



**INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO EM SAÚDE**

**MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO EM SAÚDE**

**JULIANA LOPES BEZERRA**

**AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO PROFISSIONAL NO**

**ESTADO DE PERNAMBUCO: ANÁLISE DA**

**IMPLANTAÇÃO NA SECRETARIA DE SAÚDE**

**RECIFE, 2016**

**INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO EM SAÚDE**  
**MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO EM SAÚDE**

**AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO PROFISSIONAL NO**  
**ESTADO DE PERNAMBUCO: ANÁLISE DA**  
**IMPLANTAÇÃO NA SECRETARIA DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Avaliação em Saúde.

**Linha de pesquisa:** Institucionalização da Avaliação.

Autora: Juliana Lopes Bezerra

Orientador: Eronildo Felisberto

Co-orientadora: Cinthia Kalyne de Almeida Alves

Recife, 2016.

Ficha Catalográfica  
Preparada pela Biblioteca Ana Bove  
Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP

---

B574a Bezerra, Juliana Lopes

Avaliação de desempenho profissional no estado de Pernambuco: análise da implantação na secretaria de saúde / Juliana Lopes Bezerra; Orientador Eronildo Felisberto; Coorientador Cinthia Kalyne de Almeida Alves – Recife : Do Autor, 2016.  
85 f.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Avaliação em Saúde) – Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, 2016.

1. Avaliação em saúde. 2. Avaliação de desempenho. 3. Gestão da prática profissional. I. Felisberto, Eronildo, orientador. II Alves, Cinthia Kalyne de Almeida Alves, coorientadora. III. Título

CDD 362.1072

---

## **Dedicatória**

Dedico este trabalho aos meus dois filhos, Eduardo e Cecília, que participaram comigo, ativamente, dessa construção.

## **Agradecimentos**

Agradeço a Deus, por tudo. Agradeço a minha família e amigos, principalmente minha mãe Graça e meu marido Daniel, pela ajuda e compreensão. Agradeço aos meus professores e orientadores pelo ensino e dedicação, em especial a Cinthia Kalyne, pela confiança e pelas oportunidades de crescimento profissional e acadêmico. Por fim, agradeço ao SUS e ao ensino público brasileiro pela minha formação desde a graduação, espero retribuir da mesma forma, com trabalho, ensino e compromisso.

## RESUMO

**Introdução:** A realização de um processo avaliativo é considerada uma função estratégica das organizações públicas na busca de soluções para o apoio à tomada de decisões e à melhoria das intervenções. O Programa de Avaliação de Desempenho Profissional estudado corrobora com a atual Política de Gestão do Trabalho no SUS e pode ser considerado de grande importância para o setor de gestão do trabalho e para o funcionamento adequado dos serviços do SUS. O desempenho dos profissionais da saúde, servidores públicos, tem um impacto direto na prestação de serviços de saúde e, em última instância, na saúde da população.

**Objetivo:** Avaliar a implantação do eixo Gratificação de Desempenho do Programa de Avaliação de Desempenho Profissional desenvolvido pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco e descrevê-lo.

**Métodos:** Trata-se de uma avaliação normativa realizada a partir da análise dos documentos oficiais da intervenção para desenho do modelo lógico e da matriz de análise e de julgamento. A partir da matriz, seguiu-se ao levantamento documental, observação participante e aplicação de um questionário complementar com vistas à obtenção do grau de implantação, facilidades e dificuldades da implantação do programa. Participaram do estudo os profissionais relacionados ao programa no âmbito da gestão central e unidades hospitalares. O programa foi descrito em sua totalidade, dentro do contexto histórico.

**Resultados:** O grau de implantação do programa foi considerado como parcialmente implantado. Sendo encontrado o mesmo grau tanto para estrutura como processo (percentuais de alcance 73% e 71% respectivamente). Fatores como existência de apoio institucional foram relacionados a facilidades. O sistema de informação utilizado no programa foi relacionado às dificuldades.

**Conclusões:** Embora parcialmente implantado, o programa obteve êxito por corroborar com a cultura avaliativa em institucionalização no governo por meio do pacto pela saúde, por estabelecer o que se espera do servidor público da saúde nas diferentes unidades hospitalares melhorando a comunicação entre gestor, trabalhador e sindicato, com ênfase ao trabalho em equipe e na valorização das atividades de educação nos serviços com vistas à melhoria da gestão do trabalho. Espera-se maior grau de abertura à participação dos usuários e ampla divulgação dos resultados com mudanças efetivas nos processos de trabalho.

**Palavras-chave:** Avaliação em saúde, Avaliação de desempenho, Gestão do trabalho.

## **ABSTRACT**

**Background:** The realization of an evaluation process is considered a strategic role of public organizations in the search for solutions that supports decision-making and improves interventions. The Professional Performance Evaluation Program studied confirms the current Labor Management Policy in the SUS and can be considered of great importance to the work of the management sector and for the proper functioning of the public health. The performance of health professionals as public servants has a direct impact on the delivery of health services and on the health of the population.

**Objective:** To evaluate the implementation of the Bonus Component Performance Professional Performance Assessment Program developed by the Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco and describe it.

**Methods:** This is a normative assessment made from the analysis of official documents of the intervention to design the logic model and matrix analysis and judgment. From the matrix, the study followed the documentary survey, participant observation and the application of a supplementary questionnaire in order to obtain the degree of implementation, facilities and difficulties of program implementation. The study included professionals related to the program under the central management and hospital units. The program is fully described, within the historical context.

**Results:** The degree of implementation of the program was considered partially implemented. Being found the same degree both structure and process (percentage range 73% and 71% respectively). Factors such as the existence of institutional support were related to facilities. The information system used in the program was related to the difficulties.

**Conclusion:** Although partially deployed, the program succeeded by corroborate with the evaluative culture in institutionalization in the Government through the pacto pela saúde, by establishing what is expected of public health server in different hospital units by improving communication between Manager and worker Union, with emphasis on teamwork and appreciation of education activities in services with a view to improving the management of the work. It is hoped greater openness to the participation of users and broad dissemination of results with effective changes in work processes.

**Key words:** Health Assessment, Performance Evaluation, Management of workforce.

## SUMÁRIO

<b>I</b>	<b>Introdução</b>	13
1.1	A avaliação de desempenho profissional no contexto da gestão do trabalho do Sistema Único de Saúde	13
1.2	A avaliação em saúde como dispositivo para melhoria das intervenções institucionais	21
<b>II</b>	<b>Justificativa</b>	23
<b>III</b>	<b>Objetivos</b>	24
3.1	Objetivo geral	24
3.2	Objetivos específicos	24
<b>IV</b>	<b>Métodos</b>	25
4.1	Desenho do estudo	25
4.2	Local do estudo	25
4.3	Período do estudo	29
4.4	População de estudo	29
4.5	Etapas do trabalho de campo	31
4.5.1	Descrição histórica e caracterização do programa	31
4.5.2	Elaboração do Modelo Lógico do programa	33
4.5.3	Elaboração da Matriz de análise e julgamento	36
4.5.4	Coleta de dados para obtenção do grau de implantação	39
4.6	Processamento e análise dos dados	40
4.7	Aspectos éticos	41
<b>V</b>	<b>Resultados</b>	42
5.1	Descrição do Programa de Avaliação de Desempenho Profissional da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco	42
5.1.1	Aspectos do eixo Gratificação de Desempenho do Programa de Avaliação de Desempenho Profissional	44
5.1.2	Características do processo de criação	45
5.2	Grau de implantação do Programa de Avaliação de Desempenho Profissional	50
5.2.1	Análise da dimensão estrutura	51
5.2.2	Análise da dimensão processo	53
<b>VI</b>	<b>Discussão</b>	60
<b>VII</b>	<b>Considerações finais</b>	68
<b>VIII</b>	<b>Referências</b>	71
	APÊNDICE – A	79
	APÊNDICE – B	80
	APÊNDICE – C	81
	APÊNDICE – D	82
	ANEXO – 1	83
	ANEXO – 2	85



## **LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SINAIS**

AD – Avaliação de Desempenho

AD-EP – Avaliação de Desempenho para Estágio Probatório

AD-GD – Avaliação de Desempenho para Gratificação de Desempenho

AD-PCCV – Avaliação de Desempenho para Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos De Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

DGGT – Diretoria de Geral de Gestão do Trabalho

DGES – Diretoria Geral de Educação em Saúde

GERES – Gerência Regional de Saúde

GPRT – Gerência de Políticas e Regulação do Trabalho

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MNS – Mesa de Negociação Setorial

MS – Ministério da Saúde

NOB/RH-SUS – Norma Operacional Básica/ Recursos Humanos

OMS – Organização Mundial de Saúde

PMAQ-AB – Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica

PNH – Política Nacional de Humanização

PROGESUS – Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS

RH – Recursos Humanos

SEGTES – Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SISGRADE – Sistema da Gratificação de Desempenho

SGTES – Secretaria Gestão do Trabalho e Educação em Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UP – Unidade de Produção

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

## LISTA DE QUADROS

	Página
Quadro 1. Lista de hospitais participantes do estudo.	28
Quadro 2. Quantitativo de participantes da pesquisa por unidade.	30
Quadro 3. Lista de documentos utilizados no estudo	32
Quadro 4. Caracterização dos indivíduos da pesquisa.	39
Quadro 5. Dimensões da avaliação de desempenho com pontuação por grupos de servidores, SES-PE, 2014.	46
Quadro 6. Matriz de Indicadores institucionais – Gratificação de desempenho.	47
Quadro 7. Matriz de Indicadores individuais – Gratificação de desempenho.	48
Quadro 8. Matriz de Indicadores de formação em serviço – Gratificação de desempenho	48

## LISTA DE FIGURAS

	Página
Figura 1. Macrorregiões de saúde, Pernambuco, 2016.	26
Figura 2. Gerencias Regionais de Saúde, Pernambuco, 2016	27
Figura 3. Modelo lógico do Programa de Avaliação de Desempenho, eixo - Gratificação de Desempenho, Secretaria de Saúde de Pernambuco, 2016.	35
Figura 4. Matriz de análise e julgamento do Programa de Avaliação de Desempenho , Secretaria de Saúde de Pernambuco, 2016	37
Figura 5. Modelo do Programa de Avaliação de Desempenho, Secretaria Estadual de Saúde, PE, 2014.	43

## LISTA DE TABELAS

	Página
Tabela 1. Determinação do Grau de Implantação do Programa AD-GD, por dimensão e total, Pernambuco, 2016	51
Tabela 2. Avaliação dos componentes da dimensão estrutura e grau de implantação, Pernambuco, 2016.	51
Tabelas 3. Avaliação dos critérios do componente insumos e grau de implantação, Pernambuco, 2016.	52
Tabela 4. Avaliação dos critérios do componente Recursos Humanos e grau de implantação, Pernambuco, 2016.	53
Tabela 5. Avaliação dos componentes da dimensão processo e grau de implantação, Pernambuco, 2016.	54
Tabela 6. Avaliação dos critérios do componente Coordenação e grau de implantação, Pernambuco, 2016.	55
Tabela 7. Avaliação dos critérios do componente Monitoramento e grau de implantação, Pernambuco, 2016.	56
Tabela 8. Avaliação dos critérios do componente Educação em Saúde e grau de implantação, Pernambuco, 2016	57
Tabela 9. Avaliação dos critérios do componente Integração e Qualificação e grau de implantação, Pernambuco, 2016.	58

## **I. INTRODUÇÃO**

### **1.1 A avaliação de desempenho profissional no contexto da gestão do trabalho do Sistema Único de Saúde**

A definição de um conceito ampliado de saúde e a promulgação, na Constituição Federal de 1988, do Sistema Único de Saúde (SUS) definiram diretrizes, princípios e uma nova lógica de organização à saúde do país. Este novo modelo também provocou uma mudança nas formas de gestão e estabeleceu novas práticas nos serviços de saúde. Assim, o SUS passou a ser, de fato, um sistema de abrangência nacional em busca da universalidade.

A gestão do trabalho e da educação ganhou relevância, tornando-se um elemento decisivo para a regulamentação das relações de trabalho e crítica para a mudança das práticas, integralidade, efetividade e eficiência das ações de saúde<sup>1,2,3,4,5</sup>.

Na década de 90, caracterizada pela adoção dos preceitos neoliberais, o governo do Brasil realizou um conjunto de reformas constitucionais que fortaleceu a introdução de diferentes modelos de gestão, como pactos, contratos e a “flexibilização” nas formas de contratação de profissionais. Esses modelos provocaram diversidade na forma de lidar com os contratos, processos e com as condições de trabalho, principalmente quando se comparam os setores públicos, privados e filantrópicos. Tornaram-se preocupantes para condução de boas práticas no setor de gestão do trabalho definidas pela participação e vínculos protegidos, visto que este período foi marcado pelo abandono da proposta de planos de carreira profissional, pela precarização do trabalho e perda da importância da negociação no âmbito do SUS<sup>6,7</sup>.

Ao final deste período, expressão gestão de recursos humanos, clássica da literatura administrativa e do modelo taylorista, considerada sinônimo de um departamento mecanicista que vinculava o trabalhador ao papel de insumo adicional aos outros recursos utilizados para produção de serviços, cedeu espaço à gestão do trabalho, ora caracterizada pela participação, envolvimento e responsabilidade com o desenvolvimento e formação do profissional e crescimento da instituição<sup>8,9,10</sup>.

Embora o termo recursos humanos seja largamente utilizado na literatura mundial sem vinculação exclusiva com sua conceituação clássica, a abordagem gestão do trabalho corresponde melhor à dinâmica presente nas relações de trabalho e gestão desse campo no SUS. Onde o trabalhador é percebido como sujeito e agente transformador do seu ambiente e não apenas como um mero recurso humano realizador de tarefas previamente estabelecidas<sup>8</sup>.

Sob a ótica de uma nova política, a gestão do trabalho se fortaleceu no SUS com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES) pelo Ministério da Saúde (MS). A formulação da Política de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde passou a ser norteada na busca de ações para o constante desenvolvimento e o aperfeiçoamento dos trabalhadores no SUS, sobretudo com participação e integração entre trabalho e educação<sup>5,11</sup>.

A construção desta política visa representar as escolhas de interesse público para a determinação do perfil de trabalhadores oferecido aos usuários do SUS, das vagas de empregos, dos salários e remunerações, dos incentivos, oportunidades de carreira e formação oferecidas tanto em âmbito individual quanto no coletivo<sup>5,7</sup>.

A criação da SGTES tem sido considerada como evento de caráter central na concepção de que os trabalhadores da saúde precisam assumir nova dimensão na

implementação do sistema de saúde brasileiro, como uma resposta ao movimento reformista da administração pública gerencial<sup>3,4</sup>.

Além de instituir as diretrizes nacionais da Política de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, tal órgão constituiu um marco importante para a área, incluindo em seus trabalhos:

- A formulação da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS), incluindo as diretrizes para a elaboração de plano de cargos, carreiras e salários da saúde;
- O Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS (DesprecarizaSUS);
- A reinstalação das Mesas Nacionais de Negociação Permanente do SUS (MNP-SUS);
- O funcionamento da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde, e
- A criação do Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (ProgeSUS), visando a qualificação da gestão do trabalho e da educação com objetivo de estruturar, qualificar e suprir as secretarias de saúde com ferramentas de gestão para a organização e a profissionalização da gestão do trabalho no SUS<sup>12</sup>.

Vale ressaltar que a Organização Mundial de Saúde (OMS) instituiu o período de 2006 a 2015 como a “década dos recursos humanos em saúde”, reforçando a mobilização de diferentes segmentos nas discussões sobre a temática do trabalho e da educação na saúde<sup>8</sup>.

Ao apoiar este movimento, o Brasil passou a priorizar a discussão e a incorporação de novas tecnologias e a consolidação de estudos e pesquisas que visam

apoiar a gestão na busca de soluções para as demandas dos trabalhadores da saúde que se reflitam na qualidade da atenção à saúde<sup>4</sup>.

Como exemplo destas novas tecnologias, inclui-se a incorporação de práticas avaliativas na gestão, recorrendo à avaliação de desempenho como um instrumento que corrobora para mudanças e que também coopera com o aumento dos níveis de eficiência na prestação de serviços por parte dos profissionais de saúde, tão caro aos processos administrativos<sup>4</sup>.

Dentro deste contexto, a noção de desempenho, na área da saúde, pode estar relacionada tanto ao grau de alcance dos objetivos dos sistemas de saúde quanto compreendida como avaliação de pessoal<sup>13,14</sup>.

Na gestão do trabalho, por avaliação de desempenho de pessoal, entende-se o levantamento individual da capacidade e do desempenho de um funcionário com dois objetivos: desenvolvimento do empregado ou a compensação<sup>14</sup>.

Geralmente, a primeira é individualizada, sem comparações entre sujeitos. Já a segunda, com finalidade de recompensa financeira do mérito, tem de envolver comparações, sendo que a coleta deve ser bem precisa<sup>14</sup>.

Contudo, em muitas instituições, constatou-se que a avaliação de desempenho profissional, apesar dos aspectos positivos que introduz na gestão do trabalho, acabou por ser utilizada como simples instrumento de obrigação burocrática, não democrática ou de controle de resultados. Isso demonstra a fragilidade na introdução das mudanças necessárias à prática de uma cultura de meritocracia, com base na gestão do desempenho, na aprendizagem institucional e na obtenção de resultados efetivos. Na verdade, o movimento deve ter como objetivo a necessidade de se reduzir o protecionismo existente nas relações de trabalho e de se avançar na abertura da



participação dos servidores nos processos de melhoria das condições de trabalho no serviço público<sup>5,7</sup>.

A avaliação de servidores possui essa dupla face. A primeira como instrumento de desenvolvimento de recursos humanos, a qual traria mais interesse ao trabalhador por ser um meio dele se beneficiar com treinamentos, prêmios e reconhecimentos. E a segunda face correspondente à avaliação como mecanismo de controle dos empregados, onde a organização não somente registra o que o indivíduo faz, mas também como ele faz o seu trabalho. Uma metodologia de avaliação pode constituir um instrumento de poder a serviço da organização<sup>15</sup>.

Ao que parece é fundamental a adoção de modelos de avaliação de desempenho profissional que acolham tanto as exigências dos serviços quanto a proteção do exercício profissional e, especialmente, resguardem o usuário desses serviços com ações qualificadas e sem risco<sup>4,6</sup>.

Por ser considerada uma prática mais presente no setor privado, medir o desempenho de profissionais em instituições públicas pode parecer uma tarefa difícil, no entanto, em decorrência de pressões por mais eficiência e eficácia, essa prática tende a ser cada vez mais necessária. Todavia, também precisa ser compreendida como prática emancipadora, formativa e de fortalecimento do trabalho em equipe<sup>16,17</sup>.

Pode-se ainda entender que o desempenho da força de trabalho, denominação que engloba todos os envolvidos na produção da saúde, tem um impacto imediato sobre a prestação de serviços dos sistemas de saúde e, em última instância, na saúde da população. Uma força de trabalho com bom desempenho é aquela que apresenta boa capacidade de resposta, justa e eficiente para atingir os melhores resultados possíveis para a saúde em face dos recursos disponíveis e das circunstâncias<sup>18</sup>.

A avaliação de desempenho deve representar um instrumento que favoreça o trabalhador, o gestor e o serviço ao indicar ajustes, necessidades de capacitação e melhorias nas condições de trabalho<sup>4</sup>.

Avaliar o desempenho de um profissional deve promover o conhecimento e a medida da atuação dos indivíduos na organização, estabelecendo uma comparação entre o desempenho esperado e o apresentado<sup>19</sup>.

Assim, a avaliação de desempenho evolui conforme vão surgindo novas necessidades de conhecimento de resultados, conforme novos estudos são realizados, novos modelos de atenção e gestão no SUS desenvolvidos, novas técnicas implantadas e novas bases teóricas fincadas na literatura<sup>20</sup>.

A incorporação de um programa de avaliação de desempenho profissional é, sem dúvidas, um caminho que contribui também para o fortalecimento da institucionalização de práticas avaliativas nas ações de gestão em saúde<sup>16</sup>.

A inclusão deste processo, como prática rotineira, proporciona aos gestores de programas informações necessárias para a definição de estratégias de intervenção, contribui para aumentar a racionalidade na tomada de decisões, a identificação de problemas, seleção de alternativas de solução, previsão de suas consequências e otimização da utilização dos recursos disponíveis<sup>21</sup>.

Em estudo no qual analisou a Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica, pode-se perceber a ênfase à institucionalização de avaliações formativas no âmbito estadual. Tratava-se de um programa destinado ao processo de aprendizagem institucional<sup>22</sup>. O autor defende que institucionalizar a avaliação é desenvolver uma cultura de avaliação que sirva para tomada de decisão, qualificação da gestão, aprendizagem institucional e para prestação de contas à sociedade<sup>22</sup>.

Na área de gestão do trabalho, o desafio é apoiar (e promover) a institucionalização das práticas avaliativas com amplo grau de abertura, mais participativas, reflexivas e emancipatórias, capazes, inclusive, de mediar a relação das instituições (gestores e profissionais) com os usuários e a rede social deles. Ainda, mediar consensos (acordos provisórios) diante das controvérsias que surgem nas relações sociais dentro do sistema de saúde e com a rede de usuários<sup>16</sup>.

A finalidade da institucionalização da avaliação na gestão do trabalho é facilitar que trabalhadores e gestores enxerguem e se enxerguem, compreendam e se compreendam<sup>17</sup>.

De acordo com o relatório do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), em 2004, atividades de desenvolvimento e formação já eram implementadas por 80,7% das secretarias estaduais do país, e 87,7% deste conjunto coordenam e executam ações de desenvolvimento de recursos humanos<sup>7</sup>.

Em geral, os órgãos de administração de pessoal das secretarias estaduais e municipais de saúde, em especial os das capitais, vêm colocando em prática instrumentos da agenda da política de gestão do trabalho do SUS, ainda que ocorram variações expressivas na amplitude e extensão dessa implementação<sup>23</sup>.

Para isso, mecanismos de implementação de processos avaliativos do desempenho da força de trabalho são constantemente desenvolvidos, estudados e também avaliados, em meio à criação das legislações específicas, sistemas utilizados e “*modus operandi*”. Contudo, muitos estudos são encontrados na área da administração de pessoas, ao passo que em relação ao setor público e aos recursos humanos específicos da saúde, com suas enormes particularidades, existem poucos trabalhos<sup>20,24</sup>.

Processos de avaliação de desempenho (AD) ocorrem em 365 secretarias de saúde no Brasil, dos quais 44% são específicos para a saúde e foram implementados a

partir de 2011. Os principais aspectos contemplados em função dos resultados da AD específica para a saúde nas secretarias estaduais são o pagamento de gratificação (79%) e reestruturação do trabalho (71,4%), enquanto nas secretarias municipais as mais citadas foram o pagamento de gratificação e a progressão na carreira (91%). Nas demais, as mais referidas foram as oportunidades de desenvolvimento profissional e a progressão na carreira<sup>12</sup>.

Neste cenário, ao observar o potencial positivo de se realizar uma avaliação de desempenho profissional sistemática, a Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SEGTES/SES-PE) definiu como ação estratégica a implantação completa do Programa de Avaliação de Desempenho Profissional. Defendeu que a avaliação de desempenho profissional e os dados informatizados sobre a força de trabalho são instrumentos indispensáveis para o auxílio dos gestores e áreas de administração de pessoas. Entendeu que precisava englobar não só desempenho institucional, como de equipe, bem como a integração com a gestão da educação. Priorizou a definição/ pactuação de indicadores de desempenho alinhados ao pacto pela saúde do modelo de gestão todos por Pernambuco e o desenho de um sistema de informação de acompanhamento deste.

Partiu do pressuposto de Hartz (2002), que a AD é uma intervenção que oferece meio para se conhecer melhor a capacidade da organização e o desempenho não se refere apenas aos aspectos quantitativos de produtividade, mas incorpora a qualidade com que os processos são implementados, os valores institucionais e a capacidade da organização de aprender e se desenvolver<sup>25</sup>.

Este processo procura instituir, aos poucos, uma cultura de avaliação no cotidiano dos hospitais e serviços e que possa contribuir no sentido que aponta Hartz

(2011): “...*integrá-la a um sistema organizacional o qual ela seja capaz de influenciar seu comportamento*”<sup>26</sup>.

Visa, também, ajudar no diagnóstico das carências técnicas e comportamentais dos funcionários, subsidiar programas de treinamento, fornecer informações à organização para a adequação funcional, readaptação, transferência e até mesmo dispensa de pessoal, medir o desempenho institucional e individual, gerar insumos para o desenvolvimento organizacional, informações para dimensionamento de pessoal, promover a melhoria da qualificação dos serviços públicos, subsidiar a política de gestão de pessoas, valorizar o desempenho eficiente do servidor, proporcionar *feedback* aos funcionários, promover a integração dos níveis hierárquicos pro meio da comunicação entre avaliadores e avaliados e contribuir para melhoria do clima organizacional.

## **1.2 A avaliação em saúde como dispositivo para melhoria das intervenções institucionais**

A avaliação em saúde, dentre as suas inúmeras definições, permite emitir um juízo de valor sobre a intervenção, fornecendo informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre essa intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, envolvendo diferentes atores aptos a se posicionar sobre a intervenção, para que possam construir individual ou coletivamente elementos e dispositivos que favoreçam o seu aperfeiçoamento<sup>27,28</sup>. As intervenções avaliadas podem ser direcionadas às mais diversas problemáticas envolvidas no campo da saúde como as ações de vigilância epidemiológica, o desenvolvimento de sistemas de informações,

entre outros, incluindo-se as práticas em gestão do trabalho na saúde, orientando as políticas da área.

A avaliação normativa inclui o estudo de componentes como estrutura e processo para determinar a medida denominada grau de implantação de uma intervenção. Denis e Champagne (2011) definem grau de implantação como: “...a contribuição dos componentes verdadeiramente implantados, do programa, na produção dos efeitos”. Os autores concluem que a medida do grau de implantação de uma intervenção exige que sejam identificados os componentes da intervenção, as práticas requeridas para a sua implantação bem como analisar a variação na implantação em função da variação das características contextuais<sup>27</sup>.

Para constituir a medida do grau de implantação é necessário construir e validar o modelo lógico da intervenção. A partir de então se definem os critérios relacionados à estrutura e ao processo da implantação. A construção de um modelo lógico é uma das etapas do processo avaliativo e apresenta, de uma maneira sucinta, como um projeto foi concebido, desenvolvido e o resumo dos principais elementos do projeto. Deve ser desenvolvido como uma forma de planejamento estratégico, e utilizado para uma melhoria contínua do programa e avaliação do mesmo, auxiliando a organização das ações componentes do programa de forma articulada aos resultados esperados<sup>27,28,29,30</sup>.

É notório que, para auxiliar no pleno funcionamento de projetos no âmbito da saúde, assim como o programa de Avaliação de Desempenho Profissional da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, é preciso descrever o programa, compreender sua estrutura, vieses e fragilidades, observar se é possível alcançar os resultados esperados e propor as devidas recomendações para a continuidade da sua prática.

## II. JUSTIFICATIVA

Considerando as mudanças recentes nos processos gerenciais e as novas diretrizes do SUS para as políticas de gestão do trabalho;

Considerando que o Programa de Avaliação de Desempenho Profissional pode ser compreendido como uma intervenção em saúde, a qual se apresenta como uma ferramenta importante para o setor de administração de pessoas e para o funcionamento adequado dos serviços de saúde pertencentes ao SUS.

Considerando ainda que estudos avaliativos devem contribuir na busca de melhorias para o programa em si, para os processos da Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde de Pernambuco, onde será realizado, e também para a gestão em saúde como um todo.

Este trabalho se justifica por:

- Fortalecer a produção do conhecimento e aprendizagem aos atores envolvidos no processo, possibilitando melhorias na definição de objetivos e metas, coerência das atividades realizadas com seus resultados esperados e identificação dos focos prioritários do programa;
- Contribuir para apoiar gestores na tomada de decisão sobre ações relativas à gestão do trabalho e educação em saúde;
- Auxiliar futuros gestores que porventura ingressem no processo de gestão de programas de avaliação de desempenho profissional.

### **III. OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Avaliar a implantação do Programa de Avaliação de Desempenho Profissional, desenvolvido pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, no eixo Gratificação de Desempenho.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- Descrever o processo de implantação e as características do Programa de Avaliação de Desempenho Profissional, com ênfase no eixo Gratificação de Desempenho;
- Estimar o grau de implantação do eixo Gratificação de Desempenho, nos componentes estrutura e processo.



## **IV. MÉTODO**

### **4.1 Desenho do estudo**

Trata-se de uma avaliação normativa para estimar o grau de implantação do Programa de Avaliação de Desempenho Profissional, em seu eixo Gratificação de Desempenho (AD-GD), realizado na Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco.

Este estudo utilizou a abordagem quantitativa e qualitativa.

Para o fortalecimento da validade das informações produzidas neste estudo foi realizada a triangulação de dados e de técnicas de pesquisa, segundo a classificação dos cinco tipos básicos de triangulação por Feliciano (2010): 1- de dados: utilização de varias fontes de informações em um estudo; 2- de pesquisadores: participação de pesquisadores de formações científicas variadas, desenvolvendo visão cooperativa; 3- de teoria: uso de múltiplas perspectivas teóricas; 4- de técnicas de pesquisa: uso de diferentes procedimentos de coleta de informações; e 5- de métodos: articulando métodos quantitativo e qualitativo para compreender a complexidade dos processos<sup>31</sup>.

### **4.2 Local do estudo**

O estudo foi realizado no estado de Pernambuco. Situado na Região Nordeste do Brasil, o estado possui uma área de 98.311,616 Km<sup>2</sup>, 184 municípios, um distrito de Fernando de Noronha e conta com uma população, segundo o IBGE (2010), de 8.796.032 habitantes.

O cenário elencado para a execução deste estudo foi a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE) no que contempla sua sede, representada pela Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em saúde (SEGTES), e unidades hospitalares localizadas no estado de Pernambuco.

A rede de saúde estadual está organizada de forma a garantir o acesso da população a serviços da média e alta complexidade, estando dividida em 04 macrorregiões de saúde: 1 - Metropolitana; 2 - Agreste; 3 - Sertão e 4 - Vale do São Francisco e Araripe, segundo figura 1.

Figura 1. Macrorregiões de saúde, Pernambuco, 2016.



Seguindo o propósito de regionalização dos serviços de saúde, preconizado pelo SUS, a SES/PE possui sua rede organizada também em 12 Gerências Regionais de Saúde – GERES. Estas são consideradas unidades técnico-administrativas que têm a missão de planejamento, execução, acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações/serviços de saúde e das diretrizes da política estadual de saúde em cada Região de Saúde.

A SES/PE conta com um quadro aproximado de 24.800 profissionais de saúde pública sob administração direta, estando cerca de 17.000 (68% deste total) atuando nas unidades hospitalares.

Figura 2. Gerencias Regionais de Saúde, Pernambuco, 2016.



A rede hospitalar assistencial comporta 23 hospitais da rede própria e administração direta: hospitais Agamenon Magalhães, Barão de Lucena, Restauração – Governador Paulo Guerra, Otávio de Freitas, Getúlio Vargas, Colônia Professor Alcides Codeceira, Correia Picanço, Geral de Areias, Jaboatão Prazeres, Ulysses Pernambucano, São Lucas, Sanatório Padre Antônio Manuel (Mirueira), Regional José Fernandes Salsa, Colônia Vicente Gomes de Matos, Regional do Agreste, Jesus Nazareno, Dom Moura, Regional Ruy de Barros Correia, Regional Inácio de Sá, Regional Emília Câmara, Professor Agamenon Magalhães, Itaparica, Belarmino Correa; 09 hospitais da rede própria e gerenciados por Organizações Sociais de Saúde: Hospitais Fernando Bezerra, Dom Malan, Ermírio Coutinho, Regional Silvio Magalhães, João Murilo de Oliveira, Mestre Vitalino, Miguel Arraes de Alencar, Pelópidas Silveira e Dom Helder e 14 Unidades de Pronto Atendimento (UPAS)<sup>32</sup>.

A pesquisa contou com um total de 21 unidades participantes (quadro 1).

Quadro 1. Lista de hospitais participantes do estudo.

<b>LOCALIDADE</b>	<b>UNIDADE</b>
I GERES/ Recife	Hospital da Restauração - Governador Paulo Guerra
	Hospital Barão de Lucena
	Hospital Agamenon Magalhães
	Hospital Getúlio Vargas
	Hospital Otávio de Freitas
	Hospital Geral de Areias
	Hospital Ulysses Pernambucano
	Hospital e Policlínica Jaboatão Prazeres
	Hospital Colonia Alcides Codeceira
	Hospital Correia Picanço
Sanatório Pe Antonio Manuel (Mirueira)	
II GERES/ Limoeiro	Hospital Regional José Fernandes Salsa
III GERES / Palmares	Hospital Colônia Prof. Vicente Gomes de Matos
IV GERES/ Caruaru	Hospital Regional do Agreste
	Hospital Jesus Nazareno
V GERES/ Garanhuns	Hospital Regional Dom Moura
VI GERES/ Arcoverde	Hospital Regional Ruy de Barros Correia
VII GERES/ Salgueiro	Hospital Regional Inácio de Sá
X GERES/ Afogados Da Ingazeira	Hospital Regional Emília Câmara
XI GERES/ Serra Talhada	Hospital Prof. Agamenon Magalhães
XII GERES/Goiana	Hospital Belarmino Correia

Fonte: SES/PE, 2015.

Foram excluídos do estudo os hospitais que não possuem servidores com vínculo público ou que não estão sob gestão direta da Secretaria Estadual de Saúde. Também foram excluídas as unidades São Lucas e Itaparica, por se tratarem de hospitais que em

que os servidores não realizam a avaliação de desempenho. O primeiro situa-se na ilha de Fernando de Noronha e tem um regime diferenciado de trabalho, onde vários servidores atuam por temporada. O segundo passa por um processo de municipalização.

No âmbito da SES/PE, o órgão responsável pela implantação e gestão do Programa de Avaliação de Desempenho Profissional é a Diretoria Geral de Gestão do Trabalho (DGGT). Esta diretoria faz parte da estrutura da SEGTES que funciona na sede da Secretaria Estadual de Saúde, no município do Recife, capital do estado. Esta desenvolve ações direcionadas à estruturação, formação, qualificação, educação permanente, entre outras relacionadas à gestão do trabalho. A SEGTES está organizada em duas diretorias: DGGT e Diretoria Geral de Educação em Saúde (DGES).

### **4.3 Período do estudo**

O estudo foi realizado no período entre março de 2014 e março de 2016.

Para efeitos da descrição da implantação do programa foram levantados documentos desde 2011, quando a lei inicial foi publicada (Lei estadual n. 194 de 09 de dezembro de 2011).

### **4.4 População do estudo**

Para obtenção de dados sobre a implantação do programa, foram eleitos para responderem a um questionário autoaplicável os informantes-chave entre servidores da SES/PE de diferentes categorias, perfazendo um total de 50 profissionais participantes.

Integraram a população de informantes 08 profissionais do quadro técnico/gestor da SEGTES/SES-PE (Secretária Executiva (n=1), Diretora (n=1), Gerente (n=1), Coordenador (n=1), Apoio Institucional (n=2) e Apoio técnico (n=2)) e 42 profissionais das unidades hospitalares participantes do programa AD-GD sendo estes pelo menos 01 profissional do quadro gestor (Diretor do Hospital ou Chefe da clínica) e 01 do quadro técnico responsável pelo programa em cada unidade selecionada.

É importante salientar que estes servidores apresentam diversos tipos de vínculo com a administração pública, a saber, estatutários com vínculo efetivo, estatutários cedidos de outros órgãos públicos, contratados por tempo determinado e cargos comissionados. Nem todos fazem jus ao recebimento da Gratificação de Desempenho e/ou participam da avaliação mensal, porém todos participam das atividades ligadas ao processo de trabalho do Programa AD-GD.

Dos 21 hospitais participantes (quadro 1), 15 responderam aos questionários distribuídos. Dentre as unidades que não responderam estão 01 hospital de grande porte localizado na região metropolitana e 05 unidades regionais. Os outros participantes fazem parte da sede da SEGTES/SES/PE (quadro 2).

Quadro 2. Quantitativo de participantes da pesquisa, por hospital, Pernambuco, 2016.

UNIDADE DE PRODUÇÃO	GESTOR	TECNICO
Hospital Getúlio Vargas	01	01
Hospital Barrão de Lucena	01	01
Hospital da Restauração/ Paulo Guerra	01	01
Hospital Agamenon Magalhães	01	01
Hospital Geral de Areias	01	01
Hospital Alcides Codeceira	01	01
Hospital Jaboatão/Prazeres	01	01
Sanatório Padre Antônio Manoel/ Mirueira	01	01
Hospital Regional do Agreste	01	01
Hospital Jesus Nazareno	01	01
Hosp. Prof. Agamenon Magalhães	01	01

Hospital Belarmino Correia	01	01
Hospital Inácio de Sá	01	01
Hospital José Fernandes Salsa	01	01
Hospital Dom Moura	01	01
SEGTES (secretaria)	01	
SEGTES (diretora)	01	
SEGTES (gerente)	01	
SEGTES (coordenadora)	01	
SEGTES (apoiador)	01	
SEGTES (apoiador)	01	
SEGTES (tecnico)		01
<b>TOTAL</b>	<b>21</b>	<b>16</b>

## 4.5 Etapas do trabalho de campo

O trabalho de campo contemplou quatro etapas: 1) Coleta de dados para elaboração da descrição histórica e características do programa; 2) elaboração e validação do modelo lógico do programa; 3) elaboração e validação da matriz de análise e julgamento do programa e 4) coleta de dados para obtenção do grau de implantação.

### *4.5.1 Coleta de dados para elaboração da descrição histórica e características do programa*

Durante a pesquisa de campo os dados foram obtidos por meio da observação sistemática da execução das atividades de implantação do programa, realizada no período do estudo. Os dados de fontes secundárias para descrição do programa foram coletados da legislação, de documentos e de normas técnicas.

O levantamento documental que incluiu os documentos técnicos e institucionais apresentados no quadro 3.

Quadro 3 - Lista de documentos utilizados no estudo, Pernambuco, 2015.

<b>DOCUMENTO</b>	<b>OBJETIVO</b>
Lei Complementar 194/2011	Instrução normativa que institui a Gratificação de Desempenho
Caderno de Orientações – Avaliação de Desempenho	Documento que apresenta as diretrizes do Programa de Avaliação de Desempenho para o estado de Pernambuco
Manual de Orientações da Avaliação de Desempenho para a Gratificação de Desempenho	Documento que apresenta as diretrizes do eixo Gratificação de Desempenho, com instrução do processo, metas e indicadores
Ofícios e Notas técnicas institucionais	Instruções pactuadas dentro da gestão
Relatórios Técnicos Gerenciais	Obtenção de resultados relativos ao processo avaliativo
Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS – Protocolos e Resoluções	Identificar as decisões pactuadas nas reuniões que apontam as diretrizes nacionais para implementação de políticas de gestão do trabalho no SUS
Política Nacional de Educação Permanente em Saúde	Identificar e definir ações educativas que qualifiquem a atenção e a gestão em saúde através da formação e do desenvolvimento dos trabalhadores do setor

Fonte: sistematização da autora

Os documentos elencados permitiram a caracterização da intervenção, o resgate histórico do programa e a construção inicial e adequação do modelo lógico e matriz de indicadores para a avaliação.

Para a descrição da implantação do programa, foi eleito como método auxiliar a Observação Participante, a qual aconteceu no período de março a dezembro de 2014 na SEGTES/SES/PE. Segundo Yin (2015), a técnica da observação participante, muito



utilizada na antropologia, também pode ser usada em ambientes mais ligados ao nosso dia-a-dia, como em uma organização a exemplo da SES/PE<sup>33</sup>.

Este método é considerado um instrumento de coleta de dados onde o observador/pesquisador sempre interage, em maior ou menor grau, com a realidade que se propõe a conhecer. Ao mesmo tempo em que o pesquisador se envolve com a situação investigada, deve também desenvolver um certo estranhamento, de modo a não influenciar o quadro de relações e comportamentos já estabelecidos.<sup>33</sup>

#### ***4.5.2 Elaboração do modelo lógico do Programa de Avaliação de Desempenho Profissional – eixo Gratificação de desempenho.***

O Modelo Lógico foi elaborado a partir das normas que regem o programa estadual e os produtos advindos das atividades realizadas na sua condução, tendo como base os fundamentos da Política Nacional de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde do SUS. Este modelo orientou a observação e o levantamento documental e aplicação dos questionários.

Em sua conformação inicial contemplou as dimensões estrutura e processo e os componentes: 1) Regulamentação/Normalização; 2) Gestão/Coordenação; 3) Avaliação/Monitoramento; 4) Educação Permanente; 5) Integração e Qualificação do Processo de Trabalho e 6) Monitoramento dos Indicadores de Saúde (Apêndice A).

Posteriormente, o modelo elaborado foi submetido à análise de coerência e efetividade para atingir os objetivos gerais propostos junto à equipe de especialistas.

Esta etapa aconteceu por meio de duas oficinas, realizadas no espaço da SEGTES/SES/PE entre os meses de dezembro/2015 e janeiro/2016. A primeira com

objetivo de análise do modelo lógico construído e a segunda para validação final do modelo e da matriz de análise e julgamento do grau de implantação do programa.

Esta estratégia buscou garantir a validade de constructo, relacionada ao conjunto de medidas utilizadas pelo pesquisador na coleta de dados para identificar as mudanças que são objeto de estudo<sup>33</sup>.

Foram selecionados para participar das oficinas indivíduos identificados como pertencentes ao grupo de interesse ou especialistas, participantes da SEGTES, definidos como indivíduos que estão de alguma maneira envolvidos ou potencialmente afetados pela intervenção e por eventuais consequências do processo avaliativo. O mesmo grupo participou dos dois encontros, realizando a análise dos itens e validação do modelo proposto. A realização das oficinas facilitou a discussão acerca dos critérios definidos, promovendo a troca de experiências e o confronto de opiniões. A discussão foi direcionada no sentido de julgar a pertinência e suficiência dos critérios de avaliação, tendo como resultado o modelo e a matriz apresentados neste estudo.

Após esta análise, o modelo contemplou para estrutura os componentes Insumos e Recursos Humanos. Para processo, os componentes 1) Coordenação; 2) Monitoramento; 3) Educação Permanente; 4) Integração e Qualificação do Processo de Trabalho nas Unidades de Produção. O modelo é apresentado na figura 3.

**Figura 3.** Modelo lógico do Programa de Avaliação de Desempenho, eixo - Gratificação de Desempenho, Secretaria de Saúde de Pernambuco,

COMPONENTES	ESTRUTURA	PROCESSO	PRODUTOS	RESULTADOS INTERMEDIÁRI	RESULTADO FINAL
COORDENAÇÃO		Revisão da lei que institui a gratificação	Lei revisada e republicada	Processo ocorrendo de acordo com legislação vigente	Melhoria das práticas de gestão do trabalho
		Construção e publicação do decreto que regulamenta o processo de avaliação	Decreto construído e publicado		
		Construção e divulgação do Manual da Gratificação de Desempenho	Manual construído e disponibilizado		
		Acompanhamento mensal do processo de avaliação	Avaliações realizadas pelas unidades acompanhadas por meio de Relatórios gerenciais		
		Suporte técnico às unidades	Unidades de Produção acompanhadas pela equipe de suporte técnico		
		Elaboração de fluxo sobre processos de trabalho	Fluxo da SES sobre o processo da Gratificação de Desempenho definidos		
		Realização de reuniões com os sindicatos para negociações e discussões	Reuniões entre SES e Sindicatos realizadas e Negociações finalizadas		
		Criação do SISGRADE	SISGRADE criado pela Informática e SEGTES		
		Disponibilização do sisgrade em todas as unidades de produção	Sistema disponibilizado nos computadores das unidades		
		Manutenção, atualização e padronização das rotinas do SISGRADE (parametrização de metas e indicadores, inclusão de novas unidades, atualização de cadastro, autorização de pagamento)	Rotinas do sisgrade padronizada com metas e indicadores e Rotinas atualizadas sempre que houver necessidade em tempo oportuno		
Realização de reuniões internas para definição e pactuação de indicadores em conjunto com as demais áreas técnicas e alinhadas com o pacto pela saúde	Reuniões realizadas entre SEGTES e demais setores da saúde com indicadores definidos				
MONITORAMENTO	Computadores, internet, Sistema on line, recursos humanos para suporte técnico e gerencial, apoiadores institucionais nos hospitais, transporte, orçamento definido e recurso financeiro disponível.	Realização das rotinas de auditoria do processo de pagamento por amostragem	Auditorias realizadas pela GPRT	Sisgrade implantado	Melhoria da eficiência e qualidade dos serviços de saúde prestados
		Envio de relatórios devolutivos para os setores de RH das unidades de produção sobre os resultados das avaliações	Unidades informadas sobre os resultados das avaliações por meio de Relatórios Técnicos Gerenciais		
		Monitoramento do status da avaliação mensal pelas unidades de produção	Status das avaliações concluídas pelas unidades de produção, monitorado pela SEGTES		
		Monitoramento da qualidade da informação	Erros no sistema identificados e corrigidos pela equipe de informação e informática		
EDUCAÇÃO PERMANENTE		Incentivo aos profissionais à realização de cursos	Cursos realizados pelos profissionais nas Unidades de Produção	Fortalecimento das ações de Educação em Saúde nas Unidades de Produção	
		Reuniões colegiadas do grupo de Apoio Institucional (AI)	Reuniões do colegiado de AI realizadas na SEGTES e nas Unidades de Produção		
		Incentivo à adesão e prática das preceptorias	Adesão de profissionais às práticas de preceptorias		
		Realização de seminários de discussão sobre os indicadores.	Seminários realizados sobre as metas e indicadores nas Unidades de Produção		
Realização de capacitações em avaliação de desempenho para os RH das unidades.	Capacitações realizadas sobre a avaliação de desempenho nas Unidades de Produção				
INTEGRAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO NAS UNIDADES DE PRODUÇÃO		Revisão e repactuação sistemática (trimestral) de metas e indicadores.	Metas e indicadores revisados trimestralmente e repactuados conforme revisão	Melhoria dos processos internos nas unidades de produção/ hospitalares e entre o Nível Central	
		Atualização do manual de orientações	Manual de orientações atualizado e Manual de orientações disponibilizados às Unidades de Produção		
		Padronização de instrumentos para alimentação do sistema	Instrumentos para alimentação de dados no Sistema Sisgrade padronizados		
		Acompanhamento das mudanças da gestão da clínica, gestão da educação e das comissões de prontuários	Mudanças no processo de trabalho identificadas na gestão da clínica, gestão da educação e nas comissões do prontuários.		

### ***4.5.3 Elaboração e validação da matriz de análise e julgamento.***

Baseado no modelo lógico foi elaborada a matriz de análise e julgamento (figura 4). Assim como o modelo, a matriz também foi validada por especialistas nas oficinas realizadas durante o estudo.

Os critérios contidos nas matrizes de análise e julgamento foram relacionados ao modelo lógico do programa como uma forma de melhorar a validade de constructo.

Foram incluídos os seguintes aspectos para cada critério analisado: meta/ padrão, julgamento, fonte de verificação e técnica de obtenção. A matriz totaliza 340 pontos, sendo estes 90 pontos para julgamento da estrutura e 250 pontos para o julgamento do processo.

**Figura 4.** Matriz de Análise e Julgamento.

DIMENSÃO	COMPONENTES	CRITÉRIOS	META/PADRÃO	JULGAMENTO		FONTE DE VERIFICAÇÃO/ TÉCNICA DE OBTENÇÃO
PROCESSO	COORDENAÇÃO	Lei revisada e republicada	Revisada e Publicada até dez 2014	Revisada- 5	Publicada-10	Diário Oficial de Pernambuco
		Decreto da GRD construído e Decreto publicado	Decreto Publicado até dez 2014	Construído-5	Publicado- 10	Diário Oficial de Pernambuco
		Manual construído e Manual disponibilizado	Manual construído e disponibilizado até dez 2014	Construído-5	Disponibilizado para UP-10	SISGRADE
		% de Avaliações realizadas pelas unidades	90% ( 17.000 profissionais avaliados ou 30 UP com avaliações concluídas dez-2012 a dez-2014)	Menos de 50% da Meta- 5	90% ou mais- 10	SISGRADE
		% de UP acompanhadas por meio de Relatórios gerenciais	90% ou mais (dez-2012 a dez-2014)	Menos de 50% da Meta- 5	90% ou mais- 10	Relatórios GPRT
		% de UP acompanhadas pela equipe de suporte técnico	90% ou mais	Menos de 50% da Meta- 5	90% ou mais- 10	Relatórios GPRT
		Fluxo da SES sobre o processo da Gratificação de Desempenho definidos	Fluxo definido e disponibilizado até dez de 2014	Construído-5	Publicado-10	Ofícios e notas técnicas emitidas
		Reuniões entre SES e Sindicatos realizadas e Negociações finalizadas	Reuniões entre SES e Sindicatos realizadas e Negociações finalizadas até dez 2014	Reuniões realizadas- 5	Negociações finalizadas-10	Questionário/ SEGTES
		SISGRADE criado pela Informática e SEGTES	SISGRADE criado até dez 2014	Não-0	Sim-10	Ofícios e notas técnicas emitidas
		% de unidades com Sistema Disponibilizado	100% das UP	50%-5	100%-10	Relatórios GPRT
		Rotinas do sisgrade padronizada e atualizadas sempre que houver necessidade	Até dez 2014	Não-0	Sim-10	Relatórios GPRT
		Reuniões realizadas entre SEGTES e demais SE com indicadores definidos	100% dos indicadores pactuados entre SEGTES e demais SE	80%-5	100%-10	Questionário / SEGTES
	MONITORAMENTO	Auditorias realizadas pela GPRT	10% das planilhas enviadas pelas unidades auditadas	menor q 10%-0	10%-10	Relatórios GPRT
		% de Unidades informadas sobre os resultados das avaliações por meio de Relatórios Técnicos Gerenciais	100% das UP informadas por meio de Relatórios Gerenciais	Relatórios Produzidos 5	Relatórios Enviados 10	Relatórios GPRT
		Status, das avaliações concluídas pelas unidades de produção, monitorado pela SEGTES	Monitoramento realizado	Não -0	Sim-10	Relatórios GPRT
		Erros no sistema identificados e corrigidos pela equipe de informação e informática	90% de correção em tempo hábil	menor q 90%-0	90%-10	Relatórios GPRT

**Figura 4. Matriz de Análise e Julgamento.**

DIMENSÃO	COMPONENTES	CRITÉRIOS	META/PADRÃO	JULGAMENTO		FONTE DE VERIFICAÇÃO/ TÉCNICA DE OBTENÇÃO
PROCESSO	COORDENAÇÃO	Lei revisada e republicada	Revisada e Publicada até dez 2014	Revisada- 5	Publicada-10	Diário Oficial de Pernambuco
		Decreto da GRD construído e Decreto publicado	Decreto Publicado até dez 2014	Construído-5	Publicado-10	Diário Oficial de Pernambuco
		Manual construído e Manual disponibilizado	Manual construído e disponibilizado até dez 2014	Construído-5	Disponibilizado para UP-10	SISGRADE
		% de Avaliações realizadas pelas unidades	90% ( 17.000 profissionais avaliados ou 30 UP com avaliações concluídas dez-2012 a dez-2014)	Menos de 50% da Meta- 5	90% ou mais- 10	SISGRADE
		% de UP acompanhadas por meio de Relatórios gerenciais	90% ou mais (dez-2012 a dez-2014)	Menos de 50% da Meta- 5	90% ou mais- 10	Relatórios GPRT
		% de UP acompanhadas pela equipe de suporte técnico	90% ou mais	Menos de 50% da Meta- 5	90% ou mais- 10	Relatórios GPRT
		Fluxo da SES sobre o processo da Gratificação de Desempenho definidos	Fluxo definido e disponibilizado até dez de 2014	Construído-5	Publicado-10	Ofícios e notas técnicas emitidas
		Reuniões entre SES e Sindicatos realizadas e Negociações finalizadas	Reuniões entre SES e Sindicatos realizadas e Negociações finalizadas até dez 2014	Reuniões realizadas- 5	Negociações finalizadas-10	Questionário/ SEGTES
		SISGRADE criado pela Informática e SEGTES	SISGRADE criado até dez 2014	Não-0	Sim-10	Ofícios e notas técnicas emitidas
		% de unidades com Sistema Disponibilizado	100% das UP	50%-5	100%-10	Relatórios GPRT
		Rotinas do sisgrade padronizada e atualizadas sempre que houver necessidade	Até dez 2014	Não-0	Sim-10	Relatórios GPRT
		Reuniões realizadas entre SEGTES e demais SE com indicadores definidos	100% dos indicadores pactuados entre SEGTES e demais SE	80%-5	100%-10	Questionário / SEGTES
	MONITORAMENTO	Auditorias realizadas pela GPRT	10% das planilhas enviadas pelas unidades auditadas	menor q 10%-0	10%-10	Relatórios GPRT
		% de Unidades informadas sobre os resultados das avaliações por meio de Relatórios Técnicos Gerenciais	100% das UP informadas por meio de Relatórios Gerenciais	Relatórios Produzidos 5	Relatórios Enviados 10	Relatórios GPRT
		Status, das avaliações concluídas pelas unidades de produção, monitorado pela SEGTES	Monitoramento realizado	Não -0	Sim-10	Relatórios GPRT
		Erros no sistema identificados e corrigidos pela equipe de informação e informática	90% de correção em tempo hábil	menor q 90%-0	90%-10	Relatórios GPRT

#### ***4.5.4 Coleta de dados para obtenção do grau de implantação do programa***

No percurso da realização do estudo foram coletados os dados primários mediante aplicação de questionários autoaplicáveis aos participantes da pesquisa (Apêndices B e C). Os questionários foram distribuídos aos participantes, individualmente, no período de dezembro 2015 a março de 2016, por meio eletrônico e físico (papel impresso). Cada participante devolveu o questionário de forma individual.

Foram distribuídos 50 questionários, destes 37 (74%) foram respondidos.

O quadro 4 apresenta os indivíduos participantes do estudo.

Quadro 4. Caracterização dos indivíduos da pesquisa.

<b>Sexo</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Masculino	17	45,9
Feminino	20	54,1
<b>Cargo</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Técnico unidade de produção/apoiador técnico	16	43,2
Gestor	21	56,8
<b>Grau de escolaridade</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Médio	2	5,4
Superior	35	94,6

Fonte: sistematização da autora

Vale destacar que além dos questionários foram utilizadas informações oriundas do levantamento documental e da observação.

## **4.6 Processamento e análise de dados para obtenção do grau de implantação**

Os parâmetros do grau de implantação foram definidos por meio de quartis, utilizando o modelo testado e validado por Cosendey (2003), permitindo assim, atribuir aos serviços uma pontuação que os classificam em graus de implantação<sup>35</sup>.

O grau de implantação foi definido, a partir dos parâmetros elencados na análise da estrutura presente nos serviços e no processo de trabalho realizado pelos profissionais envolvidos, como: implantado para os valores acima de 75%; parcialmente implantado para os valores de 50 a 74,9%; incipiente para os valores de 25 a 49,9% e não implantado para os valores abaixo de 25%.

Para a definição da pontuação de cada critério foi realizada a média consolidada das pontuações de todas as unidades hospitalares a partir dos questionários, resultados das observações diretas e levantamento documental.

O programa Excel foi utilizado para processar os dados quantitativos e estimar o Grau de Implantação.

Também foram levantadas informações sobre as dificuldades e facilidades na implantação da implantação do dispositivo, nos componentes estrutura e processo, que possam contribuir ou dificultar o pleno potencial da intervenção.



## **4.7 Aspectos éticos**

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em seres humanos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP e obedece aos critérios éticos definidos na Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012 que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Sendo aprovado de acordo com as normas do comitê (Anexo 1), sob o número CAAE 52403315.8.0000.5201. Os profissionais entrevistados foram esclarecidos sobre o tema e objetivo do estudo, o tempo médio necessário para a realização do questionário e a utilização feita dos dados fornecidos, e foram convidados a assinar um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice D), concordando com a participação na pesquisa, garantido o anonimato e a confidencialidade das informações. A carta de anuência foi fornecida pela Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde de Pernambuco (Anexo 2).

## **V. RESULTADOS**

Os resultados da pesquisa estão apresentados em duas etapas. A primeira aborda a história e descrição da construção do programa. A segunda refere-se à avaliação do grau de implantação nas dimensões estrutura e processo.

### **5.1 Descrição do Processo de implantação do Programa de Avaliação de Desempenho Profissional da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco**

O Programa de Avaliação de Desempenho Profissional da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco foi concebido com a intenção de ser utilizado como um novo instrumento de gestão, no sentido de promover uma cultura de mérito, exigência, motivação e reconhecimento do servidor como parte de um programa de valorização do mesmo.

O programa se apresenta em três eixos: Avaliação de Desempenho em Estágio Probatório (AD-EP), Avaliação de Desempenho para o Plano de Cargos Carreiras e Vencimentos (AD-PCCV) e Avaliação de Desempenho para Gratificação de Desempenho (AD-GD)<sup>35</sup>.

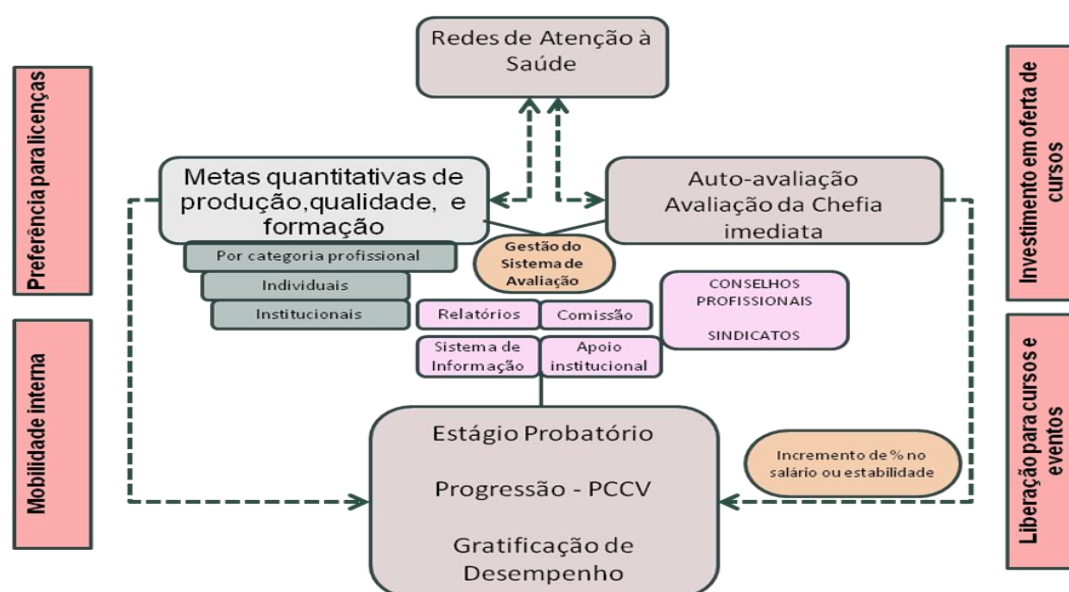
O primeiro eixo, AD-EP, promove condição para aquisição de estabilidade após avaliação sistemática da chefia imediata e validação por uma comissão pré-estabelecida durante o período probatório. Utiliza critérios comportamentais e é realizada no curso de três anos, período estabelecido em lei para o período probatório do servidor da saúde do estado de Pernambuco.

O segundo, AD-PCCV, visa à progressão na carreira do servidor estadual e adota um modelo de avaliação que permite a possibilidade do servidor ser avaliado pela chefia imediata e se autoavaliar, contendo metas de cunho comportamental, e também a avaliação de resultados por plano de metas, o qual varia de acordo com os perfis das mais diversas unidades de saúde.

A AD-GD utiliza o conceito da avaliação do desempenho com vinculação entre desempenho institucional e individual por meio do desdobramento de metas. Este eixo tem relação direta com a produção das unidades hospitalares e de alguns serviços de saúde especiais pertencentes ao âmbito estadual, incluindo indicadores que refletem fatores quantitativos e qualitativos dos serviços prestados à saúde da população assistida.

A figura 5 apresenta o modelo geral do Programa de Avaliação de Desempenho Profissional da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco nos seus três eixos.

Figura 5. Modelo do Programa de Avaliação de Desempenho Profissional, Secretaria Estadual de Saúde, PE, 2014.



### ***5.1.1 Aspectos do eixo Gratificação de Desempenho do Programa de Avaliação de Desempenho Profissional.***

Iniciado em 2011, o programa AD-GD abarca cerca de 17.000 servidores públicos estaduais distribuídos nos hospitais e serviços especiais de saúde da rede própria estadual.

Foi desenhado e institucionalizado dentro da própria SEGTES-PE. Seu modelo de avaliação buscou incluir indicadores que refletissem fatores quantitativos e qualitativos da assistência à saúde e informações importantes sobre a força de trabalho da rede hospitalar.

Dos resultados desta avaliação, são esperados o conhecimento dos efeitos das intervenções de saúde, o alcance dos recursos empregados em relação aos objetivos propostos, o favorecimento do aprendizado institucional como contribuição para o processo de educação permanente e a indução de boas práticas na gestão do trabalho.

O processo de construção teve início a partir deste entendimento, já que a lógica anterior aferia apenas a produção quantitativa dos profissionais, o que incluía um incentivo financeiro baseado nesta produção em detrimento da qualidade do atendimento e do modo de produção de cuidados centrado no usuário. Além do que, neste caso, privilegiavam-se os cuidados produzidos pelos profissionais médicos, já que a maioria dos procedimentos é registrada por estes profissionais, mesmo sendo realizados por uma equipe multiprofissional, onde atuam também outras categorias. Tal fato causava enormes conflitos e insatisfação entre os trabalhadores.

O novo processo procurou manter o incentivo financeiro com base no alcance de metas de equipes institucionais e individuais, com dimensões quantitativas e

qualitativas, visando a melhoria da qualidade dos serviços prestados. Vale ressaltar a tentativa de integração com a gestão de educação e incentivo à preceptorial e formação em serviço.

Constatou-se que, para além da construção da proposta metodológica, necessitava-se também da criação de um sistema de informação de gerenciamento que fosse descentralizado e permitisse o manejo local das informações, o gerenciamento pelo nível central da Secretaria Estadual de Saúde e que estivesse subsidiando o processo de tomada de decisão.

### ***5.1.2 Características do processo de criação***

Na primeira etapa foi necessária a publicação de uma lei estadual, regulada por decreto e portarias, as quais ainda estão em tramitação. A lei estadual foi publicada no dia 09 de dezembro de 2011.

Posteriormente, as dimensões, os indicadores e as metas foram definidos em conjunto com profissionais de saúde, representados pelos seus respectivos sindicatos, gestores e técnicos da secretaria de saúde, diretores dos hospitais e gerentes das regiões de saúde. Alguns indicadores foram escolhidos a partir das prioridades de investimento que faziam parte do processo de monitoramento da gestão junto ao governo do estado – Pacto pela Saúde. Os indicadores foram mesclados entre indicadores de quantidade, qualidade, processo e resultado.

Com a proposta montada, foram realizadas novas discussões com sindicatos e submissão à análise e crítica do grupo, seguindo-se da produção de novas sínteses e validação dos produtos. Este procedimento ajudou a tornar o processo mais válido e participativo.

Ao final deste momento, foram identificadas três dimensões: I) Desempenho institucional, II) Individual e III) formação em serviço dos trabalhadores, cujo resultado final alimentaria a nova gratificação por desempenho. As pontuações utilizadas para o cálculo dos valores respectivos de gratificação a cada grupo funcional da SES PE, a saber: Médicos (grupo 1), analistas em saúde (grupo 2), assistentes em saúde (grupo 3) e auxiliares em saúde (grupo 4), são apresentadas no quadro 5.

Quadro 5. Dimensões da avaliação de desempenho com pontuação por grupos de servidores, SES-PE, 2014.

GRUPOS	DIMENSÃO I	DIMENSÃO II		DIMENSÃO III		TOTAL
	Metas institucionais	Metas individuais	Avaliação da chefia e auto-avaliação	Atividade de Preceptoria	Curso de curta duração	
1 e 2	60	50	40	30	20	200
3	60	-	35	-	15	110
4	60	-	20	-	10	90

Fonte: Manual de Orientações da Gratificação de Desempenho, SEGTES, 2013.

Acordou-se que cada dimensão seria avaliada de acordo com indicadores, pesos e pontuações (quadros 6, 7 e 8), sistematizadas em uma matriz de medidas contendo também o uso de cada indicador e disponibilizadas na internet através de Manual de Orientações<sup>35</sup>.

Quadro 6. Matriz de Indicadores Institucionais – Gratificação de Desempenho. SES/PE, 2014.

Indicador	Meta	Fonte de verificação	Pontos	Método de cálculo	Periodicidade
1. Taxa de mortalidade hospitalar	Redução a ser pactuada com a Unidade de saúde	Relatórios a partir do SIH	Sim= 2 Não=0	TMH= Número de óbitos x100/ Total de saídas (altas, óbitos e transferências) no mesmo período	Trimestral
2. Tempo médio de permanência no leito	Redução a ser pactuada com a Unidade de saúde	Relatório a partir do SIH	Sim= 2 Não= 0	TMP= n° de pacientes-dia em determinado período/ N° de saídas no mesmo período	Trimestral
3. atendimentos e procedimentos apresentados	Aumento a ser pactuado pela Unidade de Saúde com relação a produção mensal do ano anterior	Relatório a partir do SIH/SIA	90% = 4	Total de procedimentos e atendimentos apresentados	Trimestral
4. Acolhimento com classificação de risco	100% dos atendimentos de emergência que tenham passado por equipe de ACCR	Relatório a partir da Ficha de acolhimento	100% = 4 99,9% - 50%= 2 < 50% = 0	%= Número de usuários atendidos por equipe de acolhimento com classificação de risco/ Número de usuários atendidos na emergência	Mensal
5. Aplicação de protocolos clínicos Investigação de pelo menos 10% dos óbitos/agravo por determinada causa (de acordo com o perfil do hospital)*	Em pelo menos 60% dos prontuários avaliados tenham sido aplicados os protocolos	Comissão de Revisão de óbitos ou outra Comissão designada pelo Hospital	80% = 2 79,9% - 50%= 1 < 50% = 0	Razão = Protocolos aplicados de acordo com registro no prontuário/ Total de prontuários avaliados	Mensal
6. Revisão de prontuários mês	No mínimo 10% dos prontuários de internações/mês	Comissão de revisão de prontuários	Sim= 2 Não= 0	%= Total de prontuários de internação revisados/ Total de prontuários de internação	Mensal
7. Avaliação proporcional de usuários internados	80% de satisfação	10% dos usuários internados avaliados mensalmente por questionário da ouvidoria	80%=4 79,9%- 50%=2 <50%=0	Média do % nos últimos seis meses = número de usuários internados que marcaram opção ótima ou boa em pelo menos seis questões do questionário de ouvidoria / total de usuários que responderam ao questionário.	Semestral

Fonte: Manual de Orientações da Gratificação de Desempenho, SEGTES, 2013.

Quadro 7. Matriz de Indicadores Individuais – Gratificação de Desempenho, SES/PE, 2014.

<b>Critério/ Indicador</b>	<b>Meta</b>	<b>Fonte de verificação</b>	<b>Método de cálculo</b>
<b>1. Avaliação de desempenho individual</b>	Os valores serão transpostos do aplicativo informatizado da avaliação de desempenho para o PCCV. Meta: 65% de alcance dos indicadores I e II. I- Avaliação pela chefia; II- auto-avaliação		
<b>2. Metas individuais<sup>1</sup></b> ( <sup>1</sup> descritas por cargo e serviço de saúde)	100 % do cumprimento do total da meta mensal	Relatório hospitalar validado pela chefia imediata	Avaliação individual

Fonte: Manual de Orientações da Gratificação de Desempenho, SEGTES, 2013.

Quadro 8. Matriz de Indicadores de Formação em Serviço – Gratificação de Desempenho. SES/PE, 2014

<b>Indicador</b>	<b>Meta</b>	<b>Fonte de verificação</b>	<b>Método de cálculo</b>
1. Participação em atividade de preceptoria, supervisão de Estágio Curricular; Programa de Residência; Participação em equipes de preceptoria de estudantes de graduação da Unidade	No mínimo 01 certificado no período avaliado	Declaração da Instituição de Ensino  OU Registro na Coordenação de Ensino	Número de certificado/declaração apresentada  OU Registro na Coordenação de Ensino
2. Participação em cursos de curta duração*	Mínimo de 8 horas de carga horária de formação em área afim por semestre.	Certificado ou declaração emitido pela instituição promotora do curso no período avaliado	Total de horas cursadas no semestre

Fonte: Manual de Orientações da Gratificação de Desempenho, SEGTES, 2013.

Os parâmetros de desempenho individuais foram normativamente derivados a partir da literatura e portarias ministeriais. Alguns, por sua vez, foram adequados à realidade estadual e capacidade instalada de cada serviço. Neste caso, foram submetidos ao crivo do colegiado dos hospitais e da Secretaria Executiva de Atenção à Saúde e aos chefes de clínica (cardiologia, endocrinologia, neurologia, enfermagem, entre outros).



Outro passo foi a construção do Sistema de Informação da Gratificação de Desempenho (SISGRADE), com a proposta de integrar as informações, aferir as pontuações e gerar os valores ao qual fazem jus os servidores. Vale ressaltar que as pontuações e os valores são de caráter sigiloso, garantindo o direito à privacidade. Em seguida à construção da ferramenta, realizou-se a adequação do sistema às realidades hospitalares, configuração e parametrização de metas. Foram realizadas capacitações com os atores envolvidos e em seguida o cadastramento dos servidores. A montagem do SISGRADE se deu de forma participativa com alimentação descentralizada e perfis de acesso diferenciados.

Alguns serviços de saúde foram escolhidos para realização de teste piloto e vários ajustes foram realizados, principalmente no que diz respeito aos indicadores/metras, assim como continua sendo, sempre que necessário.

O SISGRADE foi construído com uma interface simples e tem a intenção de ser fácil de trabalhar. Abriga informações administrativas, emite relatórios, localiza e quantifica os recursos humanos, agrega os dados da avaliação de desempenho que podem auxiliar a formulação de políticas e ações na gestão do trabalho e educação em saúde, favorece o conhecimento das necessidades de pessoal em diversas unidades, subsidia o planejamento na reposição e lotação, bem como informações que modifiquem as relações entre gestores e trabalhadores. No desenvolvimento, suporte e manutenção do SISGRADE, pode-se destacar o apoio da Agência Estadual de Tecnologia da Informação.

Em relação à equipe designada ao processo de implantação do programa ADGD, além da equipe já existente, a SEGTES/SES/PE promoveu uma seleção pública simplificada para contratação de reforço específico para esta e outras demandas da gestão do trabalho, o grupo de apoio institucional especialista em saúde coletiva,

organizacional e hospitalar. Este último grupo trabalhou de forma descentralizada, apoiando o processo diretamente nas GERES e hospitais.

Em abril de 2013 foi realizada a primeira avaliação através do SISGRADE, processo que vem sendo seguido, mensalmente. Após as primeiras avaliações e com o andamento do processo, alguns indicadores sofreram modificações, bem como o sistema, que adicionou às suas funções iniciais os cálculos de descontos e ressarcimentos por questões de absenteísmos e falhas na alimentação de dados pessoais ou avaliações de metas. Também foram aperfeiçoados os tipos de relatórios gerados pelo sistema, na intenção de subsidiar, cada vez mais, a gestão com informações pertinentes à gestão do trabalho.

## **5.2 Grau de implantação do Programa de Avaliação de Desempenho Profissional, eixo Gratificação de Desempenho.**

A aplicação dos critérios para a avaliação do grau de implantação do programa, segundo a Matriz proposta, revelou que o programa obteve pontuação geral de 242 pontos, de um total esperado de 340, obtendo um percentual de alcance de 71%, considerando-se assim como **parcialmente implantado** (tabela 1).

Tabela 1. Grau de Implantação do Programa AD-GD, por dimensão e total, Pernambuco, 2016.

<b>Dimensão</b>	<b>Pontuação Esperada</b>	<b>Pontuação Obtida</b>	<b>Percentual de Alcance</b>	<b>Grau de Implantação</b>
Estrutura	90	65,7	73%	Parcialmente implantado
Processo	250	176,3	71%	Parcialmente implantado
<b>TOTAL</b>	<b>340</b>	<b>242</b>	<b>71%</b>	<b>Parcialmente implantado</b>

Fonte: questionário, observação e levantamento documental.

### **5.2.1. Análise da dimensão estrutura**

A avaliação da dimensão estrutura está dividida em dois componentes. O grau de implantação total da estrutura foi considerado **parcialmente implantado** (tabela 2).

Tabela 2. Grau de implantação da dimensão estrutura, por componentes, Pernambuco, 2016.

<b>Dimensão – Estrutura</b>				
<b>Componente</b>	<b>Pontuação Esperada</b>	<b>Pontuação Obtida</b>	<b>Percentual alcançado</b>	<b>Grau de Implantação</b>
Insumos	60	46,2	77%	Implantado
Recursos Humanos	30	19,5	65%	Parcialmente implantado
<b>TOTAL</b>	<b>90</b>	<b>65,7</b>	<b>73%</b>	<b>Parcialmente implantado</b>

Fonte: questionário, observação.

A avaliação do componente insumos obteve o grau considerado **implantado**. Entre os itens analisados, os que obtiveram pontuações mais baixas, sendo considerados como parcialmente implantados, foram os relacionados ao sistema *online* e veículo disponível para deslocamentos, alcançando as pontuações 5, 6 e 5 respectivamente. A tabela 3 demonstra a pontuação alcançada por item.

Tabelas 3. Grau de implantação do componente insumos, Pernambuco, 2016.

<b>Componente – Insumos</b>			
<b>Crítérios</b>	<b>Pontuação obtida</b>	<b>Percentual alcançado</b>	<b>Grau de Implantação</b>
Computadores existentes	7,5	75%	Implantado
Serviço de internet funcionando adequadamente	8,1	81%	Implantado
Sistema on line operando de forma adequada	5,6	56%	Parcialmente implantado
Veículo disponível para deslocamentos	5	50%	Parcialmente implantado
Orçamento definido	10	100%	Implantado
Recurso financeiro disponível	10	100%	Implantado

Fonte: questionário, observação.

A SES-PE identificou, através de relatórios diários dos problemas enfrentados, que a maior demanda de ocorrências foi em relação ao manuseio da ferramenta eletrônica, tanto ao que tange a inserção de dados de forma correta, como também a grande dificuldade na interpretação dos indicadores solicitados, principalmente os que se referem às metas institucionais, configuradas no sistema como metas da Dimensão 1.

Em relação aos recursos humanos observou-se que este item obteve grau de implantação considerado **parcialmente implantado** (tabela 4).

Tabela 4. Grau de implantação do componente Recursos Humanos, Pernambuco, 2016.

<b>Componente – Recursos Humanos</b>			
<b>Critério</b>	<b>Pontuação Obtida</b>	<b>Percentual alcançado</b>	<b>Grau de Implantação</b>
Equipe técnica da unidade treinada para o processo	5,6	56%	Parcialmente implantado
Equipe técnica treinada disponível para operacionalização do processo	5,8	58%	Parcialmente implantado
Equipe técnica treinada e em contato constante com o nível central (presença de apoio institucional)	8,1	81%	Implantado
<b>TOTAL</b>	6,5	65%	<b>Parcialmente implantado</b>

Fonte: questionário, observação.

Em relação ao quantitativo, todas as unidades referem ter ao menos um profissional destacado para este setor, porém referiram que este profissional não está exclusivamente disponível para o processo. Assim, 80% das unidades referiram o apoiador institucional como facilitador do processo de implantação, sendo referência para o acompanhamento em nível local, utilizando do princípio de co-gestão.

### ***5.2.2 Análise da dimensão processo***

A avaliação do processo de trabalho foi desenvolvida utilizando o mesmo princípio da avaliação da estrutura.

O grau de implantação da dimensão processo foi considerado **parcialmente implantado** (tabela 5).

Tabela 5. Grau de implantação dos componentes da dimensão processo, Pernambuco, 2016.

<b>Dimensão – Processo</b>				
<b>Componente</b>	<b>Pontuação Esperada</b>	<b>Pontuação Obtida</b>	<b>Percentual de Alcance</b>	<b>Grau de Implantação</b>
Coordenação	120	97	80,8%	Implantado
Monitoramento	40	29,3	73,3%	Parcialmente implantado
Educação permanente	50	29,8	56,6%	Parcialmente implantado
Integração e qualificação	40	20,2	50,5%	Parcialmente implantado
<b>TOTAL</b>	<b>250</b>	<b>176,3</b>	<b>71%</b>	<b>Parcialmente implantado</b>

Fonte: questionário, observação e levantamento documental.

Com o processo em funcionamento foram necessárias adaptações em alguns indicadores, principalmente individuais, bem como a repactuação de algumas metas junto às unidades. Isto contribui para aperfeiçoamento do programa e do sistema de informação, mas mantém constante o questionamento das entidades sindicais. Ajustes em relação aos pesos dos indicadores, pontuações relativas ao alcance das metas e introdução de outras instituições da saúde, como laboratório central e hemocentro continuam em discussão, favorecendo o resultado tido como incipiente para este quesito.

Tabela 6. Grau de implantação Avaliação dos critérios do componente Coordenação, Pernambuco, 2016.

<b>Componente – Coordenação</b>			
<b>Critério</b>	<b>Pontuação</b>	<b>Percentual obtido</b>	<b>Grau de implantação</b>
Lei revisada e republicada	5	50%	Parcialmente implantado
Decreto regulamentador construído e publicado	5	50%	Parcialmente implantado
Manual construído e disponibilizado	8,7	87%	Implantado
% de Avaliações realizadas pelas unidades	10	100%	Implantado
% de UP acompanhadas por meio de Relatórios gerenciais	10	100%	Implantado
% de UP acompanhadas pela equipe de suporte técnico	10	100%	Implantado
Fluxo da SES sobre o processo da Gratificação de Desempenho definidos	5	50%	Parcialmente implantado
Reuniões entre SES e Sindicatos realizadas e Negociações finalizadas	3,3	33%	Incipiente
SISGRADE criado pela Informática e SEGTES	10	100%	Implantado
% de unidades com Sistema Disponibilizado	10	100%	Implantado
Rotinas do SISGRADE padronizadas e atualizadas sempre que houver necessidade	10	100%	Implantado
Reuniões realizadas entre SEGTES e demais SE com indicadores definidos	10	100%	Implantado

Fonte: questionário, observação e levantamento documental.

Merece destaque o alcance de 100% para os critérios relacionados ao processo de trabalho realizado no âmbito da SEGTES, onde a emissão de relatórios gerenciais, personalizados por tipo de serviço, com análise pelos técnicos da SES auxilia no processo de acompanhamento dos indicadores do ponto de vista mensal. Servindo para que as unidades de saúde realizem uma análise crítico refletiva da realidade do serviço prestado e apontado estratégias de investimentos para alcance das metas na próxima avaliação.

Sobre o monitoramento, foram mais bem avaliados os critérios relacionados ao acompanhamento do processo mensal.

Tabela 7. Grau de implantação dos critérios do componente Monitoramento, Pernambuco, 2016.

<b>Componente – Monitoramento</b>			
<b>Critério</b>	<b>Pontuação</b>	<b>Percentual obtido</b>	<b>Grau de implantação</b>
Auditorias realizadas pela GPRT	5	50%	Parcialmente implantado
% de Unidades informadas sobre os resultados das avaliações por meio de Relatórios Técnicos Gerenciais	9,3	93%	Implantado
Status, das avaliações concluídas pelas unidades de produção, monitorado pela SEGTES	10	100%	Implantado
Erros no sistema identificados e corrigidos pela equipe de informação e informática	5	50%	Parcialmente implantado

Fonte: levantamento documental.

A realização de auditoria, por amostragem, não acontecia de forma sistemática no início do programa, sendo incorporada ao processo de trabalho posteriormente. O trabalho realizado de forma amostral, apesar de ser a forma considerada mais factível pela equipe responsável, não supria todas as demandas de falhas do sistema, sendo estas identificadas, na maioria das vezes, pelas unidades de produção.



No componente Educação em Saúde, o item relacionado à existência de atividades de educação nas unidades de produção (exemplo: promoção de cursos) foi identificado como pior critério. No entanto, após o início da avaliação, houve um crescimento de 20% na realização de curso pelos profissionais de saúde, entre a primeira aferição (junho/2013) e a realizada em janeiro/2016. O que demonstra o aumento do interesse do profissional pela qualificação da sua formação.

Tabela 8. Grau de implantação dos critérios do componente Educação em Saúde, Pernambuco, 2016.

<b>Componente – Educação em Saúde</b>			
<b>Critério</b>	<b>Pontuação</b>	<b>Percentual obtido</b>	<b>Grau de implantação</b>
Atividades de educação realizadas nas Unidades de Produção	3,7	37%	Incipiente
Reuniões do colegiado de AI realizadas na SEGTES e nas Unidades de Produção	10	100%	Implantado
Adesão de profissionais às praticas de preceptorias	6,8	68%	Parcialmente implantado
Seminários realizados sobre as metas e indicadores nas Unidades de Produção	5	50%	Parcialmente implantado
Capacitações realizadas sobre a avaliação de desempenho nas Unidades de Produção	4,3	43%	Incipiente

Fonte: questionário, observação e levantamento documental.

Pela primeira vez, e atendendo a um pleito antigo dos trabalhadores, a função da preceptoria em serviço foi gratificada, o que, simbolicamente, reconhece-se e fortalece-se a pratica de ensino nas unidades de saúde e as atividades da Rede SUS-Escola.

Tabela 9. Grau de implantação dos critérios do componente Integração e Qualificação, Pernambuco, 2016.

<b>Componente – Integração e Qualificação</b>			
<b>Critério</b>	<b>Pontuação</b>	<b>Percentual obtido</b>	<b>Grau de implantação</b>
Metas e indicadores revisados trimestralmente e repactuados conforme revisão	5	50%	Parcialmente implantado
Manual de orientações atualizado e disponibilizado conforme repactuações	0	0%	Não Implantado
Instrumentos para alimentação de dados no Sistema SISGRADE padronizados	10	100%	Implantado
Mudanças no processo de trabalho identificadas na gestão da clínica, na gestão da educação e nas comissões de prontuários.	5,2	52%	Parcialmente implantado

Fonte: questionário, observação e levantamento documental.

Quanto aos aspectos facilitadores para a implementação das ações do programa, os profissionais apontaram a contratação do apoio institucional como principal facilitador do processo (n=14). Também foram referidos como facilitadores a realização de capacitações pela SES/PE (n=5) e a existência de legislação específica (n=3).

O sistema web, considerado pela gestão como aspecto importante na implantação do programa, foi citado por apenas um profissional como facilitador do processo.

Como entraves, foram identificadas, principalmente, dificuldades com o sistema SISGRADE (n=7), com a qualificação de recursos humanos (n=6), com a adesão das chefias às atividades de avaliação (n=5) e com a definição das metas individuais dos servidores (n=4). Alguns servidores referiram não identificar dificuldades no processo (n=6).

Vale destacar alguns aspectos levantados em relação às dificuldades na implantação do programa que apareceram entre as respostas aos questionários. Entre eles estão o aumento da tensão entre a classe médica e demais classes de profissionais

de saúde, uma vez que se observa uma disparidade na divisão do repasse financeiro aos servidores (45% para os médicos e 55% para as demais categorias), outra consideração foi o fato da contratação temporária do grupo de apoio institucional, uma vez que este tipo de contratação apresenta vinculação frágil com a gestão, favorece a mobilidade do profissional e cria dificuldade na continuação das ações realizadas por este grupo.

## VI. DISCUSSÃO

Os trabalhadores da saúde são reconhecidos como um dos aspectos mais importantes dos sistemas e componente fundamental nas políticas públicas. O investimento em desenvolvimento e valorização profissional pode ser estimado como um dos melhores gastos em saúde pública e o desempenho do trabalhador um dos determinantes fundamentais do desempenho dos sistemas de saúde<sup>10,36,37</sup>.

Este estudo considerou o grau de implantação para o Programa AD-GD como parcialmente implantado.

Pernambuco segue o modelo nacional, que desde os anos 1970, incentiva e normatiza o uso da avaliação de desempenho em seus conceitos de mérito, de qualificação ou tempo de serviço, com diferentes finalidades como: aprovação em estágio probatório, progressão funcional, promoção e pagamento de gratificações de desempenho, sendo ora vinculados à remuneração ora ao desenvolvimento das carreiras<sup>38</sup>.

Pode-se considerar que o modelo do programa estudado foi abrangente por considerar vários aspectos da organização, entendendo que a institucionalização de um processo avaliativo oferece o melhor meio para se conhecer melhor a capacidade atual da organização, e o desempenho não se refere apenas aos aspectos quantitativos de produtividade, mas incorpora a qualidade com que os processos são implementados, os valores institucionais e a capacidade da organização de aprender e se desenvolver<sup>25</sup>.

Dessa forma, compreende-se a relevância que o processo de avaliação de desempenho profissional, assim como o realizado pela SES/PE, representa no âmbito da administração pública, uma vez que, além de ser uma peça considerável para a gestão de

desempenho dos servidores, na ótica do servidor o resultado das avaliações se torna uma condição decisiva ao compor a sua remuneração.

Carnut (2015) destaca a necessidade de uma metodologia de avaliação de desempenho que não só avalie características pessoais, mas também características organizacionais, levando em consideração a falta de capacitação para os avaliadores, que passam a exercer esta função sem o preparo anterior<sup>39</sup>. O Programa AD-GD corrobora com esta lógica ao incorporar ao seu processo avaliativo três dimensões de indicadores, sendo estas voltadas para a instituição, o comportamento do indivíduo e sua formação em serviço

Suzuki e Gabbi identificaram três elementos que devem estar presentes em um sistema de aferição de resultados: a) mensurações individuais que quantificam a eficiência e efetividade das ações; b) conjunto de mensurações que combinadas conseguem mostrar o resultado geral de uma organização; e c) uma infra-estrutura que permite a geração, a coleta, a análise, a interpretação e a disseminação dos dados<sup>40</sup>.

Para o programa AD-GD, o sistema SISGRADE cumpre o papel da informatização dos dados da força de trabalho, principalmente ao permitir a geração de relatórios com números importantes, por exemplo, ao dimensionamento da força de trabalho. Ainda que o estudo tenha constatado que o critério “sistema on line operando de forma adequada” está parcialmente implantado outros critérios relacionados ao sistema receberam pontuações melhores, tais como, percentual de unidades com sistema disponibilizado e instrumentos de alimentação de dados padronizados alcançaram percentual de implantação igual a 100%.

Para Laudon e Laudon (2001) *“sistema de informação pode ser definido tecnicamente como um conjunto de componentes interrelacionados que coleta (ou recupera), processa, armazena e distribui informações para dar suporte à tomada de*

*decisão ou controle da organização*”. Complementando esta visão, Anthony e Govindarajan (2006) afirmam que: “...*Um sistema é um procedimento preestabelecido para executar uma atividade ou um conjunto de atividades; geralmente, as atividades são repetitivas.*” Observa-se que os dados necessários para as instituições são, na maioria das vezes, informações possíveis de padronização, o que facilita o desenvolvimento de instrumentos institucionais, mas ainda é necessária uma visão sistêmica e gerencial para o processo<sup>41,42</sup>.

Apesar de ser considerado estratégico pela gestão, o SISGRADE possui um viés importante em relação à veracidade de suas informações, fato observado por Hongoro e McPake (2004) em sistemas que utilizam indicadores de medidas de atividades onde os dados podem ser manipulados. Para estes casos, estratégias de monitoramento e proteção devem ser utilizadas<sup>37</sup>.

Este trabalho observou que, em relação à realização de auditorias de informações no sistema, estas aconteceram no período inicial de cadastro e ocorrem de forma sistemática antes da realização de cada pagamento, porém, não são realizadas auditorias em relação aos indicadores preenchidos pelas unidades de produção, principalmente em relação às metas individuais, tornando frágil a veracidade das informações em relação às metas individuais dos servidores.

Ainda sobre os indicadores utilizados, outro desafio é a necessidade de articulação, de comunicação e de coordenação na revisão das metas utilizadas, para evitar sobreposições e uma proliferação descontrolada de indicadores, uma vez que a saúde já abarca uma infinidade de particularidades assistenciais. Outro ponto de fragilidade do modelo é a inexistência formal de consequências no caso de não cumprimento das metas ou prazos estipulados pela gestão<sup>40</sup>.

Gomes e colaboradores (2012), em um estudo sobre um programa de saúde com incentivo remuneratório atrelado ao alcance de metas, afirmou que a questão da remuneração, apesar de ser importante, fica em segundo plano, ao considerar o pagamento por desempenho como um elemento de reconhecimento dos esforços realizados<sup>43</sup>.

À semelhança do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), o qual se propõe a avaliar e melhorar a qualidade do Programa de Atenção Básica, o AD-GD também trabalha com um escopo de parâmetros que consistem em indicadores de desempenho e de monitoramento, contratualizados com secretarias executivas do estado e unidades de produção periodicamente. A diferença dos dois casos está na determinação dos parâmetros utilizados. No PMAQ, estes são determinados nos documentos oficiais e os trabalhadores das equipes não possuem possibilidade de participar de sua formulação<sup>44</sup>.

É importante frisar que a escolha dos indicadores utilizados em um programa de avaliação revela valores e objetivos, os quais devem ser consistentes com o planejamento estratégico da instituição. Na prática, os atores envolvidos com a formulação dos programas devem priorizar a escolha de indicadores plausíveis, sendo esta uma tarefa bastante criteriosa e que deve levar em consideração fatores como a fácil compreensão pelos funcionários, confiabilidade, poder de repetição e atualização, permitir a definição de responsabilidades, ser mensurável, de custo aceitável, coerente, entre outros, não deixando de possuir os propósitos de motivação e aprendizado<sup>45</sup>.

No Programa AD-GD, segundo o observado neste estudo, existiram vários espaços colegiados para construção e revisão das metas e indicadores utilizados, entre eles estão os seminários realizados com as unidades de produção e as reuniões colegiadas semanais com o grupo de apoio institucional. Isso corrobora com o

entendimento de que a avaliação pode ser facilitadora da cogestão e permitir que gestores e trabalhadores se aproximem e se compreendam<sup>2,17</sup>.

A estratégia metodológica do apoio influenciou a cultura sanitária brasileira e foi incorporada por várias instituições como o Ministério da Saúde, por meio da Política Nacional de Humanização do SUS (PNH), e pelas secretarias estaduais de saúde enquanto discurso oficial de modelo de gestão<sup>46</sup>, como o exemplo de Pernambuco que possui grupos de apoio institucional em diversas secretarias executivas.

A dinâmica de trabalho do apoio institucional é direcionada pela PNH como método de intervenção que propõe, aos apoiadores, estarem no corpo a corpo desses embates, ao lado dos sujeitos coletivos, procurando fomentar condições, nem sempre possíveis de imediato, de intervenção e transformação das práticas nas relações do trabalho<sup>47,48</sup>.

O apoiador deve ter inserção horizontal no organograma, cabendo aos colegiados uma função gerencial, que assume papéis e responsabilidades como planejamento, controle e coordenação. O apoio é uma metodologia, com o referencial teórico da cogestão, constituindo um espaço em que também se aprende, com uma dimensão que é pedagógica, outra subjetiva e ainda outra política<sup>46,49</sup>.

Este estudo identificou o trabalho do apoiador como um fator facilitador da implantação do programa, ao considerar este como uma ferramenta capaz de mobilizar coletivos, pautada no diálogo e capacidade de realizar análise instrumentalizada para a avaliação qualificada dos serviços. Assim, visa também ampliar a capacidade de análise e de gestão<sup>50</sup>.

O grupo de apoio institucional da SEGTES/SES/PE, constituído de equipe multiprofissional, teve seu trabalho baseado nos princípios da PNH, formando uma força de trabalho essencial para pensar o processo de trabalho do programa, justificando



a indissociabilidade entre as mudanças na gestão dos processos de trabalho e nos modos de atender os usuários, defendendo o exercício da cogestão, utilizando o espaço colegiado de forma efetiva para a prática do debate, de forma que as disputas, as negociações e a pactuação tomaram o espaço das reuniões antes burocratizadas, que apenas cumpriam a prescrição feita de cima para baixo.

Para o programa AD-GD, a presença do apoiador também contribuiu para fortalecer o exercício da descentralização e a autonomia nas unidades de produção, uma vez que esse grupo estava presente tanto nas unidades como no nível central<sup>50</sup>.

Sobre a qualificação dos trabalhadores da saúde, ao passo que o estudo demonstrou um incremento na realização de cursos pelos servidores ao longo do período estudado, a qualificação dos trabalhadores envolvidos no processo ainda foi relacionada como um entrave importante à implantação do processo. Este fato corrobora com os estudos de Felisberto (2006), Pimentel (2015) e Santos (2015), que também apontam para a maior necessidade de capacitação dos profissionais envolvidos nos processos de implantação das mais diversas intervenções em saúde<sup>51,52,53</sup>.

Um estudo sobre avaliação de desempenho em enfermagem descreveu as medidas adotadas a partir da avaliação de desempenho de pessoal realizada em hospitais de municípios da Região do Vale do Paraíba Paulista. Os dados obtidos permitiram verificar que, apesar de 66,7% dos hospitais da região não contarem com Serviço de Educação Continuada, 80,9% realizam avaliação de desempenho e indicaram adotar várias medidas frente aos resultados encontrados. Houve o predomínio da adoção de medidas educativas, tais como: orientação, treinamento e atualização/reciclagem, em ordem decrescente de importância. Verificou-se também que, em uma percentagem significativa dos hospitais, os resultados da avaliação de desempenho oferecem base

tanto para as promoções e oferta de diversos incentivos, quanto para as demissões de funcionários<sup>54</sup>.

Hongoro e McPake (2004) observaram, em estudos de diversos países como Reino Unido, Brasil, Dinamarca, Hungria e Taiwan, que os trabalhadores de saúde respondem aos incentivos e que a utilização de incentivos financeiros pode melhorar o desempenho de forma positiva, promovendo mudanças comportamentais e em termos de produtividade<sup>37</sup>.

Outros incentivos que podem garantir o desempenho desejado é o aumento ao acesso a programas de formação, que, como ressaltam os autores, podem ser aferidos por indicadores de medição de atividades realizadas, assim como é feito no programa AD-GD.

Corroborando com o relatório da OMS (2009), o programa AD-GD se propõe a fornecer informação sobre o pessoal das unidades de saúde, incluindo o pessoal de gestão e apoio; oferecer dados desagregados por tipo de serviço e características funcionais; ser utilizado para rastreamento de salários e compensações, formação contínua, absentismo, supervisão e competências disponíveis para intervenções específicas; identificar pessoal que trabalhe em mais do que uma unidade; Permitir o controle de entradas e saídas no serviço, bem como a movimentação profissional entre as unidades

10.

Em Pernambuco, o Modelo de Gestão Todos por PE adota a avaliação de desempenho de processos, programas e políticas como elemento estratégico de gestão mediante em o acompanhamento dos Pactos de Gestão. Esse modelo teve apoio do Banco Mundial que esperava que os servidores fossem gratificados pelo alcance das metas<sup>55</sup>.

Vale destacar que a valorização do componente gestão da educação e da função da preceptoria, deixa uma marca diferente nesse programa e fica alinhado ao rumo da Política Nacional de Gestão do Trabalho e Educação<sup>5</sup>.

Todavia, o modelo ainda é centrado no monitoramento e corre o risco de se burocratizar se não for usado para aprendizagem institucional, e se não der voz à participação do trabalhador<sup>2,5</sup>.

O programa ainda é muito fechado à participação dos usuários e os seus resultados ainda não amplamente divulgados. Um dispositivo avaliativo participativo e mais aberto à sociedade pode ser menos tecnocrático, menos gerencialista e se tornar reflexivo. Esse pode ser um próximo passo importante em direção à melhoria dos aspectos reflexivos sobre as práticas nos hospitais. O processo corre o risco de se tornar apenas ferramenta de controle, o que seria um objetivo restrito a um programa de avaliação de desempenho. Uma cultura de avaliação deve servir à qualificação dos processos de trabalho e deve contribuir à aprendizagem de todos<sup>22</sup>.

Precisa também de pessoas formadas, lideranças que conduzam o processo avaliativo nos hospitais e não só no nível central. Para institucionalização da avaliação, são necessários avaliadores qualificados<sup>22</sup>. Avaliadores de programa podem contribuir com novas abordagens de avaliação de pessoal<sup>14</sup>.

## VII. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dada a importância da avaliação de desempenho para o processo de Planejamento e da tomada de decisão na gestão do trabalho, torna-se imprescindível a realização da mesma, considerando ainda que o pagamento do incentivo financeiro configura uma estratégia de motivação aos servidores, visando a melhoria dos processos.

Porém, o desafio está em valorizar as questões além das formalidades e burocracia inerentes ao papel da gestão dos recursos humanos, como as práticas formativas e integrativas entre os servidores.

O caminho proposto para o desenvolvimento do Programa AD-GD estudado neste trabalho é constituído de um processo formativo em sua ideologia, abarcando indicadores de cunho institucionais, pessoais e educacionais, visando o fortalecimento da produção do conhecimento e aprendizagem a todos os atores envolvidos no processo, possibilitando assim a mudança esperada nas práticas diárias do trabalhador da saúde.

Para isso, é necessário que a proposta seja seguida, as ações programadas realizadas e os resultados analisados de forma a produzir evidências que possam embasar a gestão.

Além do estímulo à qualificação da atenção à saúde por meio do alcance dos indicadores, esta proposta visa valorizar o mérito profissional como estratégia de minimização da rotatividade, promovendo a motivação e aumento da disposição para o trabalho em equipe. É sabido que propostas remuneratórias por si só apresentam limitações na continuidade da motivação. Por isso esta estratégia foi agregada a outras ofertas de valorização profissional como: política de educação permanente, plano de

cargos e carreiras e da integração ensino-serviço, esta última com indicador próprio como estímulo às atividades de preceptoria de estudantes.

Vale ressaltar que o escasso entendimento dos indicadores de saúde utilizados, bem como o pouco conhecimento da informática e sua aplicação para os processos da gestão atual tem influência na qualidade do serviço e reflete diretamente no resultado do processo de avaliação, ou seja, no valor a ser recebido pelo servidor.

Este processo procura instituir uma cultura de avaliação no cotidiano dos hospitais, a qual esteja contribuindo no sentido integrar esta prática ao sistema organizacional, e que ela seja realmente capaz de influenciar seu comportamento, contribuindo assim, de fato para a institucionalização da prática avaliativa na organização, como sugere o modelo de gestão vigente, o Todos por Pernambuco.

O programa visa também ajudar no diagnóstico das carências técnicas e comportamentais dos funcionários, subsidiar programas de treinamento, fornecer informações à organização para a adequação funcional, readaptação, transferência e até mesmo dispensa de pessoal, medir o desempenho institucional e individual, gerar insumos para o desenvolvimento organizacional, informações para dimensionamento de pessoal, promover a melhoria da qualificação dos serviços públicos, subsidiar a política de gestão de pessoas, valorizar o desempenho eficiente do servidor, promover a integração dos níveis hierárquicos através da comunicação entre avaliadores e avaliados e por fim, contribuir para melhoria do clima organizacional.

É bem verdade que o processo apresenta, ainda, inúmeras dificuldades para que se apresente influência na organização, já que isto exige acompanhamento contínuo, pois os resultados não se traduzem automaticamente em decisões. Porém, destaca-se inicialmente que o processo de implantação pode ser considerado exitoso, tanto pela

inclusão de dados importantes para a gestão do trabalho, como pelos tipos de informações dele extraídas.

Dentre as ações realizadas no programa, percebem-se falhas em alguns processos, como a falta de publicidade dos resultados das avaliações das instituições, para melhorar a transparência e contribuir, efetivamente, com tomada de decisão, a prestação de contas e a aprendizagem organizacional.

Um ponto que deve ser lembrado é a dinâmica da participação do usuário do SUS na elaboração e implantação do programa, uma vez que esta representação apareceu apenas nas negociações e seminários realizados com a participação dos sindicatos e chefes das clínicas. Este fato merece maior aprofundamento, de modo a afirmar se a voz do usuário está realmente representada por estas categorias.

Como destaque do programa está o papel do apoiador institucional e, principalmente, da instituição de espaços colegiados de discussão facilitados pela gestão. Uma prática que deve ser perpetuada e que cada vez mais pautas relativas às decisões da gestão sejam discutidas nesses espaços participativos.

## VIII REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Cadernos RH Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Volume 3, n. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
2. ALVES, CKA. Redes cotidianas de cuidado: desafios e possibilidades de incorporação de redes sociais nas práticas avaliativas em saúde. P-125-147. In.: PINHEIRO ROSENI; SILVA-JR, ALUISIO GOMES (Orgs). Cidadania no cuidado: o universal e o comum na integralidade das ações de saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO/CEPESC. 2011.
3. PINTO, I.C.M; TEIXEIRA, C.F. Formulação da Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde: o caso da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, Brasil, 2007-2008. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 27(9):1777-1788, set, 2011.
4. PIERANTONI CR ET AL. Políticas de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde no Brasil. In: Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Editora: CEPESC-IMS/UERJ-ObservaRH, 2012.
5. SOLLA, J. S.P. Estratégias da política de gestão do trabalho e educação na saúde : experiências da Bahia / Jorge José Santos Pereira Solla, organizador ; p15-18 In.:\_\_\_\_\_(Org) Estratégias da política de gestão do trabalho e educação na saúde: experiências da Bahia. Salvador : EDUFBA, 2014. 308 p.
6. GIRARDI, E.N. et al., O Trabalho Precário em Saúde: tendências e perspectivas na estratégia de saúde da família. Divulgação em Saúde para Debate (Rev.)p.12-23. Rio de Janeiro, n. 45, Gestão do Trabalho, maio de 2010.
7. CONASS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. 1ª edição, Brasília: 2011.

8. BRASIL. Painel de Indicadores do SUS. Temático Gestão do Trabalho em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Volume 6, n.9. Brasília: Ministério da Saúde, 2014
9. MOYSES, N. M. N. Políticas de Gestão do Trabalho no SUS: O Desafio Sempre Presente. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 45, p. 33-41, maio 2010
10. OMS. Manual para a monitorização e avaliação dos recursos humanos de saúde: com aplicação dedicada aos países de rendimento baixo e médio / editores Mario R. Dal Poz et al. Biblioteca da OMS: Organização Mundial da Saúde. Banco Mundial. Estados Unidos. Agência para o Desenvolvimento Internacional. 2009.
11. NEY, M. S.; PIERANTONI, C. R.; LAPÃO; L. V. Sistemas de avaliação profissional e contratualização da gestão na Atenção Primária à Saúde em Portugal. *Saúde em Debate Rio de Janeiro*, v. 39, n. 104, p. 43-55, JAN-MAR 2015.
12. BRASIL. Pesquisa Avaliação de Políticas e Programas Nacionais da Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde no SUS. Ministério da Saúde. Sumário Executivo, Volume 1. 2014.
13. REIS, AC; SANTOS, EM; ARRUDA, MR Modelos de Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde: diferenças e similaridades. Artigo integrante da tese intitulada “A noção de equilíbrio como proxy da avaliação de desempenho de sistemas de saúde”. Rio de Janeiro, 2012. 116 f. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portalenp/informe/site/arquivos/anexos/fb72ebea92beafa5716cd1f5fc194ff042552e88>.
14. WORTHEN, R. B. SANDERS, J.R.; FITZPATRICK, J.L. Como Conduzir Avaliações para Renovação e Treinamento Organizacional nos setores



- empresariais e sem fins lucrativos.. In.: \_\_\_\_\_. Avaliação de Programas. Concepções e Práticas. São Paulo: Editora Gente, 2004.p.
15. GUIMARÃES, T.; NADER, R.; RAMAGEM, S. Avaliação de desempenho de pessoal: uma metodologia integrada ao planejamento e à avaliação organizacionais. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, v. 32, n. 6, nov./dez. 1998.
  16. ALVES, CKA ET AL. Análise da implantação de um programa com vistas à institucionalização da avaliação em uma Secretaria Estadual de Saúde. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Recife, 10 (Supl. 1): S145-S156, 2010.
  17. FURTADO, J.P.; LAPERRIÈRE, H. A Avaliação da Avaliação. In.: CAMPOS, R.O.; FURTADO, J.P. Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde. Campinas: Unicamp, 2011. p.19-39.
  18. OMS. Fazendo o máximo com os trabalhadores de saúde existentes. In: Relatório mundial de saúde 2006. Acesso em: 13/11/2014. Disponível em: [http://www.who.int/whr/2006/06\\_chapter4\\_pr.pdf](http://www.who.int/whr/2006/06_chapter4_pr.pdf).
  19. LOTTA, GS. Avaliação de desempenho na área pública: perspectivas e propostas frente a dois casos práticos. RAE - eletrônica, volume 1 · nº 1, 2002.
  20. LUCENA, W. G. L. Avaliação de desempenho no setor público: aplicação de modelos no ministério da ciência e tecnologia. João Pessoa: UFPB, 2011. 367.
  21. RESENDE, MF. Os resultados da avaliação como instrumento nas tomadas de decisões: o Plano Nacional de Qualificação do Trabalhador como base empírica. 2002. Dissertação (Mestrado em Administração). Departamento de Administração – Universidade Federal de Brasília, Brasília.
  22. FELISBERTO E, 2009; Análise da Implantação e Sustentabilidade da Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica, no período de 2003

- a 2006. Tese (Doutorado em Saúde Pública). CPqAM/FIOCRUZ. RECIFE, 2009.
23. PIERANTONI, C. R. et al. 2º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde Universalidade, Igualdade e Integralidade da Saúde: Um Projeto Possível Políticas de Recursos Humanos no Sistema de Saúde Brasileiro: Estudo Avaliativo. Belo horizonte, 2013. Acesso em: [http://www.obsnetims.org.br/uploaded/11\\_11\\_2015\\_\\_0\\_Políticas\\_de\\_recursos\\_humanos.pdf](http://www.obsnetims.org.br/uploaded/11_11_2015__0_Políticas_de_recursos_humanos.pdf)
24. PEREIRA, G. M. LUCENA, W. G. L. Modelos de avaliação de desempenho no setor público: Aplicação na UFPB. Veredas Favip - Revista Eletrônica de Ciências, 6(2), 104-123, 2014.
25. HARTZ ZMA. Institucionalizar e qualificar a avaliação: outros desafios para a atenção básica. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2002; n.7: 413-21.
26. HARTZ ZMA, FERRINHO P. Avaliação de desempenho dos sistemas de saúde: um contributo para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016. In: *A Nova Saúde Pública: A Saúde Pública da Era do Conhecimento*. Lisboa: Editora Gradiva, 2011.
27. CHAMPAGNE et al. Avaliação: Conceitos e Métodos. Brouselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z, Organizadores. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011.
28. HARTZ ZMA et al. Avaliação do programa materno-infantil: análise de implantação em sistemas locais de saúde no Nordeste do Brasil. In: HARTZ ZMA (org.). Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999:89-131
29. VIEIRA-DA-SILVA L.V. Avaliação de políticas e programas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. 110 p.

30. WHOLEY, J. S., HATRY, H. P., & NEWCOMER, K. E. Handbook of practical program evaluation (Vol. 19). 3.ed. Estados Unidos: Jossey-Bass; 2010; p.55-80.
31. FELICIANO, K. V. O. . Abordagem qualitativa na avaliação em saúde. In: Samico I; Felisberto E; Figueiró, AC; Frias PG.. (Org.). Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. 1ªed.Rio de Janeiro: Medbook Editora Científica Ltda, 2010, v. -, p. 29-42.
32. PERNAMBUCO, Secretaria Estadual de Saúde – Avaliação de Desempenho, 2013. Disponível em: [www.portal.saude.pe.gov.br](http://www.portal.saude.pe.gov.br). Acesso em: 30/11/2014.
33. YIN RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 5ª ed. Porto Alegre: Bookman editora, 2015.
34. QUEIROZ D.T, VALL J, SOUZA A.M.A, VIEIRA N.F.C observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde Ver. Enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2007 abr/jun; 15(2):276-83
35. COSENDEY, MAE. , HARTZ, ZMA., BERMUDEZ, JAZ. Validation of a tool for assessing the quality of pharmaceutical services. Cadernos de Saúde Pública, v.19, n.2. Rio de Janeiro, março-abril, 2003.
36. PIERANTONI, C. R. et al. Gestão do trabalho e da educação em saúde: recursos humanos em duas décadas do SUS. Rev Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 685- 704, 2008.
37. HONGORO C, McPAKE B How to bridge the gap in human resources for health The Lancet Volume 364, Issue 9443, Pages 1377-1460 (16–22 October 2004)
38. BRASIL 2013 Brasil, Manual de Orientação para a Gestão do Desempenho, MINISTERIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO, 2013

39. CARNUT, L. Critica a Modelos de Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde. Tese de Doutorado, Faculdade de Saúde Pública de São Paulo, São Paulo, 2015.
40. SUZUKI, JAN; GABBI LVB; Desafios da Avaliação de Desempenho no Setor Público: O caso da prefeitura municipal de São Paulo. II Congresso Consad de Gestão Pública – Painel 13: Enfrentando as dificuldades de mensuração de desempenho no setor público: experiências em curso no Brasil. São Paulo, 2006.
41. LAUDON, K. C. e LAUDON, J. P. Gerenciamento de Sistemas de Informação. 3 ed. Rio de Janeiro: LTC, 2001.
42. GIVIDARAJAN ANTHONY, R. N. e GOVINDARAJAN, V. Sistemas de Controle Gerencial. Tradução: NEVES, A. F. São Paulo: Atlas, 2006
43. GOMES CLS, CHERCHIGLIA ML, CARVALHO CL Percepção do médico sobre pagamento por desempenho no gerenciamento de doenças cardiovasculares: o caso de uma operadora de plano de saúde. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 22 [ 2 ]: 567-586, 2012
44. MORAES, P. N.; IGUTI, A. M. • Avaliação do desempenho do trabalhador como forma peculiar de prescrição do trabalho: uma análise do PMAQ-AB Saúde em Debate • Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 416-426, julho-setembro 2013
45. VALLE R. Avaliação multidimensional de desempenho: um desafio para as empresas estatais, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Brasília, Novembro de 2004.
46. CAMPOS GWS. Saúde Paideia. Saúde em Debate. Editora Hucitec, São Paulo, 2003. P.90-100.

47. SILVA FH, BARROS MEB, MARTINS CP. Experimentações e reflexões sobre o apoio institucional em saúde: trabalho a partir do HumanizaSUS. *Interface* (Botucatu). 2015, vol.19, n.55, pp.1157-1168. Epub Aug 18, 2015. ISSN 1414-3283. Acesso em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0280.interface>.
48. FERNANDES JA, FIGUEIREDO, MA. Apoio institucional e cogestão: uma reflexão sobre o trabalho dos apoiadores do SUS. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 25 [ 1 ]: 287-306, 2015
49. CAMPOS G.W.S, DOMITTI AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(2):399-407, fev, 2007.
50. GUEDES C.R, ROZA M.M.R, BARROS M.E.B. O apoio institucional na Política Nacional de Humanização: uma experiência de transformação das práticas de produção de saúde na rede de atenção básica *Cad. Saúde Coletiva*, 20 (1): 93-101, Rio de Janeiro,. 2012.
51. FELISBERTO, E. et al. Avaliação da atenção básica e as DCNT. In: FREESE, E. (Org.). *Epidemiologia, políticas e determinantes das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil*. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2006. cap. 4, p. 89-104.
52. PIMENTEL, F. C.; ALBUQUERQUE, P. C.; SOUZA, W. V. A Estratégia Saúde da Família no estado de Pernambuco: avaliação da estrutura das equipes por porte populacional *SAÚDE DEBATE* Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 88-101, Jan-Mar 2015
53. SANTOS SANTOS, R. S. A. F.; BEZERRA, L. C. A.; CARVALHO, E. F.; FONTBONNE, A.; CESSÉ, E. A. P. Rede de Atenção à Saúde ao portador de

Diabetes Mellitus: uma análise da implantação no SUS em Recife Saúde em Debate, Rio De Janeiro, V. 39, N. Especial, P. 268-282, Dezembro 2015

54. BALBUENO EA, NOZAWA MR Levantamento dos tipos de Repercussões resultantes da avaliação de desempenho em enfermagem hospitalar. Rev Latino-americana de Enfermagem, janeiro-fevereiro; 12(1):58-64, 2004
55. PERNAMBUCO. Todos por Pernambuco em tempos de governança: conquistas e desafios. Caio Marini e Humberto Martins.

APENDICE - A MODELO LÓGICO PRELIMINAR						
COMPONENTES	ESTRUTURA	PROCESSO	PRODUTOS	RESULTADOS INTERMEDIÁRIOS	RESULTADO FINAL	
REGULAMENTAÇÃO/ NORMATIZAÇÃO	Computadores, internet, Sistema on line, recursos humanos para suporte técnico e gerencial, apoiadores institucionais nos hospitais, transporte.	Revisão da lei que institui a gratificação	Processo ocorrendo de forma regulamentada e conforme legislação vigente	Melhoria das práticas de gestão do trabalho	Melhoria da eficiência e qualidade dos serviços de saúde prestados	
GESTÃO/ COORDENAÇÃO		Construção do decreto que regulamenta o processo de avaliação				Acompanhamento mensal do processo de avaliação com suporte técnico às unidades
		Definição mensal de prazos do sistema	realização de negociações/ discussões com sindicatos			recebimento do incentivo financeiro
		Manutenção das rotinas do SISGRADE (parametrização de metas e indicadores, inclusão de novas unidades, atualização de cadastro, autorização de pagamento)				
		AVALIAÇÃO / MONITORAMENTO	Construção de Relatórios técnicos gerenciais das metas para cada ciclo avaliativo.			Acompanhamento integral do processo
Realização das rotinas de auditoria do processo						
Acompanhamento e feedback para os setores de RH sobre os resultados das avaliações						
Monitoramento do cumprimento dos prazos pelos hospitais e serviços participantes.						
reuniões colegiadas semanais do grupo de apoio institucional						
EDUCAÇÃO PERMANENTE		acompanhamento das solicitações e realizações de cursos	Setores de Rh capacitados e integrados			
		acompanhamento das preceptorias				
INTEGRAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO		Revisão sistemática de metas e indicadores.	Instrumentos atualizados de acordo com a demanda			
		Realização de capacitações para os RH das unidades.				
		Realização de seminários de discussão sobre os indicadores.				
		Atualização do manual de orientações				
MONITORAMENTO DOS INDICADORES DE DESEMPENHO		Definição dos indicadores alinhadas com o pacto pela saúde	Aferição adequada dos indicadores com alcance das metas			melhoria do atendimento hospitalar
		Padronização de metas com as funções das clínicas				
		Alcance das metas dos indicadores da D1				
		Alcance das metas dos indicadores da D2				
			Alcance das metas dos indicadores da D3			

**APENDICE B**

<b>QUESTIONÁRIO RH DA UNIDADE DE PRODUÇÃO</b>	
Nome do entrevistado:	
Unidade de Trabalho:	
Grau de escolaridade:	
Cargo que atua:	
Data:	
Questionário sobre a implantação da Programa de Avaliação de Desempenho para a Gratificação de Desempenho - AD-GD	
1-	O Sr(a) poderia afirmar que, para implantação/utilização do Programa AD-GD nesta unidade de saúde, existe computador em quantidade suficiente? ( ) Sim ( ) Não
2-	O Sr(a) poderia afirmar que há acesso à internet disponível para manuseio do sistema online? ( ) Sim ( ) Não
3-	O Sr(a) poderia afirmar que o sistema utilizado opera normalmente quando solicitado? ( ) Sim ( ) Não
4-	O Sr(a) poderia afirmar se há equipe técnica suficiente para atender as demandas mensais do processo? ( ) Sim ( ) Não
5-	O Sr(a) poderia afirmar que o apoiador institucional foi importante para implantação do processo ? ( ) Sim ( ) Não
6-	Todas as atividades que o Sr(a) realiza no seu trabalho diário têm relação com a AD-GD? ( ) Sim ( ) Não
7-	O Sr(a) conhece as normas regulamentadoras do processo? ( ) Sim ( ) Não
8-	O Sr(a) acredita que as metas utilizadas estão de acordo com a rotina de trabalho dos servidores? ( ) Sim ( ) Não
9-	O Sr(a) poderia afirmar que existem capacitações regulares sobre o processo? ( ) Sim ( ) Não
10-	O Sr(a) tem conhecimento sobre o resultado do alcance das metas da sua unidade? ( ) Sim ( ) Não
11-	O Sr(a) pode afirmar que são desenvolvidas atividades de educação em saúde a partir dos resultados da avaliação? ( ) Sim ( ) Não
12-	O Sr(a) pode afirmar se houve aumento na adesão às preceitorias após o início do processo avaliativo na sua unidade? ( ) Sim ( ) Não
13-	O Sr(a) pode afirmar se houve alteração das rotinas/práticas de gestão da clínica após o início do processo avaliativo na sua unidade? ( ) Sim ( ) Não
14-	Ouais as dificuldades encontradas nesta unidade na implantação do Programa de AD-GD?
15-	O que facilitou a implantação do Programa?
16-	Que benefícios você pôde observar após a implantação?
17-	Trouxe algum prejuízo para a Unidade? Ouais?
18-	O Sr(a) Gostaria de falar algo sobre o processo de avaliação que não lhe foi perguntado?

Obrigada!



**APENDICE C**

<b>QUESTIONÁRIO GESTOR</b>
Nome do entrevistado: Unidade de Trabalho: Grau de escolaridade: Cargo que atua: Data:  Questionário sobre a implantação da Programa de Avaliação de Desempenho para a Gratificação de Desempenho - AD-GD
1- O Sr(a) relata a existência de dificuldades na alteração da revisão da lei que institui a Avaliação de Desempenho? ( )Sim ( ) Não
2- O Sr(a) acredita que as metas utilizadas estão de acordo com a rotina de trabalho dos servidores? ( )Sim ( ) Não
3- O Sr(a) poderia informar se houve dificuldade na negociação de metas com os sindicatos? ( )Sim ( ) Não
4- O Sr(a) poderia afirmar que o apoiador institucional foi importante para implantação do processo ? ( )Sim ( ) Não
5- O Sr(a) pode afirmar se houve alteração das rotinas/práticas de gestão da clínica após o início do processo avaliativo? ( )Sim ( ) Não
6- Como o Sr(a) relata a busca de recursos para implantação do programa?
7- Quais as dificuldades encontradas nesta unidade na implantação do Programa de AD-GD?
8- O que facilitou a implantação do Programa?
9- Que benefícios você pôde observar após a implantação?
10- Trouxe algum prejuízo? Quais?
11- O Sr(a) Gostaria de falar algo sobre o processo de avaliação que não lhe foi perguntado?

Obrigada!

APENDICE 4 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA - IMIP  
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO EM SAÚDE

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, Juliana Lopes Bezerra, o(a) convido para participar da pesquisa “Avaliação de desempenho na gestão pública: Análise da implantação de um programa no estado de Pernambuco”, que é objeto de estudo do Mestrado Profissional de Avaliação em Saúde, pertencente ao Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Avaliação em Saúde do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), do qual sou aluna.

O estudo tem como objetivo Avaliar a implantação do eixo Gratificação de Desempenho do Programa de Avaliação de Desempenho desenvolvido pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. Tema de relevância para a gestão do trabalho.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários e asseguramos que seus dados pessoais e identidade não serão divulgados.

A sua participação será via correio eletrônico, por meio de questionário auto-aplicável. A sua participação contribuirá para a compreensão do funcionamento do programa, onde o resultado do estudo trará benefícios aos gestores e trabalhadores, na medida em que a avaliação sobre a intervenção fornecerá subsídios para a gestão melhorar a qualidade do programa.

Informamos que o(a) senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão que traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo.

A pesquisa não apresenta riscos para os profissionais participantes, sendo o único risco para a pesquisa as respostas não fidedignas dos mesmos. O sigilo e o anonimato das informações prestadas serão garantidos.

Os resultados serão avaliados pela pesquisadora e qualquer consideração ou dúvida sobre esta pesquisa, por favor, entre em contato com a mesma pelo telefone celular (81) 99211-2859 ou email: julianalb@gmail.com ou com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (CEP-IMIP) que objetiva defender os interesses dos participantes, respeitando seus direitos e contribuir para o desenvolvimento da pesquisa desde que atenda às condutas éticas. O CEP-IMIP está situado à Rua dos Coelhoos, 300, Boa Vista. Diretoria de Pesquisa do IMIP, Prédio Administrativo Orlando Onofre, 1º Andar, telefone (81)2122.4756, email: comitedeetica@imip.org.br. O CEP funciona de 2ª a 6ª feira, nos seguintes horários: 07:00 às 11:30hs e 13:30 às 16:00hs.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o(a) entrevistador e a outra com o entrevistado.

Pernambuco, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do entrevistado

\_\_\_\_\_  
Assinatura do entrevistador



INSTITUTO DE MEDICINA  
INTEGRAL PROFESSOR  
FERNANDO FIGUEIRA -



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Avaliação de desempenho na gestão pública: Análise da implantação de um programa no estado de Pernambuco.

**Pesquisador:** Juliana Lopes Bezerra

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 52403315.8.0000.5201

**Instituição Proponente:** Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP/PE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.412.861

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de uma avaliação normativa para estimar o grau de implantação do Programa de Avaliação de Desempenho, em seu eixo Gratificação de Desempenho, realizado na Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. O estudo será baseado em um levantamento de dados composto por estudos científicos realizados em bases de dados como: SciELO, Lilacs e outros, e por documentos técnicos e institucionais. A execução deste estudo será realizada na Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco e em unidades hospitalares localizadas no estado de Pernambuco.

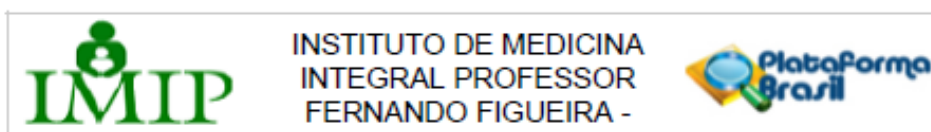
**Objetivo da Pesquisa:**

Avaliar a implantação do eixo Gratificação de Desempenho do Programa de Avaliação de Desempenho desenvolvido pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

A pesquisa não apresenta riscos para os profissionais participantes. Contribuir para a melhoria do programa, bem como outros no mesmo sentido na área da saúde pública, com a discussão acerca de seus objetivos, diretrizes e ações, de forma que os sucessos possam ser reproduzidos, os problemas evitados e subsidiar decisões sobre futuras programações.

**Endereço:** Rua dos Coelhos, 300  
**Bairro:** Boa Vista **CEP:** 50.070-550  
**UF:** PE **Município:** RECIFE  
**Telefone:** (81)2122-4756 **Fax:** (81)2122-4782 **E-mail:** comtedeetica@imip.org.br



Continuação do Parecer: 1.412.861

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O Projeto está bem elaborado e sua execução é viável nos termos propostos.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O TCLE está apresentado em linguagem convidativa e acessível aos potenciais participantes desta pesquisa.

**Recomendações:**

Recomendo ao CEP/IMIP a aprovação deste projeto.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sem exigências.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_497009.pdf	11/01/2016 23:19:41		Aceito
Outros	ANUENCIA.jpg	11/01/2016 23:17:38	Juliana Lopes Bezerra	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_mestradoJulianaLopes11_11_15_ti2.pdf	11/01/2016 23:10:19	Juliana Lopes Bezerra	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_4_TCLEtit2.pdf	11/01/2016 23:08:04	Juliana Lopes Bezerra	Aceito
Outros	apendice3_GD_10_11_15.pdf	10/11/2015 23:18:09	Juliana Lopes Bezerra	Aceito
Outros	apendice2_GD_10_11_15.pdf	10/11/2015 23:17:34	Juliana Lopes Bezerra	Aceito
Outros	apendice1_GD_10_11_15.pdf	10/11/2015 23:17:04	Juliana Lopes Bezerra	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto_corrigida.pdf	10/11/2015 20:49:44	Juliana Lopes Bezerra	Aceito
Outros	ANEXO 01.pdf	10/04/2015 11:34:30		Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Endereço: Rua dos Coelhos, 300  
 Bairro: Boa Vista CEP: 50.070-550  
 UF: PE Município: RECIFE  
 Telefone: (81)2122-4756 Fax: (81)2122-4782 E-mail: comitedeetica@imip.org.br



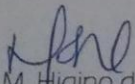
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA EXECUTIVA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE  
DIRETORIA GERAL DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE  
GERÊNCIA DE DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL

Recife, 13 de janeiro de 2015

### DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Declaro estar ciente da realização da pesquisa: **AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO NA GESTÃO PÚBLICA: ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DE UM PROGRAMA NO ESTADO DE PERNAMBUCO**, pela aluna do Curso de Mestrado em Avaliação em Saúde no Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP, **Juliana Lopes Bezerra** nas dependências da Secretaria Estadual de Saúde, na Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde e afirmo que esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto.

Sendo assim autorizo sua execução, desde que a mesma cumpra com os requisitos da Res. CNS 466/12 e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins de pesquisa.

  
Maria Emilia M. Higino da Silva  
Diretora Geral de Educação em Saúde  
Secretaria de Saúde de Pernambuco  
M<sup>te</sup> Emilia M. Higino da Silva  
Diretora Geral de Educação em Saúde  
Mat. 240878-3

Rua Dona Maria Augusta Nogueira, 519 – Bongí – Recife – PE  
CEP: 50.751-530 - Fone: 3184-0031/ 3184-0032/ 3184-0033