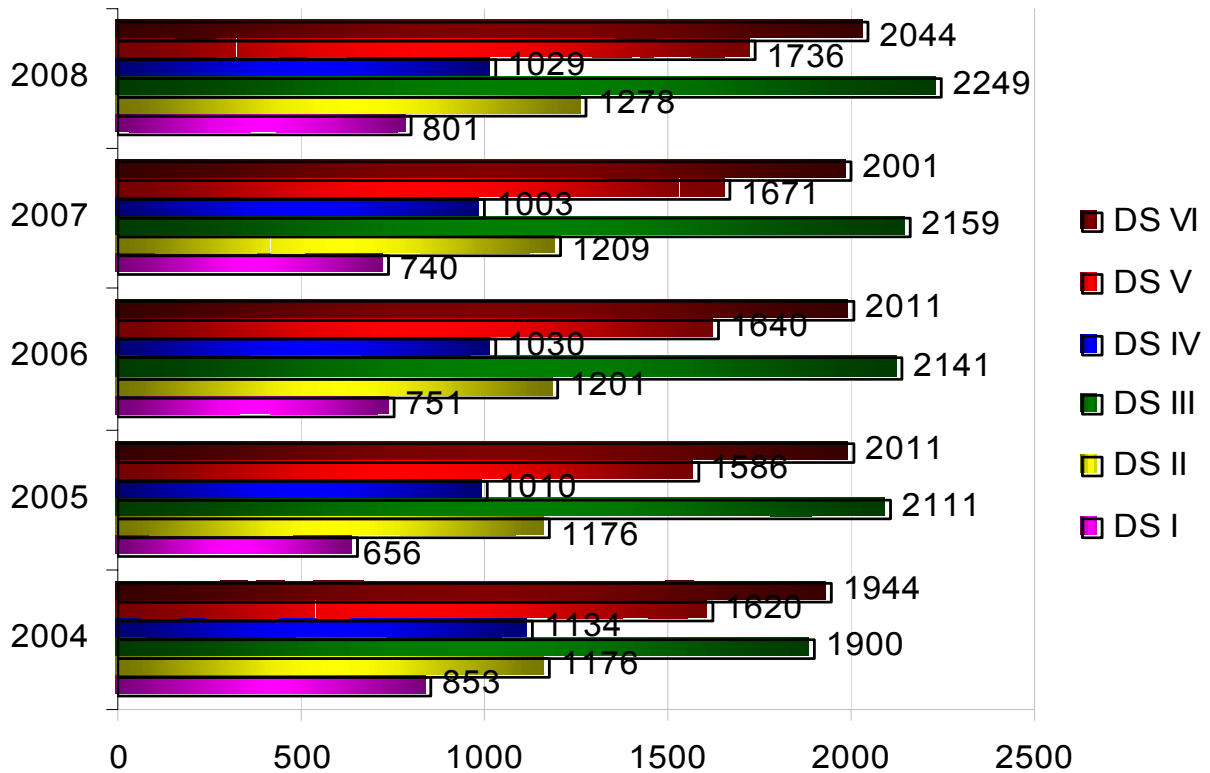
Ao verificar a evolução dos servidores da Secretaria de Saúde, por Distritos Sanitários (Gráfico 6), observa-se que o DS III foi o que mais cresceu. Pode-se dizer que este crescimento deve-se ao número de Unidades de Saúde da Família (USF) instaladas nesse distrito (Anexo 6), além de ser a região mais extensa do município, correspondendo a 35% da área da cidade.

É importante ressaltar que, no ano de 2004, há uma predominância no número de trabalhadores no DS VI.

Observa-se ainda, que no ano de 2005 esse crescimento de servidores ocorreu nos Distritos III e VI. Já o DS II manteve o número de servidores, enquanto que os DS I, IV e V apresentaram uma diminuição nesse contingente.



Com relação ao DS I, verifica-se que é o distrito com o menor crescimento. Esse fato pode ser justificado por estar situado na região central da cidade que é caracterizada como centro comercial.



**Gráfico 5:** Evolução do número de servidores por Distritos Sanitários – Recife – 2004 a 2008

Fonte: Secretaria de Administração e Gestão de Pessoas (SADGP/PCR), outubro/2008.

Abaixo tem-se um quadro geral que demonstra o modelo assistencial do Recife. A rede municipal de saúde tem na atenção básica a maior evolução. O município possuía em 2004, um total de 92 Unidades de Saúde da Família (USF) e hoje, esse número é de 118 USF (Anexo 6). O número das Equipes de Saúde Bucal (ESB) no ano de 2004 era de 87 e aumentou para 103 em 2007, demonstrando o investimento nas ações da atenção básica.

<b>REDE MUNICIPAL</b>	
<b>Atenção Básica</b>	<b>Média Complexidade</b>
<b>220</b> Equipes de Saúde da Família (105 USF)	<b>2</b> Hospitais Pediátricos Municipais (101 leitos)
<b>103</b> Equipes de Saúde Bucal	<b>3</b> Maternidades Municipais (184 leitos)
<b>1.800</b> Agentes Comunitários de Saúde	<b>11</b> Hospitais Conveniados (1.637 Leitos)
<b>24</b> Unidades Básicas Tradicionais	<b>13</b> Policlínicas
<b>19</b> Pólos Programa Academia da Cidade	<b>7</b> SPA (Policlínicas e Maternidades)
<b>1.000</b> Agentes de Saúde Ambiental	<b>51</b> Centros Especializados
<b>20</b> Agentes Redutores de Danos	1 C.M. Ermírio de Moraes
	1 Unid. Cuidados Integrals - UCIS
	1 CEST - Saúde do Trabalhador
	10 CAPS - Transtorno Mental
	6 CAPS - Álcool e Drogas
	11 Residências Terapêuticas
	5 Albergues - Casas Meio Caminho
	4 CEO
	4 Urgências Odontológicas 24h
	5 C. Oftalmologia e
	7 Terapias especializadas conveniadas
<b>1</b> SAMU (18 ambulâncias)	
<b>1</b> Laboratório Municipal	
<b>23</b> Laboratórios Conveniados	
<b>1</b> Central de Abastecimento Farmacêutica	
<b>5</b> Farmácias da Família	

**Quadro 1:** Distribuição da rede municipal de saúde – Recife – 2007

Com relação ao número de unidades de saúde por distritos sanitários (tabela 1), verifica-se que os DS III e VI foram os que mais cresceram com 23,7% e 23,2%, respectivamente. Levando em consideração o número absoluto não houve aumento significativo. Mas, é importante ressaltar que este crescimento foi representado pelas: Policlínicas, Unidades de Saúde da Família e Unidades de Saúde, confirmando um investimento na atenção básica, assim como na média complexidade (Anexo F).

**Tabela 1:** Distribuição do número de unidades de saúde por Distritos Sanitários – Recife – 2005 e 2008

DISTRITOS SANITÁRIOS	2005		2008	
	DS I	16	8,8	18
DS II	30	16,6	31	15,7
DS III	43	23,7	46	23,2
DS IV	24	13,3	28	14,1
DS V	26	14,4	29	14,7
DS VI	42	23,2	46	23,2
<b>TOTAL</b>	<b>181</b>	<b>100</b>	<b>198</b>	<b>100</b>

Fonte: Recife (2008).

A tabela 2 apresenta a distribuição do número de servidores em relação ao quantitativo de trabalhadores da Diretoria Geral de Gestão do Trabalho e Gerências Operacionais dos Distritos Sanitários e demonstra que não há uma padronização na relação entre o número de servidores e profissionais da gestão de pessoas, nos respectivos distritos sanitários.

**Tabela 2:** Distribuição do número total de servidores da Secretaria de Saúde da Cidade do Recife– Recife – 2008

DESCRIÇÃO	Quantitativo Geral	Nº Servidores da DGGT* e GOGP/DS**
<b>Distrito Sanitário I</b>	801	08
<b>Distrito Sanitário II</b>	1278	07
<b>Distrito Sanitário III</b>	2249	09
<b>Distrito Sanitário IV</b>	1029	07
<b>Distrito Sanitário V</b>	1736	10
<b>Distrito Sanitário VI</b>	2044	08
<b>Diretorias</b>	1256	
<b>DGGT</b>		61
<b>TOTAL</b>	<b>10388</b>	<b>110</b>

Fonte: Secretaria de Administração de Gestão de Pessoas (SADGP/PCR), 2008.

Nota: \* DGGT – Diretoria Geral de Gestão do Trabalho/ \*\*GOGP/DS – Gerência Operacional de Gestão de Pessoas.

A tabela 3 revela que as gerências são ocupadas por pessoas com faixa etária entre 30 e 60 anos e em sua totalidade são do sexo feminino, denotando que a feminilização dos trabalhadores de saúde tem alcançado a gestão de recursos humanos (MACHADO, 2006). Nessa mesma linha, a pesquisa sobre Capacidade Gestora de Recursos Humanos, apontou que 70,5% dos responsáveis pela área de RH no Nordeste são do sexo feminino.

Na mesma tabela, observa-se que 83,3% dos gestores de RH possuem escolaridade superior, enquanto que na pesquisa citada este percentual foi de 58,7%, confirmando predominância neste nível de escolaridade.

Verifica-se ainda que a maioria das gerências tem sua formação profissional nas áreas de educação e ciências aplicadas, representadas pelos cursos de Pedagogia e Serviço Social. Na pesquisa, as profissões com maior frequência de citação foram administração, direito, serviço social e psicologia.

Apenas um gestor dentre as gerências estudadas, possui pós-graduação. Este dado releva a necessidade de investimento na formação/qualificação, voltado à gestão do trabalho, desses profissionais, dado consonante com a pesquisa.

Importante destacar que cerca de 66% dos gestores não possuem vínculo com a Secretaria de Saúde do Recife, nem com outros Órgãos Públicos. Dos que possuem vínculo, 16,5% pertencem a outros órgãos e apenas 16,5% fazem parte do quadro efetivo da prefeitura. Na Região Nordeste 59,1% dos gestores foram contratados especificamente para o cargo (CAPACIDADE, 2004). Dados que fogem do padrão nacional onde 51,5% dos gestores eram estatutários e 27,4% foram contratados para o cargo comissionado.

Com relação ao tempo no cargo, verificou-se que 66,66% dos gestores estavam em faixas entre 01 e 03 anos, mais do que o dobro da região Nordeste cujo percentual foi de 31,8% (CAPACIDADE, 2004). Enquanto que 16,6% ocupavam o cargo há mais de 5 anos, o que se aproxima mais da pesquisa em relação à região, cujo percentual é 11,4%. A pesquisa nacional demonstrou que 55,4% estavam em faixas que variavam entre 1 e 5 anos.

Em relação ao tempo na instituição, revelou-se que 50% dos gestores estão entre 1 e 3 anos, 16,6% há mais de 5 anos, 16,6% entre 5 e 10 anos e 16,6% há mais de 10 anos na Secretaria de Saúde. Observa-se, com esses dados uma divergência com a pesquisa (CAPACIDADE, 2004) que apresentou um percentual de 15,9% dos gestores do Nordeste com uma faixa entre 1 e 3 anos de permanência na instituição, 31,8% estão entre 3 e 5 anos, 18,2% estão há mais de 5 anos e 22,7% estão há mais de 10 anos na instituição.

As informações encontradas em relação a tipo de vínculo, tempo no cargo e na instituição servem de base para o diagnóstico da falta de continuidade nos processos administrativos e estratégicos do setor.

**Tabela 3:** Distribuição dos gerentes operacionais de gestão de pessoas dos Distritos Sanitários, por sexo, faixa etária, formação, cargo e órgão de origem – Recife – 2008

PERFIL	DS I	DS II	DS III	DS IV	DS V	DS VI
Sexo	F	F	F	F	F	F
Faixa etária	50-60	30-40	30-40	40-50	30-40	50-60
Nível de Escolaridade	Superior	Superior	Nível Médio	Superior	Superior	Superior
Curso	Professor	Pedagogia	-----	Serviço Social	Psicologia	Serviço Social/ Especialização em Saúde Pública
Cargo	Servidor de outros órgãos à disposição	Servidor sem vínculo empregatício	Servidor sem vínculo empregatício	Assistente social	Servidor sem vínculo empregatício	Servidor sem vínculo empregatício
Data de Admissão	19/10/01	19/03/07	19/11/97	24/08/04	03/08/07	20/04/06
Tempo no cargo	07 anos	1 ano e quatro meses	02 anos e três meses	04 anos e um mês	1 ano e dois meses	02 anos e três meses
Órgão de origem	Secretaria Estadual de Educação	Sem vínculo	Sem vínculo	Prefeitura da Cidade do Recife	Sem vínculo	Sem vínculo

Fonte: Recife (2008).

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O plano municipal de saúde 2006-2009 ressalta a importância do aprimoramento da estrutura e dos instrumentos de gestão da Secretaria de Saúde do Recife, que se tornaram incompatíveis com a ampliação da rede. Tal investimento tem por finalidade aumentar a eficiência da secretaria, pois racionaliza recursos e agiliza processos. Para tanto, faz-se necessário o planejamento e reavaliação de competências, identificando lacunas existentes e apontando ações capazes de otimizar o fluxo das demandas.

Considerando que a descentralização da gestão do trabalho não pode prescindir a formação/qualificação dos profissionais envolvidos no processo é importante a implementação da política de educação permanente para os gerentes, técnicos e demais profissionais do setor. Para isto, faz-se necessário fortalecer o princípio da intersetorialidade, buscando envolver instâncias educacionais, jurídicas, administrativas, entre outras.

O estudo demonstra ainda a necessidade de uma política de educação permanente, mais extensiva para os gestores do trabalho, além de maiores investimentos em tecnologia de informação para os trabalhadores de recursos humanos.

Dessa maneira seguem algumas recomendações e proposições do presente estudo:

- a) Descentralização e reestruturação do sistema de informação CONSISTHR para os distritos sanitários, visto que atualmente os mesmos não têm acesso aos dados, o que dificulta o diagnóstico, o dinamismo das ações e a tomada de decisão;
- b) Implantação de um sistema de controle de frequência para todos os distritos sanitários, levando-se em consideração os diversos tipos de vínculos existentes;
- c) Estabelecimento de normas operacionais de gestão do trabalho com abrangência para toda a Secretaria, com ênfase para os distritos sanitários;
- d) Implementação das metas propostas no Plano Municipal de Saúde 2006/2009 no que concerne à capacitação/especialização dos profissionais de gestão do trabalho;
- e) Descentralização para os distritos sanitários de ações como: marcação de férias, controle de frequências, acompanhamento de processos, demandas que estão concentradas na Diretoria Geral de Gestão do Trabalho;
- f) Reavaliação da estrutura organizacional em relação às práticas, sugerindo possíveis reformulações no organograma das gerências, como: criação de cargos e aumento do número de trabalhadores, a partir das necessidades de cada distrito sanitário;

- g) Valorização da área de gestão do trabalho, por meio de realização de concurso público nesta área. Essa ação é necessária porque os cargos de gestão nos Distritos de Recife são ocupados por postos comissionados. Isso gera alta rotatividade, fragilizando a continuidade das ações no campo da gestão do trabalho;
- h) Fortalecimento de iniciativas como os encontros mensais entre DGGT e GOGP dos Distritos, para discutir demandas, determinar fluxos e outras resoluções do setor, além de atualizar as gerências, sobre a legislação voltada para a gestão do trabalho.

Por fim, cumpre salientar a importância e necessidade de novas investigações mais aprofundadas que contribuam no diagnóstico, para a consolidação da gestão do trabalho e na educação como estratégicas na estrutura dos Distritos Sanitários do Recife.

## REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, P. C. **A Educação Popular em Saúde no município de Recife-PE: em Busca da Integralidade**. 2003. 179 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2003.
- ANDRADE, L. O. M.; PONTES, R. J. S.; MARTINS JUNIOR, T. A descentralização no marco da Reforma Sanitária no Brasil. **Revista Panamericana Salud Publica**, Washington, v.8, n.1/2, p. 85-91, July/Aug. 2000.
- CAPACIDADE gestora de recursos humanos em instâncias locais de saúde em municípios com população superior a 100 mil habitantes: relatório final. Rio de Janeiro: IMS, UERJ: NESCON, 2004.
- GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 2007.
- LEÃO, L. M. S. **Saúde do adolescente: atenção integral no plano da utopia**. 2005. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2005.
- LYRA, M. R. S. B.; SOUZA, M. A. A.; BITOUN, J. Demografia e saúde: perfil da população. In: RECIFE. Prefeitura. **Desenvolvimento humano no Recife: atlas municipal**. Recife, 2005.
- MACHADO, M. H. Trabalhadores da Saúde e sua Trajetória na Reforma Sanitária. **Cadernos RH Saúde**, Brasília, v. 3, n. 1, p. 188. mar. 2006.
- MOTTIN, L. M. **Elaboração do plano municipal de saúde: Desafio para o município – Um Sestudo no Rio Grande do Sul**. Rio de Janeiro, 1999.. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1999.
- PAIM, J. S. TEIXEIRA, Carmen Fontes. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, supl, p. 1819-1829, nov. 2007.
- PEREIRA, L. D. A gestão da força de trabalho em saúde na década de 90. **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p. 363-382, 2004.



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

PIERANTONI, C. R.; VARELLA, T. C.; FRANÇA, T. Recursos Humanos e Gestão do Trabalho em Saúde: da teoria à prática. **Cadernos RH Saúde**, Brasília, v. 3, n. 1, p. 188, mar. 2006.

RECIFE. Secretaria de Saúde. **Plano Municipal de Saúde: 2006 – 2009**. Recife, 2005.

RECIFE. Secretaria de Saúde. **Região Político-Administrativa**. Recife, 2001.

RECIFE. Secretaria de Saúde. **Caderno de informações: SUS Recife**. Recife, [2007].

RECIFE. Prefeitura. **A cidade do Recife**. Disponível em:  
<<http://www.recife.pe.gov.br/pr/secplanejamento/inforec>>. Acesso em: 10 nov. 2008.

SANTANA, J. P. (Org.). **A gestão do trabalho nos estabelecimentos de saúde**: elementos para uma proposta. Brasília: OPAS, 1994. 138 p. (Série Desenvolvimento de Recursos Humanos, n. 5).

TEIXEIRA, S. M. F. Descentralização dos serviços de saúde: dimensões analíticas. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, n. 2, p. 78-99, 1990.

## **APÊNDICE**

# Apêndice A - Pôster



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
CENTRO DE PESQUISAS AGGUE MAGALHÃES  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE



## Gestão do Trabalho nos Distritos Sanitários: mecanismo de fortalecimento das políticas de gestão do trabalho no âmbito da Secretaria de Saúde da Cidade do Recife

AUTORES: SANTOS Eliane Aguiar Dos ; SILVA , Vângela Costa da  
ORIENTADORA: MEDEIROS, Kátia Rejane de

### INTRODUÇÃO

A descentralização tem sido um dos pilares organizacionais mais enfatizados no processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS).

Por se tratar de um processo dinâmico, tem passado por avanços e retrocessos que geram a necessidade de avaliação e melhoria da administração do sistema por parte dos gestores locais, a partir da definição e aplicação de instrumentos que permitam conhecer os problemas e elaborar estratégias para seu enfrentamento, não deixando de considerar possíveis reformulações de planejamento e abordagem das ações que se fazem necessárias para o avanço deste processo (MOTTIN, 1999).

Assim, a descentralização se sustenta com o fortalecimento das instâncias locais no que concerne à profissionalização dos gestores de trabalho que possuem em sua maioria pouca experiência e qualificação. Une-se a isso a falta de instrumentos que auxiliem na análise dos resultados, por parte desses profissionais, gerando deficiente implementação das diretrizes preconizadas pelo SUS.

Segundo Pierantoni (2006), há um escasso investimento em gestão do trabalho. Via de regra, a força de trabalho é tratada de forma generalizada, onde são ignorados o desempenho e a motivação dos profissionais do setor. Além disso, a crise na prestação do serviço ante as necessidades e cobranças da sociedade, bem como as fragilidades na administração dos serviços, gera como diagnóstico maior demanda de qualificação para o gerenciamento das organizações (SANTANA, 1994).

Dessa forma, pode-se presumir que a evolução desse setor perpassa pela valorização institucional do profissional que o compõe. Considerando sua importância no processo de trabalho, incentivando o conhecimento da legislação e com isso, subsidiando-o para as discussões com os demais trabalhadores de saúde, fazendo o mesmo figurar como agente estratégico da política de gestão (SANTANA, 1994).

Nessa perspectiva, este trabalho investiga o atual contexto da descentralização das ações da Gestão do Trabalho em Saúde, no âmbito dos seis distritos sanitários da Secretaria de Saúde do Recife.

### OBJETIVOS

**Geral:** Investigar e compreender o atual contexto da descentralização das ações da Gestão do Trabalho em Saúde, no âmbito dos distritos sanitários da Secretaria Municipal de Saúde do Recife.

### Específicos:

- Realizar um breve histórico da descentralização das ações de gestão em saúde, com foco na formação dos Distritos Sanitários do Município de Recife;
- Descrever o perfil dos profissionais das instâncias de gestão do trabalho dos distritos sanitários nos últimos quatro anos;
- Apontar os principais desafios e potencialidades da política de descentralização da Gestão do Trabalho no âmbito dos distritos sanitários.

### METODOLOGIA

O presente estudo situa-se no campo da pesquisa descritiva que, segundo Gil (2007), visa descrever características de grupos, como também a descrição de processos na organização.

Utilizou-se a pesquisa de dados secundários, que são aqueles que já se encontram disponíveis, pois já foram objeto de estudo e análise (Gil, 2007). Coletaram-se dados do Sistema de Informação (CONSISTHR) da Prefeitura da Cidade e demais fontes oficiais. Recorreu-se ainda à revisão bibliográfica e pesquisa documental através de portarias e leis municipais, bem como, de publicações oficiais.

Neste estudo, pretendeu-se investigar e compreender o atual contexto da descentralização das ações da Gestão do Trabalho em Saúde no âmbito local. Portanto, optou-se por trabalhar com os distritos sanitários da Secretaria de Saúde da Cidade do Recife, por fazerem parte da divisão político-administrativa da cidade. O foco direcionou-se às gerências operacionais dos distritos sanitários, por tratar-se de área crucial para a obtenção de subsídios para diagnóstico e proposições para o fortalecimento da política de gestão do trabalho da Secretaria de Saúde do Recife, tratando-se assim, de uma amostra por conveniência.

### RESULTADOS

#### História da municipalização e descentralização da Gestão do Trabalho no Recife

A Cidade do Recife possui uma extensão territorial de aproximadamente 220 Km<sup>2</sup>, com uma grande diversidade ambiental. Segundo o IBGE, a estimativa, para 2008, da população residente no município é de 1.549.980 habitantes, sendo 53,6% do sexo feminino.

Seu processo de municipalização/descentralização da gestão do SUS teve início em 1993 e se deu de forma gradual. Com a eleição do ano de 2000, várias correntes iniciam discussões sobre reorganização da assistência à saúde na nova gestão (ALBUQUERQUE, 2003).

Os gestores se vêem, assim, com o dever de alcançar metas que vão além das preconizadas pelo Ministério da Saúde, tendo como foco a aproximação com a comunidade a partir da atenção básica e em áreas até então, esquecidas. Nesse caminho, a maioria das ações finalísticas da Secretaria de Saúde foram descentralizadas para os Distritos Sanitários em 1996 (ALBUQUERQUE, 2003).

#### Organização, estrutura e ações da área de recursos humanos dos Distritos Sanitários

#### Rede de Serviços de Saúde

Abaixo tem-se um quadro geral que demonstra o modelo assistencial do Recife. A rede municipal de saúde tem na atenção básica a maior evolução. O município possuía em 2004, um total de 92 Unidades de Saúde da Família (USF) e hoje, esse número é de 118 USF. O número das Equipes de Saúde Bucal (ESB) no ano de 2004 era de 87 e aumentou para 103 em 2007, demonstrando o investimento nas ações da atenção básica.

Quadro 1: Distribuição da rede municipal de saúde – Recife – Brasil – 2007



Figura 1: Modelo de Atenção à Saúde no Recife

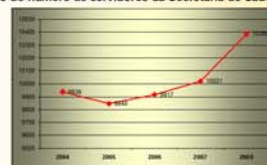


Fonte: Secretaria de Saúde da Cidade do Recife. Caderno de informações SUS Recife, 2001 e 2007

#### Evolução do perfil dos profissionais das instâncias de Gestão do Trabalho dos Distritos Sanitários Recursos Humanos

Conforme pode ser observado, o gráfico 1 revela um aumento do número de servidores da Secretaria de Saúde no período de 2004 a 2008. Este crescimento pode ser justificado pelo acréscimo no quantitativo de unidades de saúde, mediante a municipalização e incorporação do modelo assistencial vigente.

Gráfico 1: Evolução do número de servidores da Secretaria de Saúde – Recife – 2004 a 2008



Fonte: Secretaria de Administração e Gestão de Pessoas (SADGP/PCR), outubro/2008

A tabela 1 apresenta a distribuição do número de servidores em relação ao quantitativo de trabalhadores da Diretoria Geral de Gestão do Trabalho e Gerências Operacionais dos Distritos Sanitários e demonstra que não há uma padronização na relação entre o número de servidores e profissionais da gestão de pessoas, nos respectivos distritos sanitários.

Tabela 1: Distribuição do número total de servidores da Secretaria de Saúde da Cidade do Recife – Recife – 2008

DESCRIÇÃO	Quantidade Geral	Nº Servidores da DGGT e GOGTS*
Distrito Sanitário I	901	08
Distrito Sanitário II	1278	07
Distrito Sanitário III	2249	09
Distrito Sanitário IV	1029	07
Distrito Sanitário V	1736	10
Distrito Sanitário VI	2044	08
Medicina	1256	
DGGT		61
<b>TOTAL</b>	<b>10.814</b>	<b>110</b>

Fonte: Secretaria de Administração e Gestão de Pessoas (SADGP/PCR), 2008

Nota: \* DGGT – Diretoria Geral de Gestão do Trabalho; \*\*GOGTDS – Gerência Operacional de Gestão de Pessoas

A tabela 2 revela que as gerências são ocupadas por pessoas com faixa etária entre 30 e 60 anos e em sua totalidade são do sexo feminino, denotando que a feminização dos trabalhadores de saúde tem alcançado a gestão de recursos humanos (MACHADO, 2006). Nessa mesma linha, a pesquisa sobre Capacidade Gestora de Recursos Humanos, apontou que 70,5% dos responsáveis pela área de RH no Nordeste são do sexo feminino.

Na mesma tabela, observa-se que 83,3% dos gestores de RH possuem escolaridade superior, enquanto que na pesquisa citada este percentual foi de 58,7%, confirmando predominância neste nível de escolaridade.

Apenas um gestor dentre as gerências estudadas, possui pós-graduação. Este dado releva a necessidade de investimento na formação/qualificação, voltado à gestão do trabalho, desses profissionais, dado consoante com a pesquisa. Importante destacar que cerca de 68% dos gestores não possuem vínculo com a Secretaria de Saúde do Recife, nem com outros Órgãos Públicos. Dos que possuem vínculo, 16,5% pertencem a outros órgãos e apenas 16,5% fazem parte do quadro efetivo da prefeitura. Na Região Nordeste 59,1% dos gestores foram contratados especificamente para o cargo (CAPACIDADE, 2004). Dados que fogem do padrão nacional onde 51,5% dos gestores eram estatutários e 27,4% foram contratados para o cargo comissionado.

Tabela 2: Distribuição dos gerentes operacionais de gestão de pessoas dos Distritos Sanitários, por sexo, faixa etária, formação, cargo e órgão de origem – Recife – Brasil – 2008

PERFIL	SEXO	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	90-99
Faixa etária	SEXO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Sexo	Feminino	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Formação	Superior	83,3%	83,3%	83,3%	83,3%	83,3%	83,3%	83,3%
Cargo	Administrativo	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Órgão de origem	Órgão Público	33,3%	33,3%	33,3%	33,3%	33,3%	33,3%	33,3%

Fonte: Sistema de Informação da Prefeitura da Cidade do Recife (CONSISTHR) e Secretaria de Administração e Gestão de Pessoas-Recife, 2008

### CONCLUSÃO/PROPOSTAS

Considerando que a descentralização da gestão do trabalho não pode prescindir a formação/qualificação dos profissionais envolvidos no processo é importante a implementação da política de educação permanente para os gerentes, técnicos e demais profissionais do setor. Para isto, faz-se necessário fortalecer o princípio da intersetorialidade, buscando envolver instâncias educacionais, jurídicas, administrativas, entre outras.

O estudo demonstrou também a necessidade de uma política de educação permanente, mais extensiva para os gestores do trabalho, além de maiores investimentos em tecnologia de informação para os trabalhadores de recursos humanos. Dessa maneira seguem algumas recomendações e proposições do presente estudo:

- Descentralização e reestruturação do sistema de informação CONSISTHR para os distritos sanitários, visto que atualmente os mesmos não têm acesso aos dados, o que dificulta o diagnóstico, o dinamismo das ações e a tomada de decisão;
- Implantação de um sistema de controle de frequência para todos os distritos sanitários, levando-se em consideração os diversos tipos de vínculos existentes;
- Estabelecimento de normas operacionais de gestão do trabalho com abrangência para toda a Secretaria, com ênfase para os distritos sanitários;
- Implementação das metas propostas no Plano Municipal de Saúde 2008/2009 no que concerne à capacitação/especialização dos profissionais de gestão do trabalho;
- Descentralização para os distritos sanitários de ações como: marcação de férias, controle de frequências, acompanhamento de processos, demandas que estão concentradas na Diretoria Geral de Gestão do Trabalho;
- Reavaliação da estrutura organizacional em relação às práticas, sugerindo possíveis reformulações no organograma das gerências, como: criação de cargos e aumento do número de trabalhadores, a partir das necessidades de cada distrito sanitário;
- Valorização da área de gestão do trabalho, por meio de realização de concurso público nesta área. Essa ação é necessária porque os cargos de gestão nos Distritos de Recife são ocupados por postos comissionados. Isso gera alta rotatividade, fragilizando a continuidade das ações no campo da gestão do trabalho;
- Fortalecimento de iniciativas como os encontros mensais entre DGGT e GOGP dos Distritos, para discutir demandas, determinar fluxos e outras resoluções do setor, além de atualizar as gerências, sobre a legislação voltada para a gestão do trabalho.

Por fim, cumpre salientar a importância e necessidade de novas investigações mais aprofundadas que contribuam no diagnóstico, para a consolidação da gestão do trabalho e na educação como estratégias na estrutura dos Distritos Sanitários do Recife.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, P. C. A Educação Popular em Saúde no município de Recife-PE: em Busca da Integralidade. 2003. 179 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2003.

CAPACIDADE: gestores de recursos humanos em unidades locais de saúde em municípios com população superior a 100 mil habitantes: relatório final. Rio de Janeiro: IMS, UERJ, NESECON, 2004.

GIL, A. C. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social 5ª ed São Paulo: Atlas, 2007.

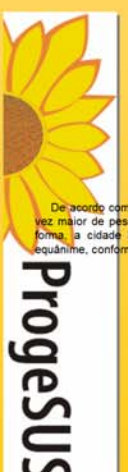
MACHADO, Maria Helena. Trabalhadores da Saúde e sua Trajetória na Reforma Sanitária. In: Cadernos RH Saúde, Brasília, v.3, n.1, p. 188, mar/2006.

MOTTIN, L. M. Elaboração do plano municipal de saúde: Desafio para o município - Um Setúdo no Rio Grande do Sul. Rio de Janeiro, 1999. 159 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1999.

PIERANTONI, C. R. VARELLA, T. C. FRANÇA, T. Recursos Humanos e Gestão do Trabalho em Saúde: da teoria à prática. In: Cadernos RH Saúde, Brasília, mar/ 2006, vol.3, n.1, p. 168.

RECIFE. Secretaria de Saúde. Caderno de informações SUS Recife. Recife, 2007.

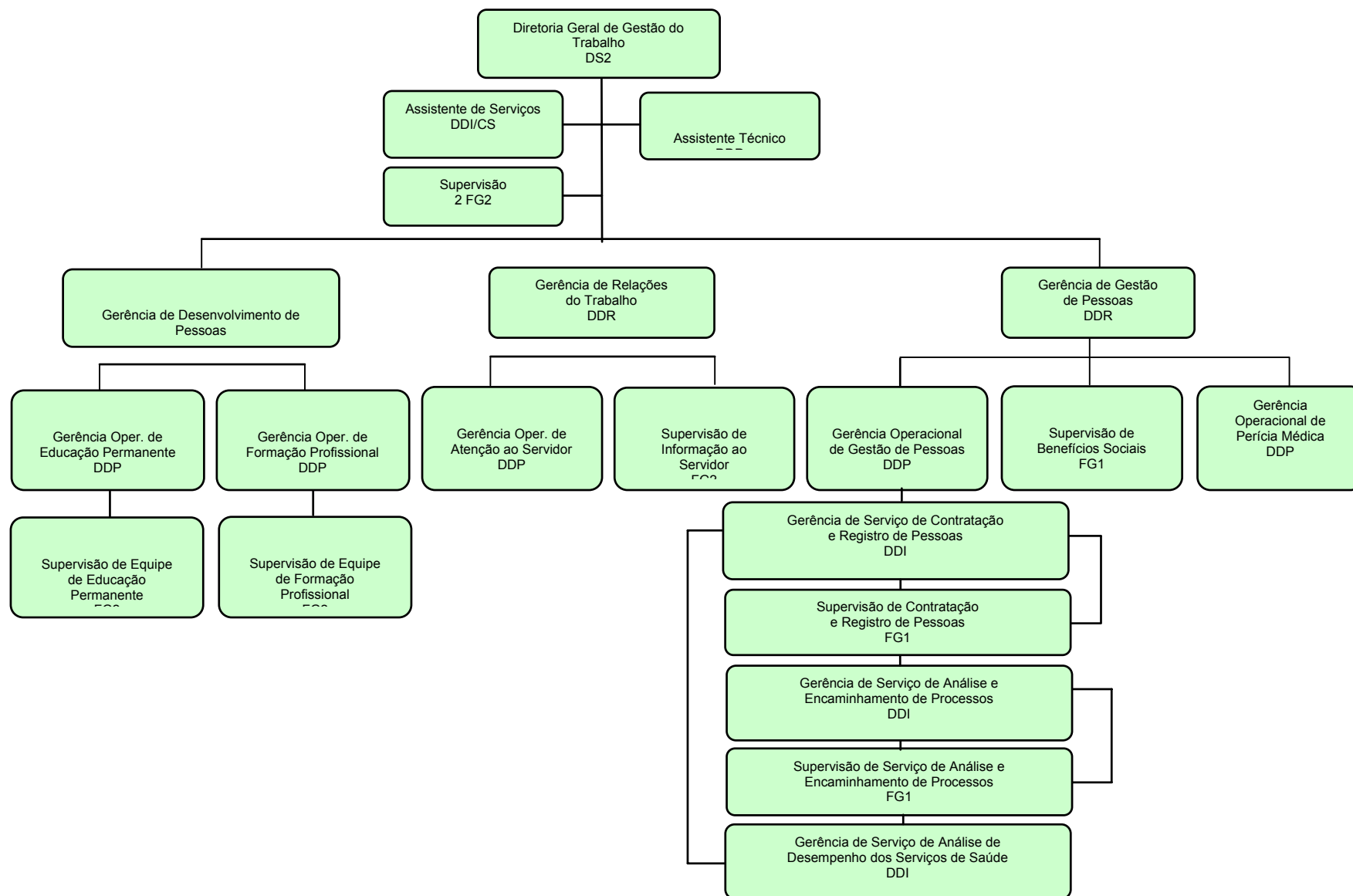
SANTANA, J. P. (Org.) A gestão do trabalho nos estabelecimentos de saúde: elementos para uma proposta. Brasília: OPAS, 1994. 136 p. (Série Desenvolvimento de Recursos Humanos, nº 5).

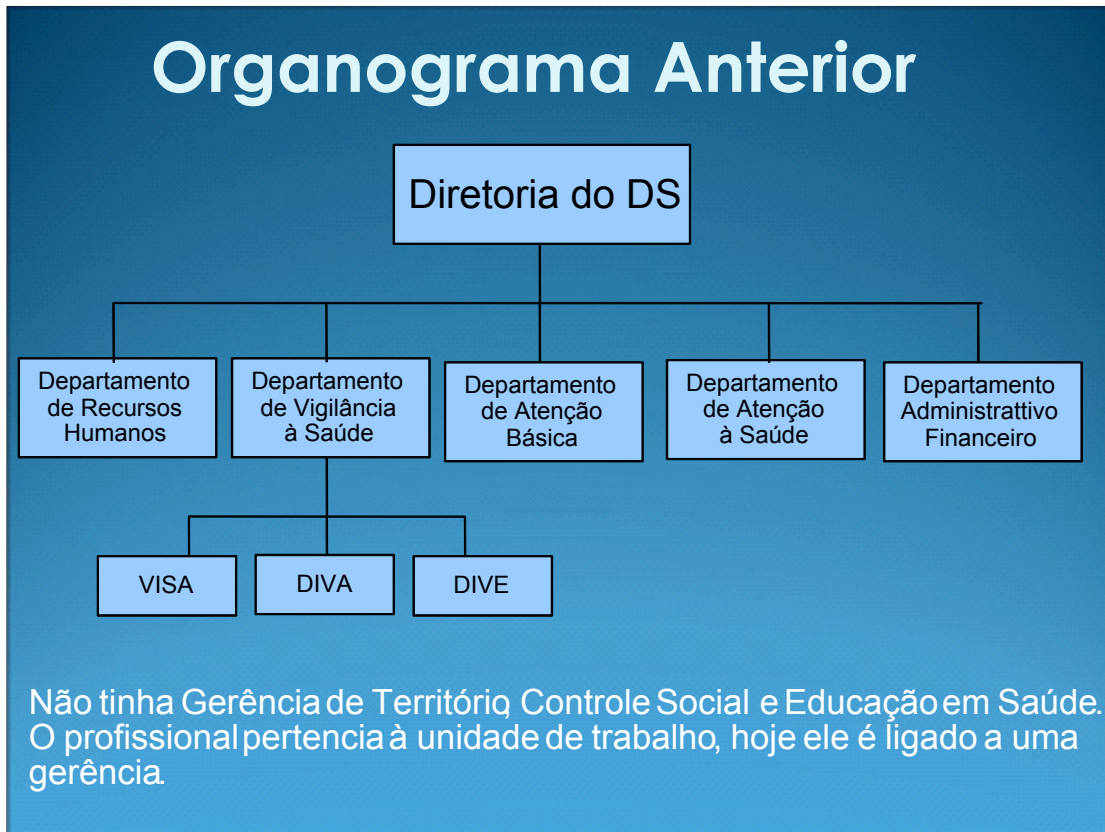


## **ANEXOS**

**Anexo A** - Organograma da Secretaria de Saúde da Cidade do Recife

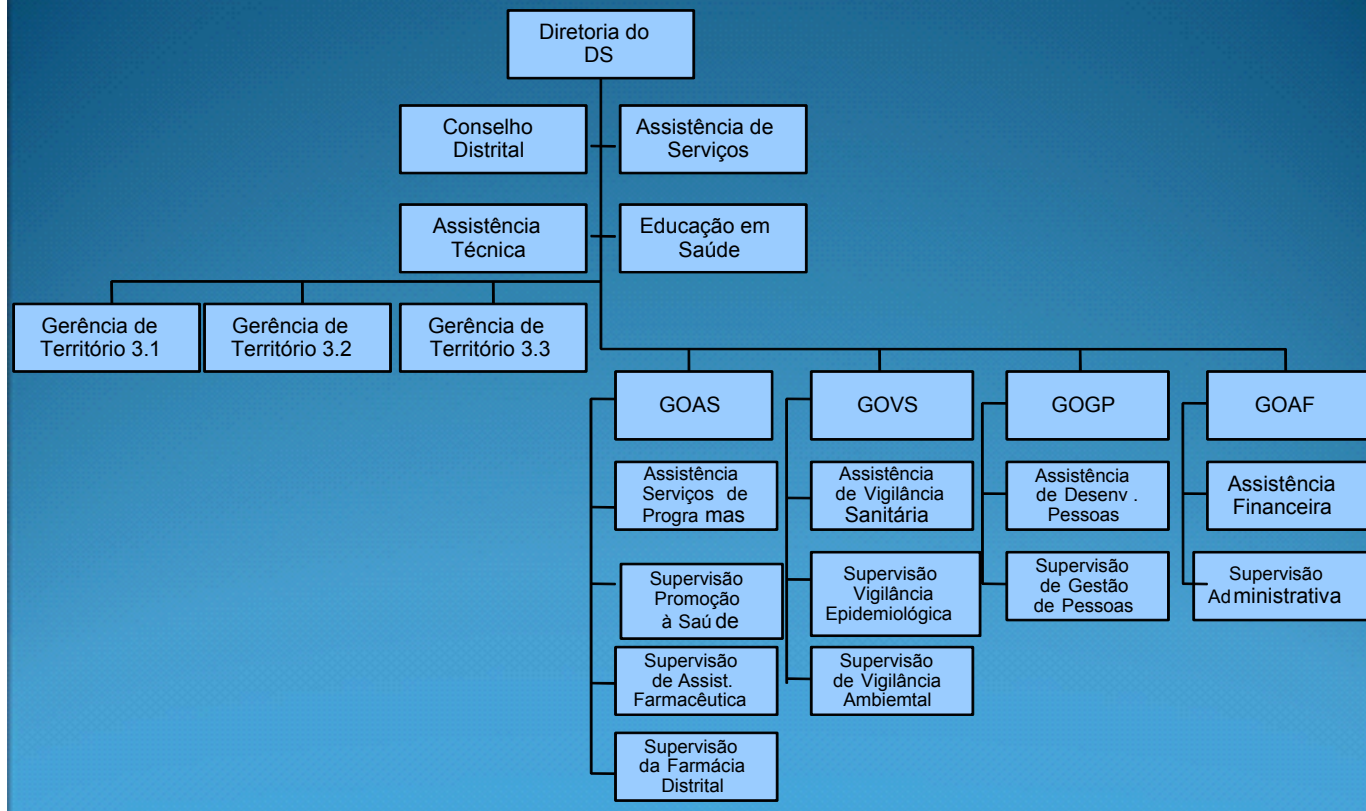
## Anexo B - Organograma da Diretoria Geral de Gestão do Trabalho da Secretaria de Saúde da Cidade do Recife



**Anexo C - Organograma Anterior do Distrito Sanitário da Cidade do Recife**

Anexo D - Organograma Atual do Distrito Sanitário da Cidade do Recife, 2005

# Organograma Atual





## **Anexo E - Lei da Reforma Administrativa do Município do Recife**

### **LEI Nº 17.108/2005**

**EMENTA:** *Dispõe sobre a adequação da estrutura da Administração Direta e Indireta do Município do Recife às novas diretrizes administrativas e consolida atribuições.*

O POVO DA CIDADE DO RECIFE, POR SEUS REPRESENTANTES, DECRETOU, E EU, EM SEU NOME, SANCIONO PARCIALMENTE A SEGUINTE LEI:

### **CAPÍTULO I DAS DIRETRIZES DA ORGANIZAÇÃO ADMINISTRATIVA**

Art. 1º As atividades da Administração Municipal Direta e Indireta e a estrutura de seus órgãos e unidades administrativas deverão ser redefinidas na forma desta Lei, obedecendo às seguintes diretrizes:

- I - otimização da estrutura e do funcionamento da administração com vistas ao atendimento mais eficaz das demandas apresentadas pela sociedade;
- II - racionalização da estrutura administrativa, adaptando os órgãos que compõem a administração do Município às prioridades de governo;
- III - ampliação das atividades dos órgãos da administração, com o aproveitamento eficiente das suas potencialidades;
- IV - valorização dos recursos humanos da municipalidade e sua participação no planejamento e monitoramento da gestão.
- V - Destacar as relações estratégicas extramunicípio, potencializando apoios ao desenvolvimento local.
- VI - Adequar a estrutura administrativa ao modelo de gestão participativa regionalizado, integrando as políticas públicas no processo de planejamento, desenvolvimento, monitoramento dos programas, projetos e ações.
- VII. Reestruturar a atuação da Secretaria de Governo em sua interação com as demais Secretarias com vistas a fortalecer as interlocuções com demandas do Poder Legislativo, setores econômicos, acadêmicos e sociais.

### **CAPÍTULO II DOS ORGANISMOS**

Art. 2º São órgãos da Administração Direta:

- I - Gabinete do Prefeito;
- II - Gabinete do Vice-Prefeito;
- III - Secretaria de Coordenação Política de Governo;
- IV - Secretaria de Assuntos Jurídicos;
- V - Secretaria de Administração e Gestão de Pessoas;
- VI - Secretaria de Finanças;
- VII - Secretaria de Planejamento Participativo, Obras e Desenvolvimento Urbano e Ambiental;
- VIII - Secretaria de Gestão Estratégica e Relações Internacionais;
- IX - Secretaria de Serviços Públicos;
- X - Secretaria da Assistência Social;
- XI - Secretaria de Saúde;
- XII - Secretaria de Educação, Esporte e Lazer;
- XIII - Secretaria de Cultura;
- XIV - Secretaria de Turismo;
- XV - Secretaria de Habitação;
- XVI - Secretaria de Ciência, Tecnologia e Desenvolvimento Econômico;

XVII - Secretaria de Direitos Humanos e Segurança Cidadã.

## SEÇÃO V

### DA SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO E GESTÃO DE PESSOAS

Art. 10. A Secretaria de Administração passa a ser denominada Secretaria de Administração e Gestão de Pessoas, sendo considerada órgão superior, subordinada diretamente ao Prefeito, constituindo o núcleo central do sistema de Recursos Humanos do Governo Municipal.

Art. 11. São atribuições da Secretaria de Administração e Gestão de Pessoas:

- I - planejar, desenvolver e coordenar a política geral de Gestão de Pessoas da administração direta e indireta;
- II - desenvolver estudos e coordenar projetos de modernização administrativa;
- III - planejar e executar políticas relativas a benefícios, desenvolvimento social e saúde ocupacional referentes ao quadro funcional do Município;
- IV - coordenar a aplicação da política de carreiras e remuneração dos servidores públicos municipais;
- V - representar o Poder Executivo na Mesa Municipal de Negociações, juntamente com as secretarias de Coordenação Política de Governo, Finanças, Assuntos Jurídicos, Planejamento Participativo, Obras e Desenvolvimento Urbano e Ambiental, Serviços Públicos, Educação, Esporte e Lazer e Saúde.

Art. 12. É vinculada à Secretaria de Administração e Gestão de Pessoas a Autarquia Municipal de Previdência e Assistência à Saúde dos Servidores, para efeito de supervisão do cumprimento dos fins estatutários, sem prejuízo de suas autonomias administrativa e financeira, observado o disposto nesta lei.

### DA SECRETARIA DE SAÚDE

Art. 27. A Secretaria de Saúde é órgão superior, subordinado diretamente ao Prefeito, constituindo o núcleo central do sistema de saúde do Município.

Art. 28. São atribuições da Secretaria de Saúde:

- I - Estabelecer diretrizes e promover o desenvolvimento da política de saúde, por meio da formulação, execução e monitoramento do Plano Municipal de Saúde;
- II - Manter e melhorar as estruturas físicas das unidades de saúde sob gestão municipal;
- III - Desenvolver ações intersetoriais de promoção da saúde, em articulação com outras secretarias municipais;
- IV - Desenvolver o controle, a avaliação e a auditoria das ações e serviços de saúde sob gestão municipal;
- V - Elaborar, em colaboração com a Secretaria de Assuntos Jurídicos, instrumentos normativos que assegurem a execução de suas metas;
- VI - Garantir a resolatividade do sistema de saúde em cada distrito sanitário, fortalecendo gerências locais, distritais e de unidades;
- VII - Garantir à população o acesso aos serviços de saúde e aos medicamentos;
- VIII - Garantir o exercício do controle social pela população, de acordo com a Lei Federal nº 8.142/90 e resoluções do Conselho Nacional de Saúde;
- IX - Captar recursos para projetos e programas específicos junto a órgãos, entidades e programas internacionais, federais e estaduais;
- X - Viabilizar fluxo permanente de informação entre os setores e diretorias, entre secretarias municipais e junto à população;
- XI - Promover a vigilância à saúde, implementando ações e programas de vigilância ambiental, epidemiológica e sanitária, atuando na fiscalização e controle de serviços, indústrias e comércios de interesse à saúde, bem como exercendo ações de intervenção sobre situações e ambientes de risco;
- XII - Realizar a Conferência Municipal de Saúde, colaborar na realização e participar das

Conferências Estadual e Nacional de Saúde;

XIII - Propor revisão do Código Municipal de Saúde da Cidade do Recife, a cada 10 (dez) anos, ou quando se fizer necessários;

XIV - Exercer outras atividades correlatas com as suas atribuições.

#### SÍNTESE DAS COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES CARGOS COMISSIONADOS E FUNÇÕES GRATIFICADAS

II - Gerente Operacional, símbolo DDP: Comandar uma equipe viabilizando ações específicas, orientar em técnicas apropriadas para ações determinadas, executar ações de operação concreta e bem definida.

**Anexo F - Evolução do número de unidades de saúde por Distritos Sanitários – Recife – 2001 a 2008**

Unidades de Saúde	2005							2008						
	I	II	III	IV	V	VI	TOTAL	I	II	III	IV	V	VI	TOTAL
<b>Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)</b>	1	3	2	2	2	1	11	2	4	2	2	2	3	15
<b>Central Alergologia</b>	1						1	1						1
<b>Centro Reabilitação Fisioterapêutica</b>	1						1	1						1
<b>Centro Testagem DST/AIDS</b>	1						1	1						1
<b>Policlínica</b>		1	2		1	2	6	2	1	3	1	1	2	10
<b>Pronto Atendimento Médico (PAM)</b>	1				2		3	1				1		2
<b>Unidade de Saúde (US)</b>							0	1	2	8	3	4	6	24
<b>Unidade de Saúde da Família (USF)</b>	8	20	23	16	12	28	107	9	19	24	19	15	32	118
<b>Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)</b>		1	1				2		1	1	1			3
<b>Residência Terapêutica Feminina</b>		1		1	1	1	4		1	1	1	1	1	5
<b>Residência Terapêutica Masculina</b>		1	1				2		1	1	1			3
<b>Residência Terapêutica Mista</b>							0		1	1		1		3
<b>Unidade de Cuidados Integrados (UCI)</b>		1					1		1					1
<b>Ambulatório.Especializado da Mulher</b>							0			1				1
<b>Centro de Prevenção, Tratamento e Reabilitação do Alcoolismo (CPTRA)</b>			1				1			1				1
<b>Maternidade</b>			1			1	2			1		1	1	3
<b>Núcleo Integrado de Atenção Psicossocial para Adolescentes (NIAPSA)</b>							0					1		1
<b>Albergue Terapêutico</b>						1	1						1	1
<b>Centro Médico</b>			1				1			1				1
<b>Unidade Pediátrica</b>			1		1		2			1		1		2
<b>Centro Médico Psicopedagógico Infantil (CEMPI)</b>							0					1		1
<b>Centro Saúde</b>	3	2	10	5	6		26							0
<b>Unidade Mista</b>					1	8	9							0
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>30</b>	<b>43</b>	<b>24</b>	<b>26</b>	<b>42</b>	<b>181</b>	<b>18</b>	<b>31</b>	<b>46</b>	<b>28</b>	<b>29</b>	<b>46</b>	<b>198</b>

**Anexo G - Portaria GAB SS/PCR N° 188/07****06/Dez/2007 :: Edição 137 ::****Cadernos do Poder Executivo****■ Secretaria de Saúde**

Secretário: Tereza Campos

PORTARIA GAB SS/PCR N°. 188/07

A Secretária de Saúde do Recife, no uso de suas atribuições legais,

**R E S O L V E:**

Art. 1º Instituir, nos termos desta Portaria, a **Câmara Técnica** de Apoio à Gestão do Trabalho - CTAGT da Secretaria de Saúde.

Parágrafo único. A CTAGT será composta pelos titulares da Diretoria de Gestão do Trabalho, da Gerência de Relações do Trabalho, das Gerências de Gestão do Trabalho dos Distritos Sanitários, das Gerências de Gestão do Trabalho do Sistema de Atendimento Municipal de Urgência - SAMU, da Diretoria Geral de Vigilância Sanitária e do Laboratório Municipal de Saúde, sob a coordenação do primeiro indicado.

Art. 2º Compete à CTAGT:

I - fornecer subsídios para o planejamento do contingente de servidores adequado ao atendimento das necessidades da Secretaria de Saúde, opinando sobre a manutenção, criação e extinção de cargos, bem como sobre a fixação apropriada dos quantitativos de vagas;

II - elaborar e avaliar os indicadores que impactem na política de gestão do trabalho;

III - sugerir regulamentação de casos ainda não previstos nas normas de padronização de procedimentos;

IV - propor critérios para movimentação de servidores, próprios ou postos à disposição do Município, seja por necessidade da Administração seja por solicitação de interessados;

V - fixar parâmetros para a participação de servidores nas atividades de formação, qualificação e capacitação;

VI - analisar denúncias relativas a casos de assédio moral e de quebra de ética no exercício da função pública, bem como quaisquer outros que possam enquadrados como faltas funcionais nos termos da legislação municipal, encaminhando-os à abertura de sindicância ou de inquérito administrativo.

VII - elaborar seu regimento interno.

§ 1º Para o eficiente desempenho de suas funções o CTAGT poderá solicitar informações que julgue necessárias a quaisquer órgãos ou entidades, desde que pertinentes ao seu objeto de trabalho.

§ 2º Com o propósito de subsidiar as discussões do CTAGT a coordenação poderá convidar titulares de órgão ou entidades da Administração Municipal.

Art. 3º A CTAGT reunir-se-á ordinariamente a cada mês e extraordinariamente por convocação de sua coordenação ou do Secretário de Saúde ou a requerimento assinado pela maioria simples de seus membros.

§ 1º As reuniões do CTAGT serão presenciais e registradas em atas, onde se consignará o objeto discutido, bem como as deliberações adotadas pelos seus membros.

§ 2º Os posicionamentos da CTAGT serão expedidos por meio de resoluções a serem publicadas no Diário Oficial do Município.

§ 3º Cada membro do CTAGT tem direito a um único voto, vedado o voto por procuração.

Art. 4º Caberá à Diretoria de Gestão do Trabalho providenciar o suporte necessário à realização das reuniões do CTAGT.

Art. 5º As funções de membro do CTAGT não serão remuneradas, a qualquer título.

Art. 6º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Tereza de Jesus Campos Neta