

**Ministério da Saúde**

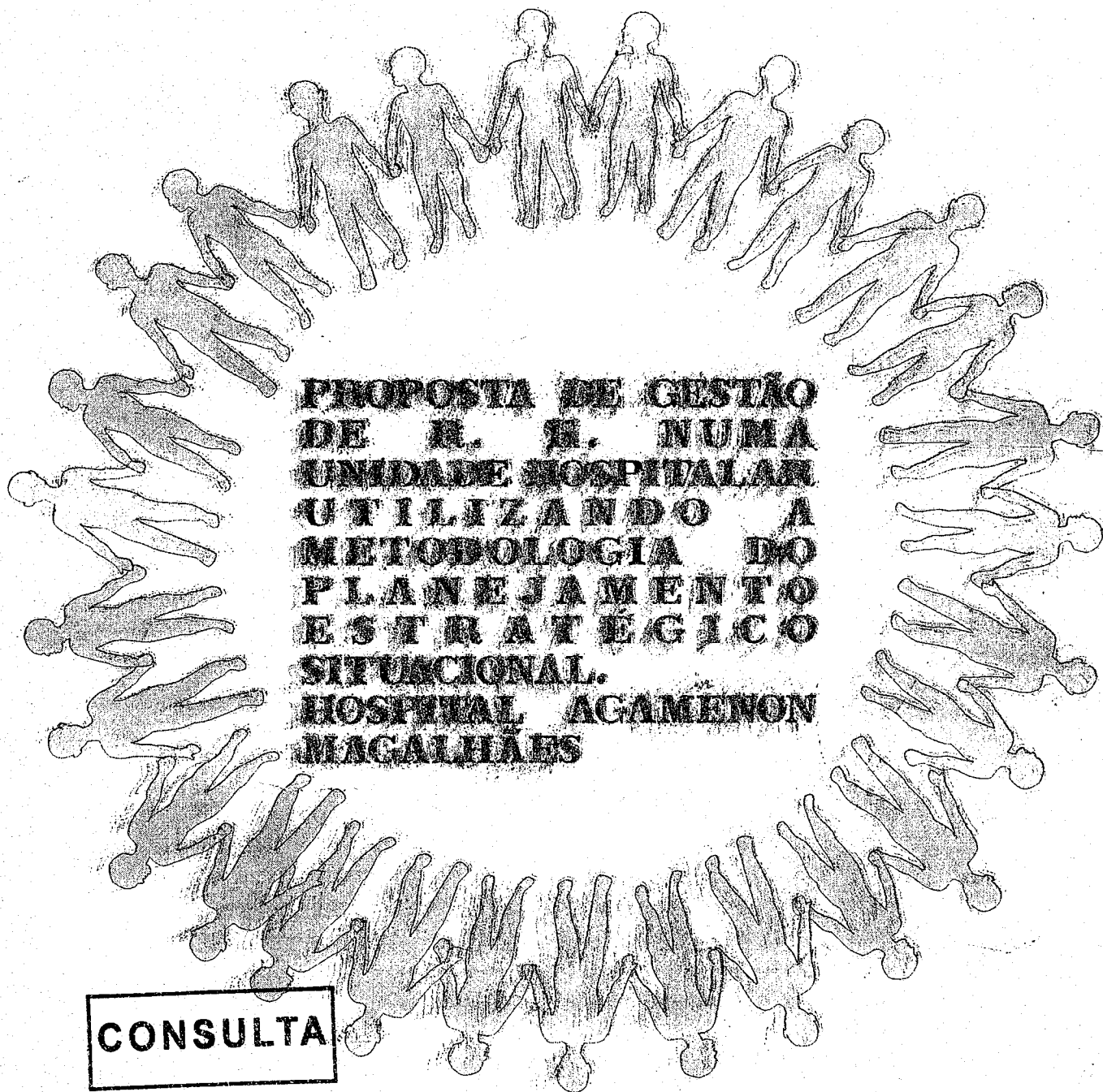
**Fundação Oswaldo Cruz**

**Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães**

**Departamento de Estudo em Saúde**

**Coletiva - NESC**

NESC/FIOCRUZ  
BIBLIOTECA



**PROPOSTA DE GESTÃO  
DE R. H. NUMA  
UNIDADE HOSPITALAR  
UTILIZANDO A  
METODOLOGIA DO  
PLANEJAMENTO  
ESTRATÉGICO  
SITUCIONAL.  
HOSPITAL AGAMENON  
MAGALHÃES**

**CONSULTA**

**Autoras: Elizadete Freire de Souza Barbosa**

**Maria Aparecida Torres de Lucena**

**Recife  
Janeiro 1997**

(043.4)"1997"  
B238p

do NESC/CPqAM/FIOCRUZ

Trabalho apresentado à ~~Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ~~ - NESC, como requisito parcial à obtenção de Título de Especialista em Planejamento e Gestão de Recursos Humanos em Saúde.

---

Orientador: <sup>2</sup>Paulette Cavalcanti Albuquerque

Recife  
Janeiro / 1997

# SUMÁRIO

## 1 - APRESENTAÇÃO

## 2 - INTRODUÇÃO

## 3 - UNIDADE HOSPITAL<sup>PR</sup> - ORGANIZAÇÃO PROFISSIONAL PÚBLICA DE SAÚDE

3.1 - Organizações Profissionais Públicas de Saúde

3.2 - Caracterização do Hospital Agamenon Magalhães

3.3 - Modelo de Gestão de Recursos Humanos Flexível

## 4 - PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL - PES

4.1 - Considerações Iniciais

4.2 - Passos Metodológicos

4.3 - Anexos

## 5 - CONCLUSÕES

## 6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

## 1. APRESENTAÇÃO

O presente trabalho objetiva, além da obtenção do Título de Especialista em Planejamento e Gestão de Recursos Humanos em Saúde, propor uma nova forma de olhar e intervir na gerência dos recursos humanos de uma unidade hospitalar.

Primeiramente, tentaremos resgatar historicamente a evolução da política de saúde nos últimos 20 anos visando situar as transformações que o hospital vivenciou durante este período.

Posteriormente, buscando <sup>na</sup> fundamentação teórica no bójo das teorias das organizações e dos estudiosos em administração e gestão em saúde, caracterizar a unidade hospitalar, objeto de nossa ação.

Finalmente, enfocaremos os passos metodológicos traçados para aplicação do Planejamento Estratégico Situacional na Gestão dos Recursos Humanos da unidade hospitalar.

## 2. INTRODUÇÃO

As políticas e instituições de saúde desempenharam um papel histórico na ordem socio-política brasileira.

Durante o período do “milagre” (1968-1974), a centralização e a concentração do poder institucional estavam presentes, aliando uma prática de campanhismo e curativismo numa estratégia de medicalização social. A saúde era concebida como bem de consumo, especialmente um bem de consumo médico. Neste período, aconteceram várias construções e reformas de clínicas e hospitais privados (crescimento do setor empresarial de serviços médicos), com financiamento governamental, em detrimento aos recursos destinados aos serviços públicos.

Em 1967, foi criado o Instituto <sup>INPS</sup> Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS, que unifica a assistência médica dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's) estendendo a cobertura para todo mercado de trabalho formal, incluindo aqueles segmentos autônomos ou informais que desejassem se filiar ao Sistema.

O INAMPS articulava-se ao setor privado, com quem celebrava contratos e convênios para a prestação da assistência médica (70% de todos os médicos do país eram credenciados pelo referido órgão).

Os serviços próprios do INAMPS sempre foram bem referendados na área médica por prestarem serviços de alto nível e disporem de tecnologias avançadas.

Segundo Marsiglia, 1993, p. 398, as bases organizativas do INAMPS derivam de:

“Uma cultura de caráter burocrático, normas e procedimentos bem definidos e com limite do poder de arbítrio da Chefia sobre o funcionalismo”.

O Sistema Federal, representado pelo INAMPS, era o núcleo com o maior poder político e de recursos do setor de saúde.

Sua organização tinha funções e papéis definidos e não dependia de injunções que pudessem ocorrer na administração central ou nas políticas. Seus serviços eram dotados de autonomia técnica local que viabilizava definições a nível particular, realizada sobretudo pelo profissional médico.

Nos meados dos anos 70, instala-se a crise político-financeira do modelo assistencial estabelecida nos anos anteriores, e os serviços de saúde tornam-se foco da crise da política social.

A criação do Conselho de Administração da Assistência Médica da Previdência Social - CONASP promulga as diretrizes básicas da descentralização das ações de saúde, as quais foram implantadas através do Programa de Ações Integradas de Saúde - AIS (1983/1985). Este Programa objetivava a valorização dos serviços públicos, integrar instituições na prestação de serviços e quebrar a lógica da compra de serviços prestados.

Na nova república (1986/1987), foram implantadas as bases para o funcionamento do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS (1987). Entretanto, as proposições de uma mudança estrutural no então modelo de assistência médica através da Reforma Sanitária, enfrenta dificuldades políticas de viabilização destacando-se o confronto de interesses econômicos no campo da saúde.

Estudos apontam que do período das AIS ao SUDS, a descentralização restringiu-se à descentralização administrativa (transferências negociadas mediadas por instrumento convenial) não sendo acompanhada de um modelo gerencial capaz de organizar o trabalho no âmbito local. A queda da qualidade dos serviços foi visível, principalmente nas regiões metropolitanas. As crises econômica e fiscal acarretaram perdas salariais para os profissionais de saúde do setor público, que, dada a ausência de mecanismos de controle, compensavam as perdas com o multi-emprego, em expansão na rede privada, que evoluía graças à crise da qualidade dos serviços do INAMPS.

Dois eventos institucionais importantes constituem marco de referência no caminho para a Reforma Sanitária no Brasil: VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) e a Constituição de 1988 que institui o Sistema Único de Saúde - SUS, dando continuidade na trajetória de descentralização.

O SUS buscou estabelecer um sistema de transferência de recursos federais de forma a financiar as ações de saúde das esferas locais de Governo e estes deverão realizar a gestão administrativa do sistema. Ao Governo Federal, através do Ministério da Saúde competia a atuação normativa e fiscalizadora. Através da Lei nº 8162 de 08.01.91 foi extinto o INAMPS e seu funcionalismo passa a integrar o quadro do Ministério da Saúde.

A crise econômica do país, instalada a partir de 1990 e as restrições no gasto com saúde, além das regras rígidas para repasse de recursos para estados e municípios criaram sérias dificuldades na viabilização do SUS. Os estabelecimentos de saúde (públicos e privados) embora recebendo os recursos relativos às AIH's referentes aos serviços prestados, não possuíam autonomia para implantar regras flexíveis de gestão.

mal redigido

Quanto à área de Recursos Humanos, não existe efetivamente uma política no SUS que contemple a gestão dos trabalhadores de saúde com vínculos contratuais diferentes, salários, jornadas de trabalho e culturas organizacionais diversas.

Historicamente, o Hospital Agamenon Magalhães advindo do ex-Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Industriários - IAPI passou a integrar o patrimônio da rede hospitalar própria do INAMPS. Durante os anos de 1967 a 1989, este Hospital foi gerenciado pelo Governo Federal, sendo seu quadro de pessoal exclusivamente de vínculo federal. A partir da implantação do SUS - PE, o Hospital passou a ser gerenciado pela Secretaria Estadual de Saúde.

Durante os últimos seis anos, como reflexo da crise financeira do setor de saúde, bem como, do despreparo dos trabalhadores para acatar as mudanças do novo modelo assistencial, profundas transformações ocorreram no quadro de pessoal da unidade.

Por outro lado, o Programa de Reforma Administrativa proposto pelo Ministério da Administração e Reforma do Estado - MARE, gerou um clima de insegurança e instabilidade nos servidores federais. Muitos dos funcionários do ex-INAMPS anteciparam seus pedidos de aposentadoria e outros solicitaram aposentadoria proporcional.

Em contraponto a este esvaziamento no quadro de lotação, o Estado não repôs em quantidade suficiente o efetivo necessário para que o atendimento à clientela não sofresse prejuízos.

Atualmente, a composição do Hospital é quase paritária no número de funcionários federais e estaduais. Muitos setores carecem quase que completamente de pessoal qualificado.

A situação não sofreu maiores agravos face a não adesão da maioria dos eleitos ao Plano de Demissões Voluntárias - P.D.V.

Existe na unidade uma situação de desvio de função em decorrência da inexistência de um Plano de Ascensão Funcional do pessoal de nível Federal, acentuada pela carência de pessoal qualificado para execução de determinadas tarefas imprescindíveis na unidade.

De modo geral, existe uma insatisfação do funcionalismo dos diversos vínculos quanto a uma política para R.H. que contemple melhores condições de trabalho e remuneração, programas de capacitação e educação permanente além de incentivos ao melhor desempenho com vistas à melhoria da qualidade dos serviços prestados à clientela.

### 3. UNIDADE HOSPITALAR - ORGANIZAÇÃO PROFISSIONAL PÚBLICA DE SAÚDE

#### 3.1. AS ORGANIZAÇÕES PROFISSIONAIS PÚBLICAS DE SAÚDE:

A complexidade das Organizações determina múltiplas teorias para sua análise. Face a esta dificuldade existe um consenso em definir as organizações a partir de elementos apresentados que facilitam a sua caracterização.

Braga Neto (1991) identifica a coexistência de duas dimensões essenciais no interior das organizações:

“A esfera técnica, corresponde à visão da organização enquanto um sistema racionalmente estruturado com vistas à consecução de determinados objetivos específicos e outra relaciona-se à compreensão da organização enquanto um sistema social, cujo funcionamento está condicionado à interação com o ambiente e a obtenção da cooperação dos diferentes grupos e indivíduos membros da organização, imperando em um cenário de conflito de valores e de interesses, mais do que a racionalidade técnica, o jogo do poder e as decisões políticas orientadas”

Mintzberg (1981) desenvolve uma tipologia das organizações e a partir da interrelação de alguns atributos apresenta diferentes configurações organizacionais, dentre estas destacamos a Burocracia Profissional ou Organização Profissional.

O funcionamento destas organizações depende das habilidades e saberes de profissionais obtidos através de um longo processo de formação. Os padrões da burocracia profissional têm suas origens fora da estrutura organizacional, isto é, nas associações profissionais aos quais pertencem. Esta enfatiza a autoridade de natureza profissional: “o poder do expert”. A autonomia relativa de que usufruem estes profissionais tende a favorecer a segmentação em grupos com interesses divergentes o que dificulta as propostas de mudança organizacional na unidade.

O ambiente destas organizações é geralmente complexo, embora estável. Sua estrutura tem sua matriz no “Centro de Operações”, onde estão os especialistas. Os setores de apoio e administrativos são criados a partir desse Centro. Os dirigentes desempenham um papel limitado, restringindo-se à mobilização dos recursos e das condições mais adequadas para o funcionamento da organização. São exemplos destas organizações profissionais, os hospitais, as universidades, firmas de serviços profissionais.

No caso específico das organizações profissionais de saúde, os hospitais, poderíamos destacar outros caracteres.



A crescente profissionalização ocorrida nas instituições de saúde vem agregar outros profissionais com atuação complementar além da enfermagem (psicólogos, odontólogos, assistentes sociais, fonoaudiólogos, nutricionistas e outros) acentuando os conflitos, emergente da relação vertical de trabalho que garante historicamente aos médicos a direcionalidade técnica do processo de trabalho.

Segundo Dussault, nas organizações sanitárias:

“Os serviços produzidos atendem às necessidades multidimensionais e cuja definição varia em função da classe social e das representações da saúde, doença e da morte, da clientela (crianças, velhos, homens e mulheres) e do tipo de problema (agudo, crônico)”

Por outro lado, no contexto da modernidade das relações sociais, o usuário adquire uma maior consciência individual e coletiva de suas necessidades e direitos sociais. Estes passam a advogar suas próprias reivindicações em lugar da intermediação antes feita pelos profissionais, sobretudo os médicos, que se julgam conhecedores das carências dos pacientes.

Outra característica relevante no âmbito das organizações profissionais consiste na heterogeneidade dos trabalhadores envolvidos e dos vários processos de trabalho. Encontramos nas Unidades Hospitalares uma variada gama de serviços:

- Serviços gerais: lavanderia, limpeza, segurança, etc;
- Serviços de apoio técnico-administrativo: almoxarifado, registro, transporte, etc;
- Serviços administrativos: contabilidade, planejamento, gerenciamento, etc;
- Serviços de diagnose: laboratório, radiodiagnóstico, medicina nuclear, etc;
- Serviços finais de diagnose, terapia e cuidados com os pacientes: consultas, tratamentos, etc.

A tendência atual é a terceirização dos serviços gerais, laboratoriais e de dietoterapia.

Quando estas organizações profissionais estão inseridas no setor de prestação de serviços públicos sofrem a forte dependência do ambiente sociopolítico, sendo seu funcionamento regulado externamente: mandato, objetivos e financiamento fixados por autoridade externa - o Governo.

Nestas organizações profissionais públicas de saúde coexistem uma gama de interesses, o que torna conflitivos os seus objetivos e condiciona seu padrão de produção de serviços. Convivem com a contradição entre: o dever de atender e a limitação dos recursos.

O gerenciamento dos recursos humanos é centralizado, hierarquizado e padronizado em rotinas burocráticas.

O modelo de administração científica adotado segue as recomendações Taylorista e Fordista: rígida divisão do trabalho, controle por processos, especialização, separação entre o trabalho manual x trabalho intelectual, etc.

As Chefias possuem profissionalização insuficiente e sendo o clientelismo típico nos serviços públicos, as funções de Chefia são exercidas na base da confiança e estão sujeitas à injunções e indicações políticas.

Os servidores descomprometidos com o produto final do seu trabalho: atendimento à clientela, alegam baixa remuneração, falta de condições de trabalho e de outros incentivos para melhoria do desempenho.

*falta mais  
análise  
qualitativa  
"opinião do  
grupo sobre  
os números"*

### 3.2. CARACTERIZAÇÃO DO HOSPITAL AGAMENON MAGALHÃES

O Hospital Agamenon Magalhães é considerado uma Unidade de Alta Complexidade e possui a capacidade instalada para trezentos e cinquenta leitos (350) além de sessenta e uma (61) macas nas Emergências: Geral/SPA e Cardiológica. Entretanto, sua ocupação real está em torno de trezentos e onze (311) leitos distribuídos para várias clínicas: Médica, Cirúrgica Geral, Obstétrica, Pediátrica, Cardiológica, Ginecológica, Otorrinolaringológica, Oftalmológica, Plástica, Vascular, Endocrinológica.

Possui trinta e sete (37) ambulatórios que funcionam em dois (2) turnos de atendimento, oito (8) salas cirúrgicas e três (3) para pequenas cirurgias, além de cinco (5) salas de parto.

Quanto ao perfil da Unidade, este não se encontra ainda definido, muito embora que algumas das especialidades estão associadas aos primórdios da prestação da assistência à clientela, tais como: Cirurgia Geral, Obstetrícia, Ginecologia e Clínica Médica. Alguns dos serviços são referência na rede estadual e regional de saúde, a exemplo da Oftalmologia, Cardiologia, O.R.L. e outros.

O setor de Cardiologia é a mais recente especialidade da Unidade, implantada em 1995, com tendências a uma grande expansão. Possui serviços de: emergência, clínica, hemodinâmica, UTI-coronariana e perspectivas de cirurgias cardíacas.

Observa-se na Unidade uma variada gama de serviços, alguns pouco integrados ao contexto geral das ações, o que ocasiona uma fraca precisão na missão da Unidade.

O Hospital tem uma estrutura organizacional bastante complexa e hierarquizada (ver Organograma), com dois (2) Departamentos: Médico-Assistencial e Administrativo e a esses vinculadas várias Divisões, a partir da agregação de objetivos. Relacionados diretamente com a Diretoria, temos a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA, o Centro de Estudos e Aperfeiçoamento Profissional - CEAP, a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH, Comissão de Licitação e Comissão de Ética Médica.

Nesta estrutura organizacional encontramos vários níveis de gerência; chefias de setores e seção, chefias de divisões, chefias de departamentos e finalmente direção da Unidade. O modelo demonstra uma rígida divisão de trabalhos, fragmentação de processos além da verticalização na estrutura do poder.

Em termos de Recursos Humanos, temos uma força de trabalho na ordem de hum mil setecentos e trinta e quatro (1734) trabalhadores de saúde. Quanto à composição dessa força, por nível de escolaridade, temos:

<b>NÍVEL SUPERIOR</b>	<b>Nº DE FUNCIONÁRIOS</b>
Superior	566
Médio	601
Elementar	567
<b>TOTAL</b>	<b>1734</b>

No que diz respeito ao vínculo empregatício, nota-se uma grande diversidade, aspecto relevante a ser considerado no gerenciamento:

<b>VÍNCULOS</b>	<b>Nº DE FUNCIONÁRIOS</b>
M. S.	736
FUSAM	634
ESTADO	64
CONTRATO	63
<b>TOTAL</b>	<b>1497</b>

Além dos trabalhadores desses vínculos contratuais, para a prestação de serviços gerais e de segurança dispomos de duzentos e trinta e sete (237) terceirizados pertencendo a três (3) empresas.

Dos trabalhadores de saúde, 60,55% são profissionais de saúde, sendo o maior percentual, os de nível superior - 53,42%.

A categoria profissional que se destaca quantitativamente são os médicos - trezentos e sessenta e hum (361), distribuídos em várias especialidades; observa-se que em algumas existe maior concentração de profissionais, exatamente as de maior expressão no contexto hospitalar. O excesso de especialidades no campo da medicina fragmenta os processos de trabalho e cria verdadeiros "feudos" na disputa de espaço na organização.

<b>ESPECIALIDADES</b>	<b>Nº DE PROFISSIONAIS</b>
Anatomo-Patologia	01
Anestesia	24
Cardiologia	64
Cirurgia Geral	29
Cirurgia Plástica	06
Cirurgia Vascular	06
Clínica Médica	45
Endocrinologia	06
Endoscopia	03
Fisiatria	01
Ginecologia	18
Hematologia	01
Imagiologia	15
Medicina do Trabalho	04
Neurologia	02
Obstetrícia	53
Oftalmologia	18
Otorrinolaringologia	10
Pediatria	36
UTI	14
<b>TOTAL</b>	<b>361</b>

No nível médio há o destaque para os auxiliares de enfermagem - quatrocentos e quarenta e sete profissionais (447).

Os trabalhadores são predominantemente do sexo feminino - 67,8% o que se justifica pela natureza de algumas profissões (Enfermagem, Nutrição, Serviço Social, Psicologia, Fonoaudiologia e outras) inseridas no setor saúde, além da evolução da participação feminina na força de trabalho no Brasil nos últimos dez (10) anos.

Quanto à faixa etária, observa-se uma maior concentração nas faixas de 30 a 35 anos (32,48%) e de 40 a 45 anos (33,74%), o que evidencia uma fase de vida de maior experiência profissional.

Em relação ao tempo de serviço há uma maior concentração atualmente, na faixa de cinco (5) anos de serviço (40,72%), em decorrência das últimas contratações pela Secretaria de Saúde do Estado. Por outro lado, durante os últimos dois (2) anos aconteceram cerca de cento e cinquenta (150) aposentadorias dos funcionários com vínculo federal.

O contingente da força de trabalho existente na Unidade, bem como o nível de heterogeneidade e complexidade da composição dessa força, necessitaria de um núcleo que agregasse todas as funções de Recursos Humanos.

Na Unidade, contamos apenas com a Seção de Pessoal, constituída de quatro (4) funcionários, sendo o serviço desinformatizado e sem mecanismo de controle para o gerenciamento dos R.H.

Além das limitações nas atribuições da Seção de Pessoal, as ações de desenvolvimento de R.H. são fragmentadas encontrando algum apoio na realização de cursos e treinamento no Centro de Estudo. Este, por sua vez, é responsável pela Residência e estágio em diversas áreas profissionais.

Sendo o HAM credenciado pelo Ministério da Educação como instituição de docência, o volume de escolas de nível superior e médio que recebemos como campo de prática é bastante elevado ( em média, duzentos (200) estagiários/ano).

Desenvolvemos programas de Residência nas especialidades de Cirurgia Geral, Clínica Médica, Endocrinologia, Ginecologia/Obstetrícia, Cirurgia Plástica, Cirurgia Vascul ar e Cardiológica, num total de quarenta e quatro (44) residentes.

Vale também salientar que o Hospital é centro de referência para treinamento das equipes da rede de saúde Estadual e Municipal, nas áreas de Planejamento Familiar, Controle de Infecção, Aleitamento Materno e Maternidade Segura.

Face a esta demanda e diversidade de ações no que se refere a Desenvolvimento de R.H. e a ausência de um setor na estrutura para lidar com seu funcionamento, não há nenhuma programação que contemple as necessidades dos trabalhadores existentes nessa Unidade.

título, DATA.

1) Trabalhadores de Nível Superior do HAM por exteuso

CATEGORIA PROFISSIONAL	VÍNCULO					TOTAL	ÁREA DE ATUAÇÃO DEPARTAMENTO MÉDICO ASSISTENCIAL					
	I	F	E	C	TOTAL		Divisão Clínica Cirúrgica	Divisão Pac. Externos	Divisão de Med. Interna	Div. Diag. e Tratam.	Divisão de Enferm.	Divisão de Apoio Técnico
Médico	166	148	35	12	361	151	47	140	22	-	01	
Enfermeiro	24	28	01	19	72	-	-	-	-	172	-	
Fisioterapeuta	02	06	-	-	08	-	-	-	08	-	-	
Farmacêutico	01	08	02	-	11	-	-	-	01	-	10	
Tec. Lab. Nível "U"	12	35	-	01	48	-	-	-	48	-	-	
Assistente Social	01	03	-	-	04	-	-	-	-	-	04	
Enfermeiro do Trabalho	-	02	-	-	02	-	-	-	-	02	-	
Nutricionista	11	08	-	-	19	-	-	-	-	-	19	
Odontólogo	07	07	02	01	17	-	17	-	-	-	-	
Médico do Trabalho	-	04	-	-	04	-	04	-	-	-	-	
Fonoaudiólogo	-	05	01	-	06	-	-	-	06	-	-	
Psicólogo	02	03	02	-	07	-	-	-	07	-	-	
Terapia Ocupacional	01	01	-	-	02	-	-	-	02	-	-	
<b>TOTAL</b>	<b>227</b>	<b>258</b>	<b>43</b>	<b>33</b>	<b>561</b>	<b>151</b>	<b>68</b>	<b>140</b>	<b>94</b>	<b>74</b>	<b>34</b>	

fonte:

2) Trabalhadores de Nível Médio Setor Saúde - HAM

CATEGORIA PROFISSIONAL	VINCULO				TOTAL	ÁREA DE ATUAÇÃO						
	INAMPS	FUSAM	ESTADO	CONT. FUSAM		DEPARTAMENTO MEDICO ASSISTENCIAL						
						Divisão Clínica Cirúrgica	Divisão Pacientes Externos	Divisão de Med. Interna	Divisão Diagn. e Tratam.	Divisão de Enferm.	Divisão Apoio Técnico	
01. Aux. Enferm.	138	282	03	24	447	-	-	-	-	-	447	-
02. Aux. Câmara Clara/Escura	-	03	-	01	04	-	-	-	04	-	-	-
03. Aux. de Nutrição	-	01	-	-	01	-	-	-	-	-	01	-
04. Aux. Enferm. Trabalho	-	02	-	-	02	-	-	-	-	-	02	-
05. Laboratorista	02	01	-	-	03	-	-	-	03	-	-	-
06. Téc. Laborat.	11	-	-	-	11	-	-	-	11	-	-	-
07. Téc. em RX	10	06	-	-	16	-	-	-	16	-	-	-
08. Agente de Saúde	-	01	04	--	05	-	-	-	-	-	05	-
<b>TOTAL</b>	161	296	07	25	489	-	-	-	34	-	455	-



**4.2 TRABALHADORES CATEGORIAS ATÍPICAS AO SETOR SAÚDE -  
FUNCIONÁRIOS**

CATEGORIA	NÍVEL DE ESCOLARIDADE			
	SUPERIOR	MÉDIO	ELEMENTAR	TOTAL
01. Ascensorista	-	-	08	08
02. Administrador	03	-	-	03
03. Ag. Portaria	-	-	19	19
04. Ag. Vigilância	-	-	32	32
05. Ag. Administrativo	-	83	-	83
06. Ag. Serv. Complementar	-	-	02	02
07. Art. Carp. Marcenaria	-	-	01	01
08. Art. Elet. Comum	-	-	11	11
09. Art. Esp. Obj. Metal	-	-	01	01
10. Art. Marc. Carpint.	-	-	01	01
11. Art. Mecânica	-	-	02	02
12. Artífice	-	-	02	02
13. Assist. Adm.	-	05	-	05
14. Aux. Adm.	-	09	-	09
15. Aux. Copa/Coz.	-	-	03	03
16. Aux. Op. Serv. Diversos	-	-	176	176
17. Aux. Rouparia	-	-	03	03
18. Aux. Serv. Administ.	-	09	-	09
19. Aux. Serviço	-	-	16	16
20. Carpinteiro	-	-	01	01
21. Cozinheiro	-	-	02	02
22. Datilógrafo	-	05	-	05
23. Eletricista	-	-	04	04
24. Engenheiro	02	-	-	02
25. Pedreiro	-	-	01	01
26. Motorista	-	-	20	20
27. Recepcionista	-	-	02	02
28. Telefonista	-	-	19	19
29. Téc. Seg. Trabalho	-	01	-	01
30. Vigia	-	-	04	04
<b>TOTAL</b>	<b>05</b>	<b>112</b>	<b>330</b>	<b>447</b>

**OBS.:** Por vínculo empregatício:

INAMPS - 348

Estado - 14

FUSAM - 80

Contrato - 05

*O que é isso?  
ou tem sentido*

**4.1. TRABALHADORES CATEGORIAS ATÍPICAS AO SETOR SAÚDE -  
TERCEIRIZADOS**

CATEGORIA	NÍVEL DE ESCOLARIDADE			
	SUPERIOR	MÉDIO	ELEMENTAR	TOTAL
01. Almojarife	-	-	02	02
02. Aux. Administrativo	-	01	-	01
03. Atendente	-	-	01	01
04. Aux. Cozinha	-	-	02	02
05. Aj. de Eletrônica	-	-	01	01
06. Aj. Geral	-	-	02	02
07. Aj. Pedreiro	-	-	01	01
08. Aj. Pintura	-	-	01	01
09. Aj. Mecânico	-	-	01	01
10. Aj. Serralheiro	-	-	01	01
11. Aj. Refrigeração	-	-	01	01
12. Ch. Manutenção	-	-	01	01
13. Cozinheiro	-	-	06	06
14. Copeiro	-	-	11	11
15. Doceiro	-	-	01	01
16. Eletricista	-	-	05	05
17. Encanador	-	-	06	06
18. Escrivão	-	01	-	01
19. Maqueiro	-	-	06	06
20. Marceneiro	-	-	02	02
21. Mecânico	-	-	01	01
22. Pedreiro	-	-	02	02
23. Pintor	-	-	02	02
24. Servente	-	-	160	160
25. Serralheiro	-	-	01	01
26. Téc. Refrigeração	-	-	01	01
27. Téc. Oxigênio	-	-	01	01
28. Vigilantes	-	-	14	14
<b>TOTAL</b>	-	<b>02</b>	<b>235</b>	<b>237</b>

**OBS.:** Trabalhadores vinculados às empresas prestadoras de serviço no HAM.

BC - Manutenção

SOSERVI - Limpeza

Guararapes - Zeladoria

São Mateus - Cozinha

Guardiões - Serviço Vigilância

### 3.3. MODELO DE GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS FLEXÍVEL

A identificação de novos modelos de gestão vem constituindo na saúde uma preocupação dos seus dirigentes e técnicos. Entretanto, esses novos modelos não passaram do discurso, pois os principais atores organizacionais até agora não privilegiaram instrumentos de gestão que de fato descentralizem poder, dando autonomia e responsabilidade a quem realiza a prestação de serviços.

É necessário mudar a lógica. Não basta privilegiar a questão da qualificação e da capacitação, mas sim modelos de gestão que viabilizem as relações entre os indivíduos, os profissionais e a organização.

A importância dos recursos humanos e de sua gestão na produção dos serviços de saúde é reconhecida pelo conjunto dos trabalhadores e dirigentes de saúde. O serviço de saúde estabelece um processo interativo entre quem produz e quem consome. Do lado do produtor, o processo é cooperativo, pois cada trabalhador pode executar uma parte da tarefa, mas integrada com as demais orientações para um objetivo comum: o atendimento ao cliente.

Considerando as características das organizações de saúde como organizações profissionais, não será produtivo formalizar processo de produção nem instaurar uma coordenação autoritária, a burocracia e a centralização excessiva ou a autonomia sem imputabilidade poderão gerar organizações incapazes de desempenhar seu papel. Sendo organizações profissionais, devem ser flexíveis, capazes de responder às exigências mutáveis, facilitar o trabalho autônomo dos prestadores e ao mesmo tempo garantir coerência com os objetivos organizacionais.

O tipo de gestão que parece ser mais adequado é o consensual, colegiado. Neste modelo, é reconhecido o papel central dos profissionais e adotados mecanismos para evitar o corporativismo.

O desafio consiste em responsabilizar os prestadores pela criação de um ambiente próprio ao trabalho multiprofissional e pela integração da participação dos usuários no processo de produção dos serviços.

Os trabalhadores de saúde, como outros do serviço público, nem sempre estão voltados e preocupados com os objetivos da organização, e, conseqüentemente com quem é a sua razão de ser: a clientela.

NÃO É SINÔNIMO - o que é?

No caso dos serviços de saúde, isto é mais grave porque o usuário é parte do processo. A valorização que hoje se faz da participação do cliente decorre da própria natureza do trabalho em saúde.

Os recursos humanos no seu conjunto tem tido uma prática caracterizada pelo seu reduzido grau de compromisso com os objetivos organizacionais que são as de atender as necessidades de saúde da população. Isso tem comprometido a própria qualidade dos serviços quando não ocasiona a falta de assistência.

Este descompromisso faz com que o seu tempo de permanência no local de trabalho ocorra em função dos seus interesses individuais e não do contrato que assumiu com a organização. A prática organizacional e a cultura das organizações públicas de saúde <sup>NÃO</sup> valorizam o funcionário como sujeito do processo de trabalho e, como consequência ele é desresponsabilizado pelo resultado da tarefa.

O papel do gerente é de suma relevância, ele deve ser um sujeito da organização de saúde que se responsabilize por seus resultados, que aprenda a interpretar a realidade social em que vive e comprometa-se com ela. Ele não pode restringir-se a uma visão individual e segmentada onde o que é importante é o seu interesse particular.

A Gestão de Recursos Humanos não é competência de um órgão, de uma unidade, mas sim de todos os dirigentes. Os órgãos de recursos humanos têm um papel de apoio a essa gestão, porém não poderão mobilizar o conjunto dos funcionários para tarefa organizacional.

Neste novo modelo de gestão, a utilização da administração flexível é requisito básico para a modernização das organizações públicas. Esta administração objetiva um processo de gestão que requer da organização a adoção de sensibilidade e capacidade de resposta no curto prazo, para as alterações no ambiente externo, tais como as demandas da clientela e as inovações tecnológicas, cada vez mais constantes e imprevisíveis. Suas características vêm reforçar uma nova perspectiva no ambiente cultural e social das organizações, algumas delas imperativas à mudança na prestação dos serviços de saúde:

- O trabalhador deve ser visto como um ente criativo e inteligente no cotidiano do trabalho, participando das discussões em grupo e tem papel determinante no estilo e organização do trabalho;
- A capacitação e o aperfeiçoamento de pessoal passa a ser um processo contínuo e permanente;

- Salários e condições de trabalho negociados de forma flexível em função da condição real específica e do momento de cada empresa;
- As Chefias deixam de ser entidades distantes e passam a participar do cotidiano do trabalhador, discutindo e aperfeiçoando o processo de trabalho com vistas ao produto final;
- A divisão do trabalho mais comunicativo, a comunicação passa a ser essencial em todos os meios de hierarquização;
- O estímulo à produtividade não calcado num jogo de metas e slogans, mas numa filosofia de comportamento baseada na qualificação detalhada de cada etapa do processo de trabalho.

A qualidade dos serviços públicos depende também das necessidades do “cliente” que no caso, é a sociedade em seus distintos segmentos. A qualidade de uma terapia médica depende de um adequado diagnóstico, que por sua vez depende da qualidade e presteza dos exames, os quais tem como pré-requisito o bom estado de funcionamento e manutenção dos equipamentos usados nos exames. Qualquer falha nesse encadeamento de elos de produção resulta em perdas associadas a todas as etapas envolvidas no processo de trabalho e traz prejuízos ao cliente.

Por todas as razões mencionadas conclui-se que o controle da qualidade consolida e norteia a administração flexível.

## 4. PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL - P.E.S.

### 4.1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O enfoque de planejamento estratégico situacional de Carlos Mariluz, passa a ser adotado a partir do reconhecimento dos limites do “Planejamento Normativo”, para lidar com a complexidade, a contradição e a incerteza que assumem os processos sociais.

No contexto da realidade sanitária, tal complexidade assume outras dimensões na medida em que se tornar necessário o aporte de várias disciplinas que tratam do objeto-saúde e das diferentes formas de significado e representação do processo saúde-doença pelos diversos grupos sociais.

Na área de Recursos Humanos em saúde, o enfoque estratégico fornece contribuições relevantes ao considerar as categorias de poder e conflito, pertinentes às relações sociais. A evidência do conflito é determinante ao planejamento estratégico.

Por outro lado, na concepção do P.E.S, o governar não é privilégio das altas estruturas do poder, mas de todas as forças sociais que buscam a transformação da realidade. Supõe um sujeito, um ator social inserido na realidade planejada, em interação e conflito com outros atores, objetivando o alcance de objetivos.

O P.E.S é utilizado para lidar com problemas quase estruturados que sugerem uma ação criativa. Seu caráter de incerteza nas probabilidades propõe a combinação de apostas bem fundamentadas e outras impregnadas de forte incerteza.

O conceito “situacional” parte do pressuposto que não é possível o conhecimento único e objetivo da realidade. O conhecimento depende da inserção de cada ator na realidade, sendo portanto uma percepção parcial e múltipla.

Finalmente, entendendo-se a realidade como conflitiva, existe a perspectiva de um “pode ser” e a “vontade de fazer”.

## 4.2. PASSOS METODOLÓGICOS

A metodologia de planejamento estratégico-situacional está estruturada em quatro momentos: explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional. A conceituação de momento, expressa ocasião. É um processo contínuo, não segue uma seqüência linear estabelecida, cada um dos momentos requerem instrumental metodológico particular.

Para a aplicação do P.E.S. no contexto de Recursos Humanos do Hospital Agamenon Magalhães, realizamos seis (6) oficinas, contando com a colaboração de vários atores que direta ou indiretamente estão envolvidos com a área. Para cada encontro, enviamos convites sendo a freqüência, em média, de oito pessoas por oficina.

Na 1ª Oficina apresentamos ao grupo os objetivos de sua realização, nos reportando ao curso de "Planejamento e Gestão de R.H. em Saúde". Iniciamos o momento explicativo da metodologia solicitando do grupo a identificação dos problemas referentes a R.H. na unidade, utilizando a técnica de tempestade de idéias e posteriormente agrupando-os em macro-problemas.(Anexo-01)

Na 2ª Oficina, dando prosseguimento ao momento explicativo, buscamos priorizar os problemas identificados, utilizando o diagrama da interrelação (Anexo-02) e a Técnica de Seleção de Problemas (Anexo-03), escolhemos o problema que iríamos trabalhar. Durante a 3ª Oficina, através do levantamento das causas próximas e remotas do problema selecionado, construímos o Fluxograma Situacional (Anexo-04), instrumento metodológico do momento explicativo. Nele, ordenamos as variáveis em três instâncias ou níveis: fluxos de produção social, acumulações sociais e regras básicas ou genoestruturas após determinação dos vetores do problema - VDP's. (referencial da Teoria da Produção Social). *de descrição*

Por ocasião da 4ª Oficina, concluímos o momento explicativo através da seleção de nós críticos - causas principais e construímos a árvore do problema. (Anexo-05).

As duas últimas oficinas (5ª e 6ª) foram dedicadas ao momento normativo, onde tentamos montar o programa direcional a partir das sugestões do grupo em relação às operações e ações para modificar os quatro nós críticos identificados (Anexo-06).

Partindo das sugestões, também chegamos ao desenho da situação objetivo (Anexo-07).

Discutimos sobre os cenários, sobretudo que variáveis estariam fora do nosso controle e que poderiam causar restrições à concretização das operações contidas no plano (Anexo-08). Optamos por um cenário intermediário.

O momento estratégico foi realizado pelos alunos do curso, obtendo subsídios através de conversas informais, estudo e observação da realidade interna e externa da Unidade.

Como resultado do momento estratégico, avaliamos a construção da viabilidade do plano através: da análise da motivação dos atores relevantes e identificação das operações conflitivas (Anexo-09); desenho de estratégia dirigido aos atores que rejeitam ou inviabilizam as operações (Anexo-10) e desenho da trajetória estratégica contendo as Operações K (Anexo-11).

O momento tático-operacional, diferente dos demais momentos não se traduz em procedimentos formalizados, seu conteúdo é analítico, traduzido através da própria ação, do fazer. É a mediação entre o plano e a ação, articulação entre o planejamento e a gestão.

Para monitorar e avaliar o Plano, construímos um quadro de indicadores que serviram de parâmetros para as mudanças esperadas (Anexo-12).



#### **4.3. ANEXOS**

- 01 CONCLUSÕES DA OFICINA DE RECURSOS HUMANOS-HAM-PROBLEMAS DE RH**
- 02 DIAGRAMA DA INTERRELAÇÃO**
- 03 SELEÇÃO DE PROBLEMAS**
- 04 FLUXOGRAMA SITUACIONAL**
- 05 ÁRVORE DO PROBLEMA**
- 06 PLANILHA PARA ELABORAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO**
  - NC1 / OP1**
  - NC2 / OP1**
  - NC3 / OP1**
  - NC4 / OP1**
  - NC4 / OP2**
- 07 DESENHO DA SITUAÇÃO OBJETIVO**
- 08 ANÁLISE DE VULNERABILIDADE DO PLANO E DEFINIÇÃO DO CENÁRIO DE REFERÊNCIA**
- 09 MOTIVAÇÃO DOS ATORES EM FACE DAS OPERAÇÕES DO PLANO**
- 10 ESTRATÉGIAS UTILIZADAS**
- 11 CONSTRUINDO A TRAJETÓRIA ESTRATÉGICA**
- 12 MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DO PLANO**

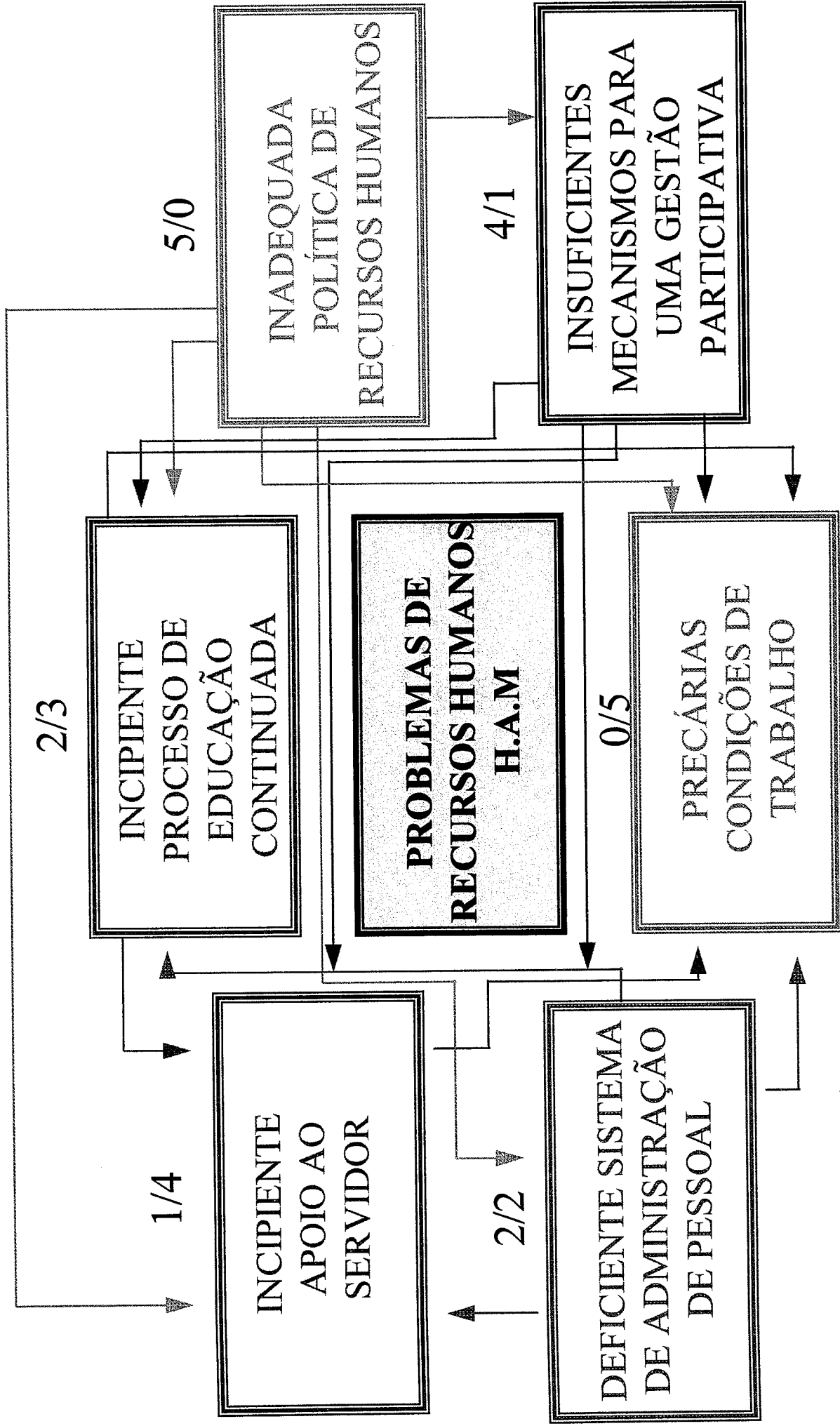
## CONCLUSÕES DA OFICINA DE RECURSOS HUMANOS - HAM - PROBLEMAS DE RH

DEFICIENTE SISTEMA DE ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAL	INCIPIENTE APOIO AO SERVIDOR	PRECÁRIAS CONDIÇÕES DE TRABALHO
1 - Distribuição inadequada de servidores em determinadas áreas.	1 - Inexistência de creches.	1 - Falta de segurança física em alguns locais de trabalho.
2 - Elevado índice de absenteísmo.	2 - Valor dos tickets insuficiente.	2 - Ambiente físico restrito e inadequado.
3 - Inexistência de normatização na aplicação de mecanismos disciplinares.	3 - Ausência de programas de atendimento psicossocial aos trabalhadores.	3 - Insalubridade ambiental.
4 - Desatualização de dados do SIG-RH sobre trabalhadores do HAM por vínculo, tempo de serviço, área de atuação, etc.	4 - Escassos mecanismos de incentivo ao desempenho.	4 - Escassez de equipamentos e/ou instrumentos de trabalho.
		5 - Insuficiente atenção à saúde do trabalhador.
		6 - Ineficácia na aplicação das normas de segurança do trabalhador.

## CONCLUSÕES DA OFICINA DE RECURSOS HUMANOS - HAM - PROBLEMAS DE RH

INCIPIENTE PROCESSO DE EDUCAÇÃO CONTINUADA	INADEQUADA POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS	INSUFICIENTES MECANISMOS PARA UMA GESTÃO PARTICIPATIVA
1 - Insuficientes treinamentos e reciclagem em algumas áreas.	1 - Elevado índice de solicitação de aposentadoria precoce.	1- Incipiente democratização nas ações e decisões.
2 - Incipiente nível técnico em diversas categorias.	2 - Diferentes salários entre pessoas que exercem as mesmas funções.	2 - Limitada interação entre Chefias e Direção.
3 - Baixo nível de escolaridade de alguns funcionários e pessoal terceirizado.	3 - Baixos salários.	3 - Despreparo de algumas pessoas para exercer cargos de Chefia.
4 - Reduzido número de seminários e palestras para motivação dos funcionários.	4 - Insatisfação profissional por não exercer a atividade para o qual foi habilitado.	4 - Desconhecimento de algumas Chefias e funcionários em geral do Plano Diretor.
	5 - Sistema de produtividade que não atende à necessidade de melhoria de salário nem a qualidade da assistência.	5 - Baixo nível de envolvimento dos servidores com os objetivos do SUS.
	6 - Deficiente atendimento ao usuário.	
	7 - Contradição entre os objetivos do SUS e das firmas terceirizadas.	

# DIAGRAMA DE INTERRELAÇÃO

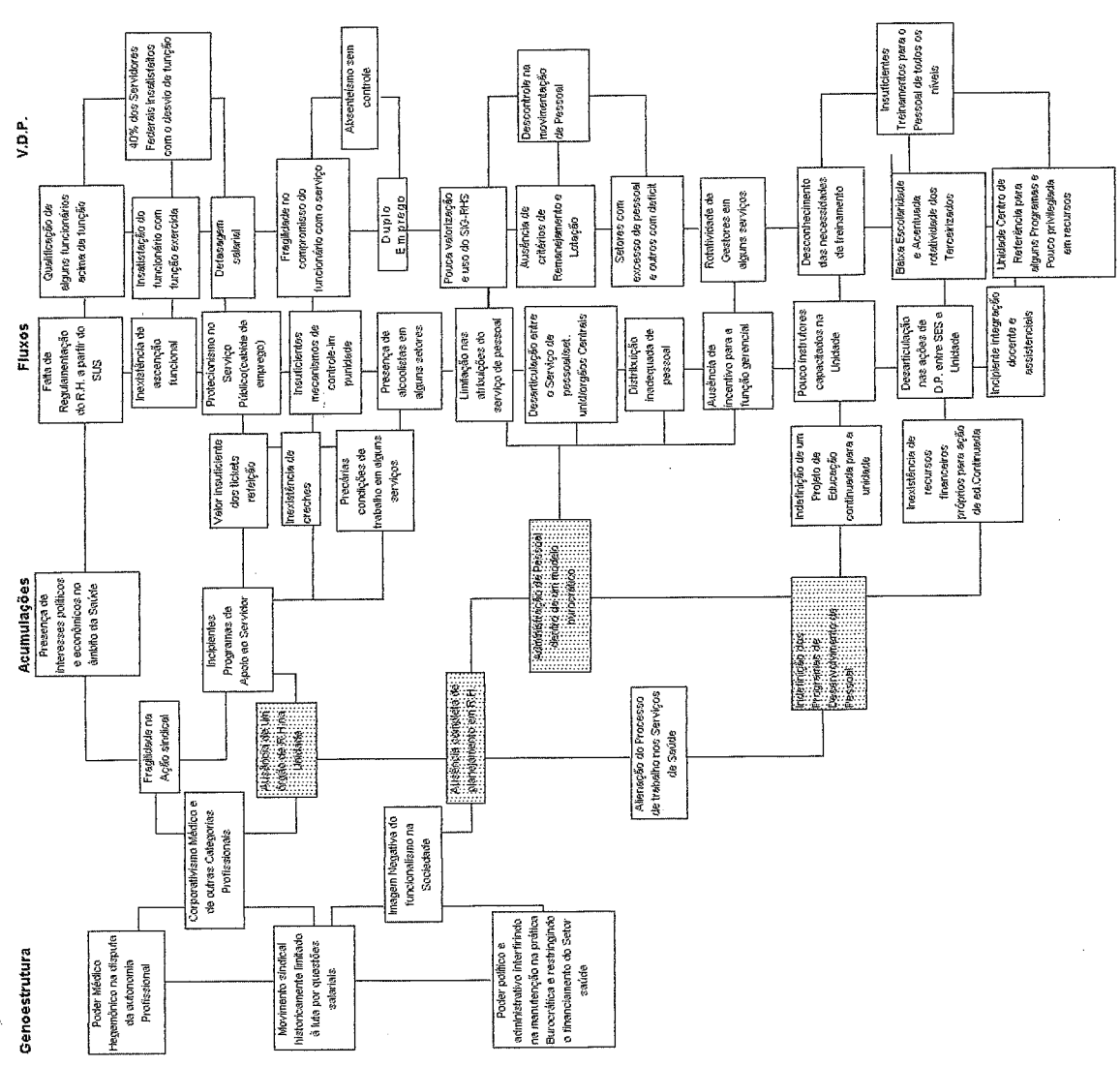


# SELEÇÃO DE PROBLEMAS

PROBLEMAS	VALOR		EFICIENCIA EFICACIA EFETIVIDADE	POSSIBILIDADE GOVERNABILIDADE	OPORTUNIDADE POLITICA	CUSTO ECO- NOMICO	POSTERGACAO		SELEÇÃO
	A	B					A	B	
INCIPIENTE PROCESSO DE EDUCA- ÇÃO CON- TINUADA	M	A	A	A	A	B	A	A	1º
INADEQUA DA POLITI- CA DE RE- CURSOS HÚ- MANOS	A	A	A	B	B	A	A	A	6º
INSUFICIEN- TES MECA- NISMOS PA- RA UMAGES- TÃO PARTI- PATIVA	A	A	A	M	M	B	A	M	3º
DEFICIENTE SISTEMA DE ADMINISTRA- ÇÃO DE PES- SOAL	A	A	A	A	A	B	A	A	4º
INCIPIENTE APOIO AO SERVIDOR	A	A	A	B	B	M*	A	A	4º
PRECARIAS CONDIÇÕES DE TRABA- LHO	A	A	A	M	M	A	A	A	5º

# Fluxograma / Institucional do Problema Definido

## ... o problema Deficiente Sistema de Administração de Pessoal no HAM

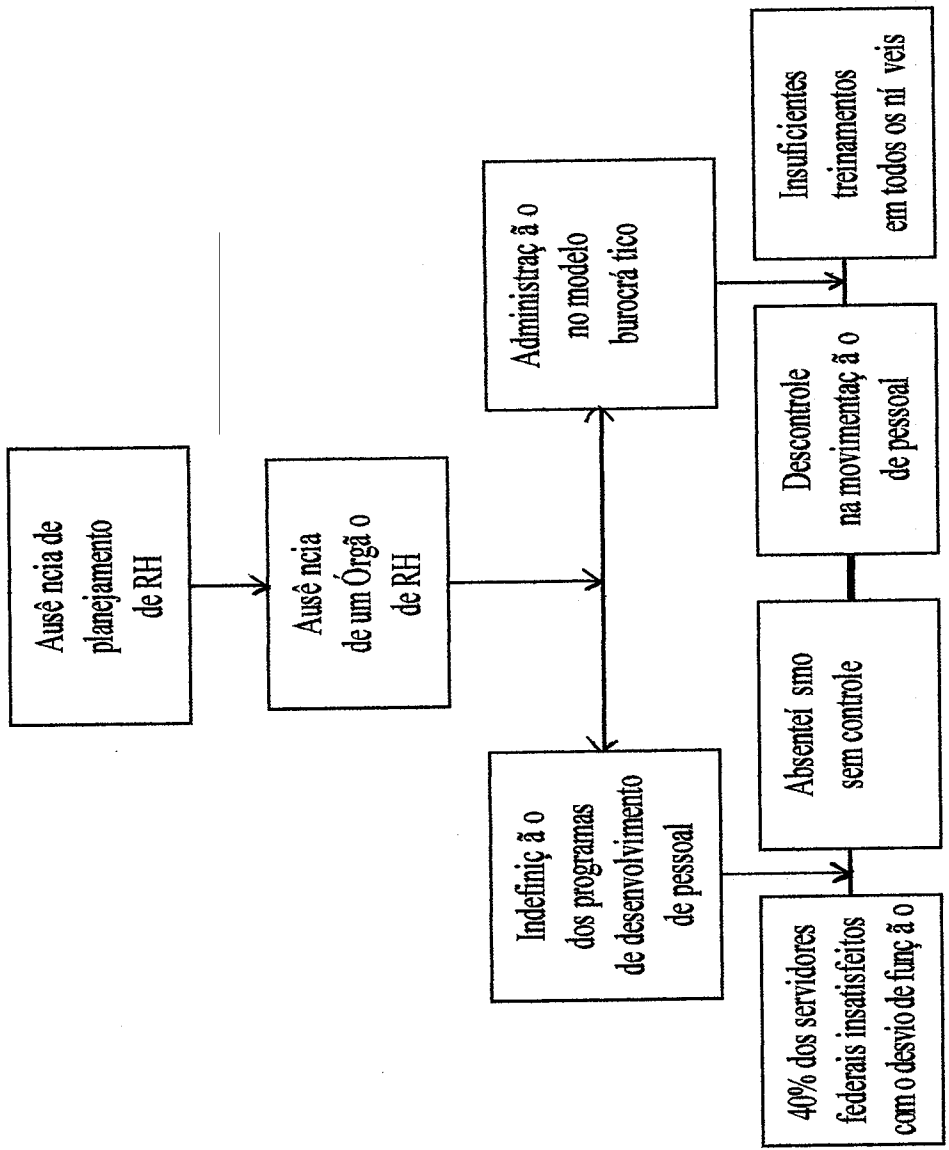


## SELEÇÃO DOS NÓS CRÍTICOS

NÓS CRÍTICOS	DESCRITORES			
	D1	D2	D3	D4
N-1 Ausência completa de planejamento	X	X	X	X
N-2 Administração de pessoal dentro de um modelo burocrático	X	X	X	
N-3 Indefinição dos programas de desenvolvimento de pessoal	X			X
N-4 Ausência de um órgão de RH	X	X	X	X

## ÁRVORE DO PROBLEMA

### DEFICIENTE SISTEMA DE ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAL







## PLANILHA PARA ELABORAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO

NÓ CRÍTICO: NC1 - Ausência de Planejamento de RH  
 OPERAÇÃO: Envolver os gestores na prática do planejamento em RH

DESCRITORES	AÇÕES	SUB-AÇÕES			RECURSOS			PRODUTOS	RESULTADOS
		O	P	C	O	P	C		
D3 - Qualificação de alguns servidores acima da função exercida.	A3 ◆ Viabilizar uma melhor forma de aproveitamento dos servidores dentro do mesmo nível.	◆ Identificar através dos dados do SIG servidores com qualificação acima da função ◆ Remanejar servidores internamente para funções dentro do mesmo nível, mas que exigem melhor qualificação	x	x				◆ Servidores melhor aproveitados na unidade	◆ Maior reconhecimento da qualificação do servidor
D4 - Mobilização insuficiente para os casos de desvios de função	A4 ◆ Reconhecer a causa dos servidores com desvio de função	◆ Realizar articulações com outras unidades que tem servidores desviados de função ◆ Promover debates sobre a Reforma Administrativa ◆ Discutir a concessão da produtividade compatível com o nível de escolaridade dos desviados		x				◆ Agregados novos aliados à causa dos desvios de função	◆ Valorização dos servidores federais que não tem acesso ao PCC
◆ OBS: Operação de demanda	◆ Encaminhar ao escritório regional do M.S. propostas para regularizar os desvios de função ◆ Enviar telegrama para Câmara e Senado solicitando a consideração destes casos na Reforma Administrativa ◆ Mobilizar o sindicato para adesão a causa						x		

## PLANILHA PARA ELABORAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO

**NÓ CRÍTICO:** Ausência de Planejamento de RH  
**OPERAÇÃO:** Envolver os gestores na prática do planejamento em RH

DESCRIPTORES	AÇÕES	SUB-AÇÕES	RECURSOS					PRODUTOS	RESULTADOS
			O	P	C	E	E		
D5 - Acentuado déficit de RH por aposentadorias interferindo no funcionamento dos serviços.	A5 <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Elaborar um calendário de previsão da movimentação de pessoal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Obter através do SIG dados relativo a idade x tempo de serviço dos servidores</li> <li>◆ Criar um gráfico de previsão contendo, idade, tempo de serviço por setores e categoria profissional</li> <li>◆ Participar das oficinas de definição do perfil da unidade</li> <li>◆ Analisar as tendências buscando o dimensionamento de profissionais necessários para o cumprimento da missão definida.</li> </ul>	x			x	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Gráfico de previsão de afastamentos por aposentadorias elaborado e dos efetivos necessários</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Funcionamento regular dos serviços</li> </ul>	

## PLANILHA PARA ELABORAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO

**NÓ CRÍTICO:** Ausência de Planejamento de RH  
**OPERAÇÃO:** Envolver os gestores na prática do planejamento em RH

DESCRITORES	AÇÕES	SUB-AÇÕES	RECURSOS					PRODUTOS	RESULTADOS
			O	P	C	E	E		
<p><b>A6</b>                      D6 - Indefinição do perfil da unidade dificultando a previsão da qualificação e quantitativo de RH</p>	<p>Prever a quantidade de RH necessários a partir da definição do perfil da unidade</p>	<p>Participar das oficinas de definição do perfil da unidade                      Analisar as tendências buscando o dimensionamento de profissionais necessários para o cumprimento da missão definida</p>	x	x	x	x	x	<p>Realizada previsão do quantitativo de RH e demandas de treinamento</p>	<p>Recursos Humanos adequados de forma quantitativa e qualitativa à missão da unidade</p>

## PLANILHA PARA ELABORAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO

NÓ CRÍTICO: NC-2. Administração de pessoal dentro de um modelo burocrático  
 OPERAÇÃO: Estruturar um modelo de administração de pessoal flexível e compatível com o modelo assistencial

DESCRITORES	AÇÕES	SUB-AÇÕES	RECURSOS O P C E	PRODUTOS	RESULTADOS
D1- Dificuldade de gerenciamento de pessoal com diversos vínculos	A1 ◆ Normatizar procedimentos no gerenciamento de pessoal com diversos vínculos contratuais	◆ Promover oficinas com representante de RH dos diversos órgãos, para análise de procedimentos quanto a férias, licenças, afastamentos, freqüências etc. ◆ Estabelecer rotinas para controle destes procedimentos.	x	◆ Protocolos estabelecidos para gerenciamento de RH.	◆ Agilização dos processos relativos a RH.
		◆ Socializar informações sobre RH contando com a colaboração do serviço de comunicação da unidade.	x		
	A2 ◆ Centralizar na unidade a ficha funcional dos servidores dos diversos vínculos.	◆ Requisitar dos órgãos centrais cópias das fichas funcionais dos servidores lotados na unidade.			
D2 - Ausência de mecanismo de controle e punição	A3 ◆ Estabelecer normas para aplicação de mecanismos de controle e punição	◆ Uniformizar rotinas para lidar com disfunções, tais como, faltas constantes, atrasos, indisciplina etc	x	◆ Gestores respaldados em normas para aplicação de controle e punição	◆ Maior assiduidade ao serviço e cumprimento da jornada de trabalho.

## PLANILHA PARA ELABORAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO

NÓ CRÍTICO: NC-2 Administração de pessoal dentro de um modelo burocrático  
 OPERAÇÃO: Estruturar um modelo de administração de pessoal flexível e compatível com o modelo assistencial

DESCRITORES	AÇÕES	SUB-AÇÕES				RECURSOS			PRODUTOS	RESULTADOS
		O	P	C	E					
D3 - Resistência de funcionários para ocupar cargos de gerentes	A4 ♦ Estabelecer incentivos para cargos gerenciais	♦ Definir o cargo de gerente pontuando critérios como: competência profissional, liderança, flexibilidade, criatividade, etc.					x		♦ Valorização da função gerencial	♦ Maior motivação dos funcionários para exercerem funções gerenciais
♦ OBS: Operação de demanda.	♦ Aumentar a gratificação para o exercício de gerência.					x		x		
D4 - Presença de conflitos nas relações de trabalho	A5 ♦ Viabilizar uma maior participação das partes no encaminhamento de conflitos	♦ Promover discussões sistemáticas entre as partes interessadas quanto a temas: condições de trabalho, jornada de trabalho, greve, produtividade, etc ♦ Solicitar sempre que necessário a presença de representantes da CRT - SES no encaminhamento das discussões ♦ Elaborar pautas para as reuniões e protocolo das negociações estabelecidas.						x	♦ Viabilizada formas de participação nas situações de conflito.	♦ Encaminhamento dos conflitos de forma democrática

## PLANILHA PARA ELABORAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO

NÓ CRÍTICO: NC-2 Administração de pessoal dentro de um modelo burocrático  
 OPERAÇÃO: Estruturar um modelo de administração de pessoal flexível e compatível com o modelo assistencial

DESCRITORES	AÇÕES	SUB-AÇÕES					PRODUTOS	RESULTADOS
		O	P	C	E	E		
A6 ♦ Sugerir a participação dos sindicatos no encaminhamento dos conflitos.	♦ Convidar os representantes dos sindicatos para reuniões de discussão de forma sistemática		x					
A7 ♦ Criar instrumentos para avaliação de qualidade dos serviços	♦ Analisar os vários processos de trabalho ♦ Estabelecer com os serviços objetivos e metas a serem alcançados ♦ Mapear todos os projetos para traçar objetivos e metas gerais da unidade		x				♦ Estabelecimento de instrumento para avaliação da qualidade	♦ Melhoria da qualidade dos serviços e identificação de demandas para educação permanente
A8 ♦ Envolver os servidores na implantação de um sistema de avaliação de qualidade.	♦ Promover encontros para apresentação da proposta de avaliação ♦ Formar uma comissão para estruturar o processo de avaliação: como, quando, o que, quem avaliará		x				♦ Envolvimento dos servidores na melhoria da qualidade dos serviços.	

## PLANILHA PARA ELABORAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO

NÓ CRÍTICO: NC-2 Administração de pessoal dentro de um modelo burocrático  
 OPERAÇÃO: Estruturar um modelo de administração de pessoal flexível e compatível com o modelo assistencial

DESCRITORES	AÇÕES	SUB-AÇÕES	RECURSOS					PRODUTOS	RESULTADOS
			O	P	C	E			
A9	◆ Negociar formas de incentivo com servidores e gestores	◆ Estudar possibilidade de compensação pecuniária ◆ Privilegiar os servidores que cumpriram suas metas, com mais insumos					x	◆ Determinação dos sistemas de premiação	
D6 - Alto índice de férias nos meses de janeiro e junho.	A10 ◆ Estabelecer rodízio de servidores em meses de maior preferência de férias	◆ Orientar gestores para o cumprimento do percentual (10%) permitido de servidores de férias por mês ◆ Levantar a escala de férias por setor e sua distribuição na unidade ◆ Estudar a viabilidade de férias coletivas para alguns serviços					x	◆ Férias melhor distribuídas durante o ano.	◆ Regularização do atendimento ao usuário nos meses de janeiro e julho.



## PLANILHA PARA ELABORAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO

**NÓ CRÍTICO:** NC-3 Indefinição dos programas de desenvolvimento de pessoal  
**OPERAÇÃO:** Estabelecer programas de desenvolvimento de pessoal que revertam numa melhoria da qualidade da assistência

DESCRITORES	AÇÕES	SUB-AÇÕES	RECURSOS				PRODUTOS	RESULTADOS
			O	P	C	E		
D1- Desconhecimento das necessidades reais de treinamento.	A1 ♦ Identificar com os gerentes a temática dos campos de treinamento.	♦ Elaborar planilhas para levantamento das necessidades. ♦ Orientar os gestores para preenchimento das planilhas				x	♦ Identificadas as necessidades de treinamento.	♦ Treinamento compatíveis com as necessidades da unidade
						x	♦ Elaborado plano de treinamento para a unidade.	
D2 - Indefinição de recursos financeiro para ações de desenvolvimento de pessoal	A2 ♦ Elaborar o plano de treinamento para a unidade.	♦ Selecionar as prioridades de treinamento. ♦ Definir: objetivos gerais e específicos contido programáticos, duração e responsáveis.						♦ Manutenção dos programas de desenvolvimento de pessoal
						x	♦ Definidos recursos próprios para os programas de desenvolvimento de pessoal.	
D3 - Indefinição de recursos financeiro para ações de desenvolvimento de pessoal	A3 ♦ Estabelecer com os gestores que percentual será destinado a implementação das ações de desenvolvimento de pessoal	♦ Apresentar o plano de treinamento e previsão orçamentaria. ♦ Analisar as disponibilidades financeiras para viabilizar o plano: origem da verba e valor estipulado.						♦ Manutenção dos programas de desenvolvimento de pessoal
						x	♦ Definidos recursos próprios para os programas de desenvolvimento de pessoal.	

## PLANILHA PARA ELABORAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO

**NÓ CRÍTICO:** NC-3 Indefinição dos programas de desenvolvimento de pessoal  
**OPERAÇÃO:** Estabelecer programas de desenvolvimento de pessoal que revertam numa melhoria da qualidade da assistência

DESCRITORES	AÇÕES	SUB-AÇÕES					RECURSOS					PRODUTOS	RESULTADOS
		O	P	C	E	E	O	P	C	E	E		
D3 - Poucos instrutores capacitados na unidade.	A4 <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Aumentar o número de instrutores capacitados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Identificar pessoas com perfil de instrutor.</li> <li>◆ Capacitar instrutores para áreas específicas de treinamento.</li> </ul>	x				x				<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Formado quadro de instrutores na unidade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Redução dos custos de treinamento e valorização dos técnicos da unidade.</li> </ul>	
D4 - Baixa escolaridade dos funcionários terceirizados.	A5 <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Viabilizar cursos supletivos para servidores terceirizados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Identificar o número de terceirizados com 1º grau menor incompleto e analfabetos</li> <li>◆ Conhecer nível de motivação para complementar a escolaridade através de entrevistas.</li> <li>◆ Manter articulações com as firmas terceirizadas, secretaria de educação e gestores para definir competências.</li> </ul>					x				<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Terceirizados com melhor escolaridade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Melhoria na prestação dos serviços gerais</li> </ul>	



## PLANILHA PARA ELABORAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO

**NÓ CRÍTICO:** NC-3 Indefinição dos programas de desenvolvimento de pessoal  
**OPERAÇÃO:** Estabelecer programas de desenvolvimento de pessoal que revertam numa melhoria da qualidade da assistência

DESCRIPTORIOS	AÇÕES	SUB-AÇÕES					RECURSOS O P C E	PRODUTOS	RESULTADOS
D7 - Falta de integração na Residência com o modelo assistencial da unidade.	A8 ◆ Incluir no treinamento de admissão conteúdos referentes ao SUS.	◆ No programa de treinamento incluir discussão sobre o SUS. ◆ Convidar pessoas referendadas para encaminhar a discussão.	x	x	x		◆ Conhecimento sobre o SUS.	◆ Residência mais aproximada do modelo assistencial	
	A9 ◆ Utilizar sistema de avaliação para a Residência Médica.	◆ Definir indicadores de avaliação com preceptores ◆ Estabelecer etapas para avaliação ◆ Elaborar instrumentos de avaliação.			x		◆ Avaliação dos programas da residência Médica.		

## PLANILHA PARA ELABORAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO

NÓ CRÍTICO: NC-4 Ausência de um Órgão de Recursos Humanos na unidade  
 OPERAÇÃO: Viabilizar o funcionamento de um núcleo informal de RH até a sua estrutura definitiva

DESCRIPTORES	AÇÕES	SUB-AÇÕES	RECURSOS					PRODUTOS	RESULTADOS
			O	P	C	E			
D1- Limitado funcionamento do serviço de pessoal.	A1 ◆ Tomar o serviço de pessoal mais eficiente.	◆ Informatizar o serviço. ◆ Integrar o serviço nas ações de D. P. através de reuniões mensais. ◆ Suprir o setor de mais recursos humanos. ◆ Possibilitar o acesso dos Diários Oficiais do Estado e da União. ◆ Agilizar os processos de movimentação de pessoal a partir da normatização do gerenciamento de pessoal de diferentes vínculos. ◆ Cadastrar vida funcional em disquetes.	x			x	◆ Serviço de pessoal mais eficiente.	◆ Serviço de pessoal adequado ao modelo assistencial	
D2 - Desarticulação nas ações de desenvolvimento de pessoal.	A2 ◆ Centralizar no centro de estudos de desenvolvimento de pessoal	◆ Definir pessoas responsáveis pela seção de desenvolvimento de pessoal. ◆ Discutir propostas para descentralização do desenvolvimento de pessoal da S.E.S. ◆ Elaborar projeto de desenvolvimento de pessoal.	x			x	◆ Processo de desenvolvimento de pessoal centralizado no centro de estudo.	◆ Racionalização e eficácia das ações de D.P. da unidade	



## PLANILHA PARA ELABORAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO

NÓ CRÍTICO: NC-4 - Ausência de um Órgão de Recursos Humanos  
 OPERAÇÃO: 2- Estruturar e gerenciar o núcleo de RH

DESCRITORES	AÇÕES	SUB-AÇÕES				RECURSOS			PRODUTOS	RESULTADOS
		O	P	C	E	O	P	E		
D1 - Incipiente definição das áreas de competência do órgão de RH.	A1 ♦ Formalizar a implantação do núcleo de RH.	♦ Identificar no organograma da unidade composição e linha de subordinação do núcleo. ♦ Identificar número de funções gratificadas no núcleo. ♦ Definir competência de cada um dos segmentos do núcleo.	x					x	♦ Definidas áreas de competência do núcleo.	♦ Implantação do núcleo
D2 - Indefinição do quadro de lotação do núcleo de RH.	A2 ♦ Definir o quantitativo de RH para compor o núcleo.	♦ Avaliar o aproveitamento do pessoal já envolvido nas ações de RH ♦ Remanejar internamente outros funcionários para preenchimento de vagas do núcleo			x			x	♦ Definido quadro de pessoal do núcleo	♦ Escolhido RH qualificados e identificados com a área.
D3 - Indeterminação de recursos materiais e financeiros pertinentes ao núcleo.	A3 ♦ Definir recursos para o núcleo.	♦ Sugerir ambiente físico para funcionamento do núcleo. ♦ Fazer previsão orçamentária para funcionamento do núcleo. ♦ Aproveitar os recursos existentes e alocar outros.						x	♦ Recursos materiais e financeiros definidos	♦ Funcionamento do núcleo viabilizado.

## PLANILHA PARA ELABORAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO

NÓ CRÍTICO: NC-4 - Ausência de um Órgão de Recursos Humanos  
 OPERAÇÃO: 2- Estruturar e gerenciar o núcleo de RH

DESCRITORES	AÇÕES	SUB-AÇÕES	RECURSOS					PRODUTOS	RESULTADOS
			O	P	C	E			
D4- Inexistência de gerência de RH.	A4 <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Determinar o gerenciamento nas áreas do núcleo de RH.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Estabelecer ações pertinentes a cada um dos segmentos do núcleo.</li> <li>◆ Elaborar rotinas para os serviços.</li> <li>◆ Agendar reuniões de equipes.</li> <li>◆ Prestar assessoria aos gerentes da unidade.</li> <li>◆ Garantir o funcionamento das áreas do núcleo</li> </ul>					x	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Implantada a gerência de RH na unidade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Gerenciamento do núcleo de RH.</li> </ul>



## DESENHO DA SITUAÇÃO OBJETIVO

<b>DESCRIÇÃO DOS NÓS CRÍTICOS:</b>	<b>RESULTADOS INTERMEDIÁRIOS DE NÓS CRÍTICOS:</b>
N1 Ausência de planejamento em R.H.	N1* Adoção de mecanismos para previsão, controle, movimentação e desenvolvimento de R.H.
N2 Administração dentro de um modelo burocrático.	N2* Informatização do serviço de pessoal, flexibilização das rotinas de gerenciamento e melhor qualificação dos serviços e gestores.
N3 Indefinição dos programas de desenvolvimento de pessoal.	N3* Centralização das ações de desenvolvimento de pessoal no Centro de Estudos, aumento do quadro de instrutores e maior integração Docente-Assistencial.
N4 Ausência de um órgão de R.H. na unidade.	N4* Qualificação de gestores e estruturação de um núcleo R.H. na unidade.
<b>DESCRIÇÃO DO PROBLEMA:</b>	<b>RESULTADOS TERMINAIS DO PROBLEMA:</b>
D1 40% de Servidores Federais insatisfeitos com o desvio de função.	D1* Redução do nível de insatisfação através da discussão e encaminhamento de propostas aos órgãos competentes.
D2 Absenteísmo sem controle.	D2* Controle do absenteísmo através de mecanismos reguladores e programas de apoio ao servidor.
D3 Descontrole na motivação de pessoal.	D3* SIG. R.H. permanentemente atualizado e processos de movimentação normatizados.
D4 Insuficientes treinamentos para pessoal de todos os níveis.	D4* Maior investimento na área de desenvolvimento de pessoal da unidade.

## ANÁLISE DE VULNERABILIDADE DO PLANO E DEFINIÇÃO DO CENÁRIO DE REFERÊNCIA

Variantes simples	NC - 1	NC - 2	NC - 3	NC - 4	NC - 4
	OP1	OP1	OP1	OP1	OP2
Recursos Financeiros	x	x	x	x	x
Apoio da Autoridade Superior	x	x	x	x	x
Recursos Humanos	x	x	x	x	x
Recursos Organizativos	x	x	x	x	x

### CENÁRIO CENTRAL

1 - A nível federal a reforma administrativa produzindo mudanças significativas e negativas na vida funcional do servidor.

2 - A nível estadual: Implementação dos projetos de R.H. com a permanência dos atuais gestores de R.H. da S.E.S.

☞ Perspectiva de concurso público viabiliza novas contratações de pessoal.

☞ Viabilização dos núcleos de R.H. nas unidades, já previstas em organograma

3 - A nível da unidade existe apoio dos gestores e colaboração de servidores das oficinas de R.H.

## MOTIVAÇÃO DOS ATORES EM FACE DAS OPERAÇÕES DO PLANO

ATORES	OP1		OP1			OP1	OP1	OP1
	NC1		NC2					
	A1	A4	A3	A5	A10	NC3	NC4	NC4
Diretor Deptº. Méd.	+	-	+	-	+	+	+	+
Diretor Deptº. Adm.	+	-	+	-	+	+	+	+
Diretor Unidade	+	-	+	+	+	+	+	+
Vice-Diretor	+	-	+	+	+	+	+	+
Gerentes de Setores	-	+	+	+	+	+	+	+
Servidores	-	+	-	+	-	+	+	+
Diretor de RH da SES	+	0	0	0	+	+	+	+
Gerente de RH da 1ª DIRES	+	0	0	0	+	+	+	+
Chefe do escritório do M.S.	+	-	0	-	+	+	0	0
Corporação médica	-	+	-	-	-	+	+	+
Corporação de enfermagem	+	+	+	+	0	+	+	+
SINDISPREV	+	+	-	+	0	+	+	+
SINDISAÚDE	+	+	-	+	0	+	+	+
Chefe do setor de pessoal da unidade	+	+	+	0	0	+	+	+
Universidades	0	0	0	0	0	+	0	0
COREME	0	0	0	0	0	+	0	0
Preceptores da unidade	0	0	0	0	0	+	0	0
	CF	CF	CF	CF	CF	CS	CS	CS

Nota: CS = Consenso

CF = Conflito

+ = Motivação positiva

- = Motivação negativa

0 = Baixa motivação ou Motivação indiferente

## ESTRATÉGIAS UTILIZADAS

TEMPOS	T1													
	OPERACIONES							CONFLICTIVOS						
	OP1 / NC1							OP2 / NC2						
ESTRATÉGIAS	A1		A4			A3		A5			A10			
	Gerentes Setores	Serv.	Coord. Méd.	Diretores	Gerente do ESCMS	Serv	Coord. Méd.	Sindic	Direts. Adm. e Méd.	Ger. ESMF	Coord. Méd.	Serv	Coord. Méd.	
AUTORIDADE	-	X	-	-	-	X	-	-	-	-	-	X	X	
PERSUASÃO	X	-	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
NEGOCIAÇÃO COOPERATIVA	X	X	X	X	-	-	X	X	X	X	-	-	-	
NEGOCIAÇÃO CONFLITIVA	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	
CONFLITO	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	

N = NÃO

## CONSTRUINDO A TRAJETÓRIA ESTRATÉGICA

Tempos	T1	T2	T3	T4
<b>Operações Pr. D.</b>	NC4OP1A1 NC4OP1A2 NC1OP1A2	NC2OP1A1 NC2OP1A2	NC1OP1A1 NC1OP1A2	NC2OP1A4 NC4OP1A4
	NC2OP1A10 NC3OP1A1 NC1OP1A6 NC3OP1A2	NC4OP2A1 NC4OP1A2 NC4OP1A3 NC4OP2A3	NC1OP1A5 NC2OP1A7 NC2OP1A8 NC2OP1A5	NC4OP1A5  NC3OP1A5
	NC3OP1A8 NC2OP1A5 NC2OP1A2 NC2OP1A6	NC3OP1A2 NC3OP1A4 NC1OP1A4 NC3OP1A7 NC3OP1A6	NC2OP1A4 NC2OP1A9 NC4OP2A4	
<b>Operações K</b>	Solicitar contratação de pessoal a partir do dimensionamento.	*Encaminhar para o escritório regional do MS propostas para regularizar os desvios de função. *Enviar telegramas ao Congresso para a comissão da reforma administrativa. *Mobilizar o SINDISPREV para a causa.		

# MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DO PLANO

VARIÁVEL MONITORADA	INDICADORES	FONTE DE VERIFICAÇÃO	PERIODICIDADE	INDICADOR /SITUAÇÃO DO DESCRITOR	TENDÊNCIA		
					+	-	=
◆ Distribuição de pessoal	◆ N° de servidores por setor parâmetro ideal X parâmetro real	◆ Quadro de lotação ◆ Escalas de serviços	Semestral	◆ Déficit de pessoal em alguns Setores	x		
◆ Movimentação de pessoal	◆ Taxa de admissões e afastamentos X n° total de funcionários	◆ Relatório da produtividade	Semestral	◆ 50% de aposentadoria de servidores federais	x		
◆ Absenteísmo	◆ Taxa de absenteísmo geral	◆ Ocorrência de ponto	Mensal	◆ Descontrole no absenteísmo	x		
◆ Concentração de férias em determinados meses	◆ 10% de férias por setor	◆ Programas de férias ◆ Relatório de retificação de férias	Mensal	◆ 50% de férias nos meses de janeiro e julho	x		
◆ Treinamento de funcionários	◆ Taxa de funcionários treinados X total de funcionários ◆ N° de horas de treinamento X n° de trabalhadores participantes do treinamento	◆ Atas de frequência ◆ Fichas de inscrição de treinamento ◆ Programa de treinamentos	Semestral	◆ Poucos treinamentos em todos os níveis	x		
◆ Instrutores capacitados	◆ N° de instrutores capacitados X total de funcionários	◆ Atas de frequência ◆ Fichas de inscrição	Semestral	◆ Poucos instrutores capacitados	x		
◆ Adesão a greves	◆ N° de dias parados por greve	◆ Frequência as assembleias ◆ Relatórios da produtividade	Anualmente	◆ Indefinição na adesão a greves		-	

## 5. CONCLUSÕES

Gostaríamos de tecer elogios às instituições promotoras do “I Curso de Especialização em Planejamento e Gestão de Recursos Humanos em Saúde” , pela iniciativa de privilegiar os trabalhadores de saúde engajados no SUS, bem como pelo alto nível de qualificação dos docentes.

Os conteúdos tratados no decorrer deste trabalho constituem nosso empenho em responder aos conhecimentos apreendidos na contextualização da área de R.H. em Saúde, no âmbito das políticas públicas pertinentes a realidade e características do Estado Brasileiro.

Para nós, é de suma importância que este trabalho não se restrinja a uma simples elaboração teórica, mas que tenhamos implantado as bases para sua viabilidade prática.

Nos pressupostos da utilização metodológica do Planejamento Estratégico Situacional - PES, é enfocado o caráter de permanente “idas e vindas” , processo “dialógico e dialético”. Portanto não concluímos, pelo contrário, ainda começamos.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- DELUIZ, Neise - Formação do Trabalhador em Contexto de Mudança Tecnológica. Boletim Técnico do SENAC, RJ. 20:14-25. Jan/Abr, 1994.
- DUSSAULT, Gilles - A Gestão dos Serviços Públicos de Saúde: características e exigências. IN: Revista de Administração Pública, RJ, nº 26, 1992.
- HADDAD, J. & ROSCHKE, A.C. & DAVINI, M.A. - Educacion Permanente de Personal de Salud. Série Desarrollo Recursos Humanos nº 100, O.P.S., 1994.
- JUNQUEIRA, Luciano & INOJOSA, Rose Marie - Gestão do Serviço Público de Saúde: em busca de uma lógica da eficácia. IN: Revista de Administração Pública. RS, nº 26, 1992.
- JUNQUEIRA, Luciano A.P. - Gestão de Recursos Humanos: Uma utopia no setor público de Saúde? São Paulo em Perspectiva, 6(4): 9-14, Out/Dez, 1992.
- KARMAN, J.M. & MOYSES, N. & AUBERT, G. - Gestão Hospitalar: Um Desafio para o Hospital Brasileiro. ENASP / FIOCRUZ. Operação Brasil - França.
- LUZ, T. Madel - Notas sobre as Políticas de Saude no Brasil de "Transição Democrática" - anos 80 - IN: PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva, vol. 1 nº 1 - 1991.
- MACHADO, H.M. - Profissões de Saúde: uma abordagem sociológica. Editora FIOCRUZ. RJ, 1994.
- MARSIGLICI, G.Q. - Relação Ensino/Serviços: Dez Anos de Integração Docente Assistencial (IDA) no Brazil. Editora HUCITEC.
- MARTINS, M.I. - As Organizações de Saúde no Contexto do SUS - Uma Realidade em construção - Escola Nacional de Saúde Pública / ENSP - FIOCRUZ.



- MEDICI, A.C. & SILVA, P.L. - A Administração Flexível: Uma introdução às Novas Filosofias de Gestão. IN: Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde. MS/FNS/OPAS. Brasília, 1995.
- MEDICI, A.C. - A Regulação do Trabalho no Âmbito da Saúde. IN: Série de Desenvolvimento de Recursos Humanos, nº 6.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE - Associação de Comunicação Social. Lei Orgânica da Saúde. 2a. Edição, Brasília, 1993.
- NOGUEIRA, R.P. - O Processo de Produção de Serviços de Saúde: Perspectivas da Qualidade em Saúde. RJ, 1993.
- O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO SUS: Situação Atual, Tendências e Perspectivas - Experiência de Pernambuco. Editado. Secretária de Saúde do Estado de Pernambuco.
- PEREIRA, I.C.B. - "A Reforma do Aparelho do Estado e a Constituição Brasileira" ENAP - vol. 1, Brasília, 1992.
- SÁ, M.C. & ARTMANN, E. - Planejamento Estratégico em Saúde: Desafios e Perspectivas para o Nível Local. ENSP, MIMED, 1994.
- SANTANA, J.P. - A Gestão do Trabalho nos Estabelecimentos de Saúde: Elementos para uma Proposta. IN: Perspectivas para a Gestão do Trabalho do Sistema Único de Saúde - OPS/ Representações do Brasil - Série Desenvolvimento de Recursos Humanos, nº 5, Brasília, 1994.
- SILVA, R.M. - A teoria Organizacional do Planejamento Estratégico Situacional e a Gestão do Setor Saúde: Uma análise da experiência da Santa Casa de Misericórdia do Pará. Tese de Mestrado, ENSP, 1994.
- SÓRIO, E.R. - A Relação dos Médicos com as Organizações Públicas de Saúde - Dissertação apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública - FIOCRUZ - 1994.