

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO
DOUTORADO EM ADMINISTRAÇÃO**

LEANDRO PINHEIRO CINTRA

**ARTICULAÇÃO ENTRE INOVAÇÃO, COMPETÊNCIAS E DESEMPENHO
ORGANIZACIONAL**

Um estudo em organizações de Minas Gerais na área da Saúde

Belo Horizonte

2013

LEANDRO PINHEIRO CINTRA

**ARTICULAÇÃO ENTRE INOVAÇÃO, COMPETÊNCIAS E DESEMPENHO
ORGANIZACIONAL**

Um estudo em organizações de Minas Gerais na área da Saúde

Tese de Doutorado apresentada ao Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração da Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito para obtenção do título de Doutor em Administração.

Linha de Pesquisa: Estudos Organizacionais e Gestão de Pessoas
Sublinha: Gestão de Pessoas

Orientador: Prof. Dr. Allan Claudius Queiroz Barbosa

**Belo Horizonte
2013**

Ficha catalográfica

C575a
2013

Cintra, Leandro Pinheiro.
Articulação entre inovação, competências e desempenho organizacional [manuscrito] : um estudo em organizações de Minas Gerais na área da saúde / Leandro Pinheiro Cintra. - 2013. 225 f.: il., gráfs. e tabs.

Orientador: Allan Claudius Queiroz Barbosa.
Tese (doutorado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração.
Inclui bibliografia (f. 186-193) e anexos.

1. Desenvolvimento organizacional – Teses. 2. Recursos humanos na saúde – Teses. 3. Sistema Único de Saúde (Brasil) – Teses. I. Barbosa, Allan Claudius Queiroz. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração. III. Título.

CDD: 658

Elaborada pela biblioteca da FACE/UFMG - NMM /026/2013



Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Ciências Econômicas
Departamento de Ciências Administrativas
Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração

ATA DA DEFESA DE TESE DE DOUTORADO EM ADMINISTRAÇÃO do Senhor LEANDRO PINHEIRO CINTRA, REGISTRO Nº 89/2013. No dia 06 de março de 2013, às 14:00 horas, reuniu-se na Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, a Comissão Examinadora de Tese, indicada pelo Colegiado do Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração do CEPEAD, em 26 de março de 2013, para julgar o trabalho final intitulado "Articulação entre Inovação, Competências e Desempenho Organizacional: Um estudo em organizações de Minas Gerais na área da saúde", requisito para a obtenção do Grau de Doutor em Administração, linha de pesquisa: Gestão de Pessoas e Comportamento Organizacional. Abrindo a sessão, o Senhor Presidente da Comissão, Prof. Dr. Allan Claudius Queiroz Barbosa, após dar conhecimento aos presentes o teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra ao candidato para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa do candidato. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença do candidato e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

APROVAÇÃO;

() APROVAÇÃO CONDICIONADA A SATISFAÇÃO DAS EXIGÊNCIAS CONSTANTES NO VERSO DESTA FOLHA, NO PRAZO FIXADO PELA BANCA EXAMINADORA (NÃO SUPERIOR A 90 NOVENTA DIAS);

() REPROVAÇÃO.

O resultado final foi comunicado publicamente ao candidato pelo Senhor Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, o Senhor Presidente encerrou a reunião e lavrou a presente ATA, que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 06 de março de 2013.

NOMES

Prof. Dr. Allan Claudius Queiroz Barbosa
ORIENTADOR (CEPEAD/UFMG)

Prof. Dr. Antônio Luiz Marques
(CEPEAD/UFMG)

Prof. Dr. Carlos Alberto Gonçalves
(CEPEAD/UFMG)

Profª. Drª. Juliana Oliveira Andrade
(Fundação Dom Cabral/MG)

Prof. Dr. Marcelo Alvim Scianni
(DP&M/ MG)

ASSINATURAS

Hoje sofremos de excesso de liderança e falta de gestão.

Mintzberg, H., 2010

AGRADECIMENTOS

A Deus;

À esposa Juliana e ao filho Gabriel, pelo recíproco amor, apoio contínuo e compreensão nas ausências necessárias para condução deste trabalho;

Ao Allan, pela orientação, conselhos, oportunidades e amizade;

Aos professores e aos colegas de doutorado, pelas reflexões e aprendizagens ao longo do curso;

Aos colaboradores das organizações estudadas, pelas informações fornecidas nas entrevistas nas reuniões e pelo fornecimento de documentos;

Aos professores da banca, pelas reflexões e contribuições sobre o trabalho;

Ao Geraldo Ribeiro, pela apresentação de visões complementares da área de Saúde nas perspectivas de estratégia, inovação e desempenho;

Aqueles que contribuíram direta ou indiretamente para a realização deste trabalho.

RESUMO

O objetivo desta pesquisa consistiu em analisar a articulação entre a gestão da inovação e de competências e seu impacto nos resultados (desempenho) organizacionais, considerando o estudo em organizações no setor da Saúde do estado de Minas Gerais, nas esferas pública e privada. Para o alcance do objetivo proposto neste trabalho, foi necessário delimitar os construtos teóricos de competências, inovação e desempenho organizacional, para dar base à apresentação da articulação desses construtos e, também, viabilizar um percurso metodológico adequado. Essa articulação é transportada neste trabalho para o contexto de saúde no Brasil, que possui um Sistema Único de Saúde (SUS) com peculiaridades que fazem o ambiente ficar mais complexo para uma gestão de recursos humanos nesta área. Os objetivos específicos do trabalho compreenderam: analisar como é conduzida a gestão de competências nas organizações do estudo; discutir como ocorrem os processos de inovação nas organizações estudadas, considerando as diferentes perspectivas existentes; e investigar as consequências provocadas na condução da inovação e de competências, estabelecendo os vínculos e as articulações pertinentes, principalmente com o desempenho organizacional. O estudo realizado na Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG), na Unimed Belo Horizonte e no Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais (IPSEMG) demonstrou que a gestão de projetos é uma ferramenta de gestão de inovação utilizada pelas instituições de saúde, aliada à sistemática de acompanhamento do desempenho institucional e do planejamento estratégico, com impacto direto no desempenho organizacional. A gestão de competências se apresentou como intenção de ferramenta para melhorar o desempenho organizacional, porém não ficou evidenciado como realidade nas instituições estudadas, pelas dificuldades encontradas no momento de sua implantação.

Palavras-chaves: Inovação. Competências. Desempenho organizacional. Estratégia. Gestão de recursos humanos. Gestão em saúde.

ABSTRACT

The aim of this study was to analyze the linkage between innovation and competence management and their impact on the performance in public and private organizations of health sector of Minas Gerais. It was necessary to determine the theoretical constructs of competence, innovation and organizational performance, to achieve the proposed objective in this study and also enable an appropriate methodological approach. This articulation is carried on this work for the health context in Brazil, which has a Health System (SUS) with peculiarities and complex environment for a human resource management at this area. The specific objectives of the study included: analyze the competence management conduction in studied organizations; discuss how innovation processes take place in the organizations studied, considering the different perspectives, and investigate the consequences caused in driving innovation and competences, establishing relevant links and joints, mainly with organizational performance. The study on Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais (SES-MG), Unimed Belo Horizonte and Instituto de Previdência dos Servidores o Estado de Minas Gerais (IPSEMG) presents the project management as the primary management tool innovation used by healthcare institutions, coupled with systematic monitoring of institutional performance and strategic planning, with direct impact on organizational performance. The competence management is presented as a tool intended to improve the organizational performance, however, it was not observed as reality in the institutions studied because of the difficulties encountered in implementation.

Key words: Innovation. Competency. Organizational performance. Strategy. Human resource management. Health management.

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	14
2. REFERENCIAL TEÓRICO E DELIMITAÇÃO DOS CONSTRUTOS	18
2.1. Inovação.....	18
2.2. Gestão de competências	27
2.3. Desempenho organizacional.....	43
2.4. Apresentando o contexto da saúde no Brasil.....	54
3. PERCURSO METODOLÓGICO: DEMONSTRANDO AS ESCOLHAS.....	60
3.1. Escolhas metodológicas e seus desdobramentos	61
4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	65
4.1. Caso 1 - Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais	65
4.1.1. Contextualização da SES-MG.....	65
4.1.2. Inovação na SES-MG	70
4.1.3. Competências na SES-MG.....	74
4.1.4. Desempenho organizacional na SES-MG.....	90
4.2. Caso 2 - Cooperativa de Trabalho Médico – Unimed Minas Gerais e Unimed Belo Horizonte.....	100
4.2.1. Contextualizando a Unimed em Minas Gerais e em Belo Horizonte.....	100
4.2.2. Inovação na Unimed Belo Horizonte.....	103
4.2.3. Competências na Unimed Belo Horizonte	117
4.2.4. Desempenho organizacional na Unimed Belo Horizonte	121
4.3. Caso 3 - Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais	129
4.3.1. Contextualização do IPSEMG.....	129
4.3.2. Inovação no IPSEMG	142
4.3.3. Competências no IPSEMG.....	153
4.3.4. Desempenho organizacional no IPSEMG.....	158
5. ANÁLISE DE RESULTADOS	160
• Possibilidades da Articulação entre as dimensões: o Escritório de Gestão Estratégica.	176
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	182
REFERÊNCIAS	186
ANEXOS.....	194

ANEXO I – Relatório de Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde – Prioridades e Objetivos – Minas Gerais - 2010.....	194
ANEXO II – Relatório de Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde – Prioridades e Objetivos – Minas Gerais – 2009	198
ANEXO III – Relatório de Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde – Prioridades e Objetivos – Minas Gerais - 2008.....	202
ANEXO IV – Roteiro de entrevista.....	206
ANEXO V – Documentos internos relevantes utilizados na pesquisa	207

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Proposta de articulação e desdobramentos de teorias e de ambientes.....	17
Figura 2 - Relação entre competências e desempenho organizacional.....	42
Figura 3 - Modelo multidimensional de análise do conceito desempenho.....	50
Figura 4 – Articulação entre inovação, recursos e competências.....	51
Figura 5 - Modelo de atenção às condições crônicas de saúde – SES-MG.....	65
Figura 6 - Estrutura operacional das redes de atenção à saúde – SES-MG.....	65
Figura 7 - Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado – 2007/2023.....	69
Figura 8 - Mapa estratégico da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.....	70
Figura 9 – Estrutura analítica de projetos de reestruturação da gestão de recursos humanos na SES/MG.....	74
Figura 10 - Processo de mapeamento de competências essenciais na SES-MG.....	77
Figura 11 - Competências essenciais da SES-MG.....	77
Figura 12 - Definição das competências essenciais da SES-MG.....	78
Figura 13 – Portfólio de projetos da SES/MG em 2011.....	89
Figura 14 - Resultados finalísticos da área estratégica “vida saudável”.....	89
Figura 15 - A Unimed em Minas Gerais.....	98
Figura 16 - Modelo de atenção à saúde na Unimed BH.....	100
Figura 17 – Exemplo de gestão de risco em saúde.....	103
Figura 18 - Estratégia para a mudança do modelo na Unimed-BH.....	104
Figura 19 - Intervenção e curso da doença.....	104
Figura 20 - Estratificando pela condição de saúde.....	105
Figura 21 - Planejamento estratégico da Unimed-BH e a implantação do novo modelo.....	105
Figura 22 - Objetivos estratégicos da Unimed-BH 2007-2015.....	107
Figura 23 - Objetivo estratégico Unimed-BH: Inovar na assistência e promoção da saúde...108	
Figura 24 - Modelos de maturidade no planejamento estratégico da Unimed-BH – Evolução do modelo de gestão.....	111
Figura 25 - Modelos de maturidade no planejamento estratégico da Unimed-BH – Evolução do modelo de atenção à saúde.....	112
Figura 26 - Modelos de maturidade no planejamento estratégico da Unimed-BH – Evolução do modelo de comercialização.....	112
Figura 27 - Modelos de maturidade no planejamento estratégico da Unimed-BH – Evolução do modelo de desenvolvimento de cooperados e prestadores.....	113
Figura 28 - Modelos de maturidade no planejamento estratégico da Unimed-BH – Evolução do modelo de remuneração da rede.....	113

Figura 29 - Modelos de maturidade no planejamento estratégico da Unimed-BH – Evolução do modelo de gestão da informação.....	114
Figura 30 - Política de gestão de recursos humanos da Unimed-BH.....	116
Figura 31 – Objetivo do processo de gestão de desempenho na Unimed BH.....	120
Figura 32 – Processo de gestão de desempenho na Unimed-BH.....	121
Figura 33 – Gestão de desempenho na Unimed-BH – Análise de indicadores: Dinâmica das prévias.....	122
Figura 34 – Distribuição dos beneficiários por mesorregião de Minas Gerais.....	128
Figura 35 - Diretrizes estratégicas IPSEMG – 2011-2014.....	136
Figura 36 – Mapa estratégico IPSEMG – Plano de saúde.....	137
Figura 37 – Mapa estratégico IPSEMG – Recursos próprios.....	138
Figura 38 – Mapa estratégico corporativo do IPSEMG.....	138
Figura 39 – Macroprocessos do modelo de atenção à saúde do IPSEMG.....	142
Figura 40 - Parcerias para regulação e auditoria no IPSEMG.....	144
Figura 41 – Projetos de sistemas estratégicos no IPSEMG – 2011/2012.....	146
Figura 42 – Pilares da regulação e auditoria no IPSEMG.....	148
Figura 43 - Organograma proposto ao IPSEMG para gestão do plano de saúde.....	152
Figura 44 – Primeiro organograma proposto pela administração 2011-2014 do IPSEMG....	152
Figura 45 – Novo organograma do IPSEMG – Administração 2011-2014.....	153
Figura 46 – Os elementos da inovação de ruptura.....	164
Figura 47 – Hierarquia das informações para competição baseada em valor.....	171
Figura 48 – O ciclo virtuoso na assistência à saúde.....	172

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Indicadores principais do “Pacto pela Vida” do Ministério da Saúde pelo governo de Minas Gerais – SES/MG (2008 a 2010) – Primeira parte.....	94
Tabela 2 - Indicadores principais do “Pacto pela Vida” do Ministério da Saúde pelo governo de Minas Gerais – SES/MG (2008 a 2010) – Segunda parte.....	95
Tabela 3 – Recorte de indicadores do PPAG – SES/MG – 2008 a 2010.....	96
Tabela 4 - Investimento em capacitação profissional de empregados por receita na Unimed-BH.....	124
Tabela 5 - Proporção de admissões e demissões de empregados na Unimed-BH.....	124
Tabela 6 - Gastos Unimed-BH 2000-2005 (Valores em milhares de reais).....	124
Tabela 7 - Evolução da carteira de clientes 2006-2010.....	125
Tabela 8 - Distribuição dos beneficiários do IPSEMG por gênero e faixa de idade.....	127
Tabela 9 - Distribuição dos clientes do IPSEMG que possuem outro plano de saúde, por faixa de renda e localidade.....	130
Tabela 10 - Quantidade de beneficiários do IPSEMG por órgão estadual.....	133
Tabela 11 - Distribuição dos beneficiários e dependentes do IPSEMG.....	133
Tabela 12 – Rede assistencial própria e credenciada no IPSEMG (Capital e Interior) – 2007.....	134
Tabela 13 - Comparação do gasto per capita do IPSEMG com o mercado.....	135
Tabela 14 – Distribuição dos colaboradores do IPSEMG por unidade.....	150
Tabela 15 – Número de servidores do IPSEMG (Exercício 2010).....	150

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Fatores condicionantes do meio inovador interno.....	24
Quadro 2 – Comparação das teorias sobre vantagem competitiva.....	28
Quadro 3 - Medidas de desempenho utilizadas por diferentes áreas de pesquisa.....	43
Quadro 4 - Comparação das várias perspectivas estratégicas de competição.....	47
Quadro 5 – Dimensões pesquisadas e categorias de análise.....	60
Quadro 6 - Formulação estratégica da SES/MG.....	69
Quadro 7 – Comparativo da estrutura dos planos de saúde dos servidores de outros estados brasileiros.....	131
Quadro 8 - Entidades correlatas ao IPSEMG.....	131
Quadro 9 - Resumo dos resultados para os casos estudados nas categorias de análise.....	158
Quadro 10 - Papéis e responsabilidades do Escritório de Gestão da Estratégia.....	178
Quadro 11 - Papéis do Escritório de Gerenciamento de Projetos.....	181

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Diagnóstico de capacitação dos servidores – SES/MG, 2007.....	86
Gráfico 2 - Distribuição de Unimeds em Minas Gerais, por porte.....	98
Gráfico 3 - Distribuição do custo de utilização da Unimed-BH (fev/2002 a jul/2004).....	101
Gráfico 4 - Distribuição do custo de utilização dos clientes da Unimed-BH (fevereiro/2002 a julho/2004), por tipo de gasto.....	102
Gráfico 5 - Nível de escolaridade dos colaboradores da Unimed-BH (2004, % acumulado).....	116
Gráfico 6 - Tempo de permanência dos funcionários (2004, % acumulado).....	118
Gráfico 7 - Evolução dos colaboradores da Unimed-BH de 2004 a 2010.....	122
Gráfico 8 - Evolução dos investimentos em benefícios para cooperados e empregados de 2007 a 2010 na Unimed-BH.....	123
Gráfico 9 - Estrutura etária da população de Minas Gerais e IPSEMG.....	128

1. APRESENTAÇÃO

Este trabalho tem por objetivo investigar a articulação entre a gestão da inovação e de competências e seu impacto nos resultados (desempenho) organizacionais. Para isso, foram consideradas organizações do setor de Saúde nos âmbitos público e privado, as quais serão apresentadas ao longo do trabalho. Para o alcance do objetivo proposto, foi necessário delimitar os construtos teóricos de competências, inovação e desempenho organizacional, para dar base à apresentação da articulação desses construtos e também viabilizar um percurso metodológico adequado.

Nas últimas décadas, diante do acirramento da concorrência e das exigências de cada contexto organizacional, várias organizações passaram a orientar-se por modelos de gestão com foco em resultados. Ao abordar aspectos relacionados ao desempenho humano, o tema “competências” ganhou vigor na literatura contemporânea, estimulando a reflexão sobre os fatores fundamentais à melhoria dos resultados para as organizações e para os indivíduos (BOTERF, 2003; FLEURY & FLEURY, 2001; ZARIFIAN, 2001). Os desafios impostos à gestão das organizações têm sido alvo de estudos e debates nas comunidades acadêmica e empresarial. A busca de diferenciais competitivos e a sustentabilidade das posições de mercado têm sido discutidas, sobretudo, diante de um contexto que se apresenta marcado pelo acirramento da concorrência e por constantes mudanças na dinâmica produtiva (ABRAHAMSON, 2006; DAVENPORT & PRUSAK, 1998; TERRA, 2002).

A necessidade de estabelecer patamares mais elevados de desempenho e de competitividade estimula a reflexão acerca dos fatores que afetam a performance do indivíduo na esfera do trabalho. Neste contexto, a inovação merece destaque, visto que é fator decisivo para a busca da vantagem competitiva sustentável. O termo *inovação* pode ser desdobrado em inovação tecnológica, inovação em produtos, inovação em serviços, inovação em processos e inovação em gestão. O cenário atual de mudanças aceleradas nos ambientes produtivos e sociais em que as organizações estão inseridas reforça a necessidade de uma gestão mais estruturada da inovação em seu ambiente, a fim de se buscar melhores resultados. As atividades com foco em inovação passam a ser, então, fundamentais para a manutenção do desenvolvimento de organizações e da sociedade, seja no desenvolvimento econômico dentro do sistema capitalista, seja na transformação dos hábitos e/ou padrões de vidas dos indivíduos e dos grupos. Devido a sua natureza complexa, a inovação é, muitas vezes, de difícil apreensão e

sistematização. No contexto brasileiro, o fenômeno da inovação tem conquistado espaço no setor produtivo, em instituições de pesquisa e governamentais, visto que empresas e nações se desenvolvem ao produzir, absorver e utilizar conhecimentos científicos e inovações tecnológicas (IPEA, 2005).

No campo da Saúde, o progresso da ciência, a inclusão tecnológica, a longevidade e o aparecimento de novos agravos estarão continuamente definindo novos desafios a serem enfrentados e vencidos. Quando se pensa no Brasil, destaca-se um ambiente que absorve esses desafios e outros mais na abrangência do Sistema Único de Saúde (SUS), em que atingir seus quatro princípios fixados constitucionalmente é um desafio permanente a ser alcançado: universalidade, integralidade, equidade com controle social e efetivo financiamento. O SUS é considerado o maior programa de inclusão social nas Américas, possuindo mais de 6.000 hospitais, com cerca de 500 mil leitos, quase 70 mil unidades ambulatoriais, que ofertam à população brasileira 12,7 milhões de internações hospitalares e mais de 300 milhões de exames de laboratório clínico, demandados por mais de 150 milhões de consultas médicas, aproximando-se de 150 milhões de vacinas aplicadas pela Atenção Primária à Saúde e produzindo cerca de 15 mil transplantes por ano. Em função da pressão da demanda permanente, cobra-se um avanço permanente do seu crescimento aos gestores nas três esferas de governo: federal, estadual e municipal (MARQUES, 2009).

Garantida na Constituição de 1988 como um direito de todos e um dever do Estado, o SUS constitucional universal convive com o SUS real segmentado, legitimado pela própria Constituição, ao permitir à iniciativa privada atuar na prestação de serviços de saúde de forma complementar ao SUS. De acordo com dados do Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS (CONASS, 2006), 28,6% dos brasileiros são usuários exclusivos do SUS, 61,5% são não exclusivos e apenas 8,7% não são usuários. O SUS comporta, então, dois outros subsistemas no seu arcabouço: o sistema de saúde suplementar (planos de saúde), regulamentado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e o desembolso direto. O SUS deve garantir aos brasileiros cuidados integrais e necessários a uma vida saudável, incluindo prevenção, promoção e tratamentos. O Ministério da Saúde tem procurado, junto com estados e municípios, implantar inovações em sua gestão e operacionalização, buscando, por exemplo, negociar protocolos baseados em evidências, para regular a oferta de serviços do SUS, submetendo-os aos Conselhos de Saúde. Uma avaliação permanente de novas inclusões tecnológicas nas áreas de medicamentos, equipamentos e diagnóstico e terapêutica é também necessária para se chegar a uma integralidade regulada.

Um dos maiores desafios atuais do SUS, além do financiamento inadequado, é a ausência de um modelo correto de organização do sistema de oferta de serviços. Apesar de ter resgatado a alocação percentual de recursos para a saúde nas esferas de governo (mínimo de 15% das receitas próprias para municípios, mínimo de 12% para estados e variação nominal do PIB para a União), a Emenda Constitucional 29 permanece pendente de regulamentação por lei ordinária. Enquanto isso, municípios, estados e Governo Federal, aproveitando interpretações dos Tribunais de Contas, vêm alocando percentuais menores e incompatíveis com as necessidades do Sistema SUS. A insuficiência de financiamento, a ausência de um modelo voltado para a promoção e a prevenção, a baixa resolubilidade da Atenção Primária nos ambulatorios e centros de saúde e a dificuldade em atribuir à Atenção Primária o papel de coordenação de todo o sistema de saúde têm dificultado o atendimento e a organização da média e da alta complexidade, mantendo a atenção hospitalar como preferencial, sendo ainda pressionada por uma demanda espontânea crescente. A baixa resolubilidade do sistema primário, o atendimento eletivo de cuidados na urgência e emergência e o financiamento inadequado impõem um longo tempo de espera para atendimento, criticado pela clientela, com desgaste para o modelo do SUS, além do aumento considerável dos custos operacionais do sistema (CONASS, 2006; MARQUES, 2009).

Dentre os diversos desafios existentes no SUS, destaca-se seu contexto particular de gestão de recursos humanos e de inovação, além dos resultados cobrados pela sociedade quanto a seu desempenho em seu conjunto, tanto na esfera pública quanto na privada (saúde complementar).

O problema escolhido para esta pesquisa prende-se justamente à investigação da articulação da gestão de competências (recursos humanos) e da inovação, com seu respectivo impacto no desempenho nas organizações de saúde estudadas. A pesquisa apresentada neste trabalho busca responder à seguinte pergunta no contexto do estado de Minas Gerais: É possível observar se ocorre a articulação entre inovação e competências com impacto nos resultados (desempenho) organizacionais em organizações do setor de saúde em Minas Gerais?

O objetivo geral do trabalho consistiu em: Investigar a articulação entre inovação e competências e seu impacto nos resultados (desempenho) organizacionais em organizações do setor de saúde em Minas Gerais.

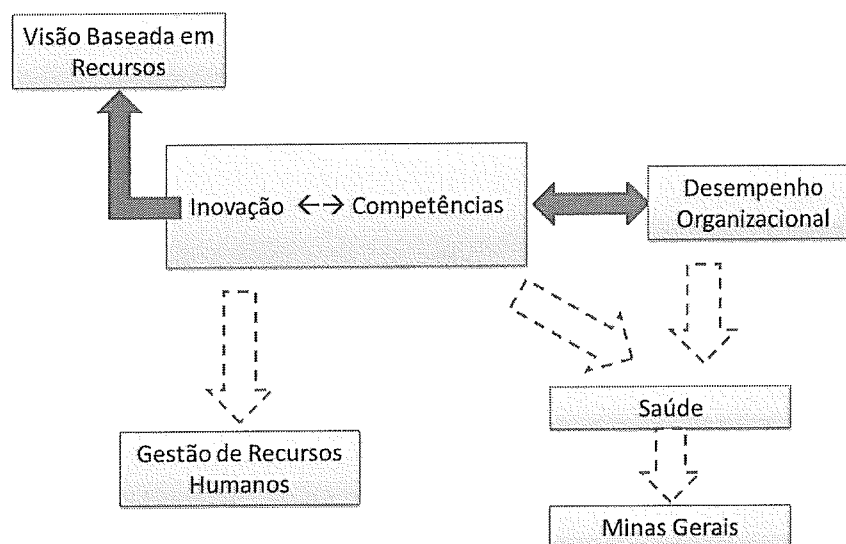
Os objetivos específicos definidos foram:

- Descrever como é conduzida a gestão de competências nas organizações estudadas;

- Discutir como ocorrem os processos de inovação nas organizações estudadas, considerando as diferentes perspectivas de inovação existentes;
- Investigar as consequências provocadas na condução da inovação e das competências, estabelecendo os vínculos e articulações pertinentes, principalmente sobre impacto no desempenho organizacional.

Este trabalho apresenta em um primeiro momento seu marco teórico, que está ilustrado em forma esquemática na Figura 1, na qual descrevem os construtos propostos – inovação, competência e desempenho – e sua articulação no contexto da saúde, permitindo seu desdobramento no percurso metodológico, com suas etapas de definições e de estruturação do estudo aplicado. Posteriormente, são apresentados os casos estudados e discutidos à luz das categorias previamente definidas no percurso metodológico, que permitiram conduzir às conclusões deste estudo em sua totalidade, com a análise conjunta dos casos estudados.

Figura 1 – Proposta de articulação teórica e desdobramentos de teorias e de ambientes.



Fonte: Elaborado pelo autor.

2. REFERENCIAL TEÓRICO E DELIMITAÇÃO DOS CONSTRUTOS

Neste capítulo, haverá a apresentação dos construtos que serão utilizados nesse trabalho: inovação, competências e desempenho organizacional. Para se apresentar o construto de inovação, inicialmente resgatar-se-á a teoria da firma, com os pensadores Schumpeter e Penrose, para então apresentar conceitos, tipologias e desafios da inovação e de sua gestão. Posteriormente, apresentar-se-á o construto de competências, resgatando a evolução dos conceitos e teorias ao longo do tempo, passando pela Visão Baseada em Recursos, para então apresentar os desafios de uma gestão por competências. Por fim, há a apresentação do construto de desempenho organizacional, apresentando também seus conceitos e desafios, para então apresentar uma reflexão de articulação dos três construtos.

2.1. Inovação

Estudar modelos idiossincráticos de estratégia empresarial pressupõe levar em consideração a inovação e o desenvolvimento de competências nas firmas. Para Schumpeter (1994), a firma seria um conjunto de competências dinâmicas. A empresa ideal generalizada pelos clássicos não faria mais sentido nesse contexto, sendo aplicada, então, a empresa idiossincrática. O monopólio competitivo seria uma realidade, questionando-se a existência de um ponto de equilíbrio no capitalismo. O gerente se torna mais importante do que o mercado, pois ele coordenaria os recursos na firma para criar mercados e vantagens competitivas sustentáveis de forma única e não racional. O vínculo da inovação com a Visão Baseada em Recursos, que será apresentada posteriormente, é justamente este, pois o gerente deve coordenar os recursos na firma para a inovação. A função gerencial seria, então, a capacidade de tomar decisão nas situações de incerteza para gerar diferencial competitivo, sendo que esta não é simplesmente técnica. Schumpeter explica que a inovação, por intermédio do empreendedor que cria a firma, define o mercado. A firma é variável independente, sendo que o gerente (empreendedor) trabalha com incertezas, criando inovações e mudando a equação da função de produção (capital-trabalho). Seu ato gerencial é, então, idiossincrático. Pode-se dizer, então, com base nos pensamentos de Schumpeter, que a ideia de inovação está sempre ligada às mudanças e às novas combinações de fatores que rompem com o equilíbrio existente.

Há inovação básica, incremental e radical, sendo que esta última altera a equação da função produção e a lógica do capitalismo colocada pelos economistas clássicos. A difusão é a

aplicação da inovação em distintos contextos. Defende que há um processo de destruição criativa. As organizações que competem neste paradigma que envolve aprendizados (conhecimentos idiossincráticos) são chamadas de “firmas”. A firma seria, então, um conjunto de rotinas, estruturas mentais e comportamentos organizacionais tácitos, que a define como idiossincrática. Esse contexto justifica o ato gerencial, pois este conduzirá o conjunto de rotinas, tomando decisões em situações de incertezas. Seria um conjunto de conhecimentos tácitos que se traduzem em esquemas mentais para se gerir um negócio inserido em um mercado.

Penrose (1995) associa-se a esta linha de raciocínio que deu origem à Visão Baseada em Recursos, sustentando inclusive que o objetivo da firma não seria mais o lucro, mas o crescimento – teoria do crescimento da firma. Existem fatores significativos de ampliação de oportunidades produtivas de uma firma causadas ao longo do tempo pela mudança sistemática de suas atividades. Exemplos desses fatores seria prestígio e poder. As economias de crescimento proporcionam vantagens às grandes firmas sobre as firmas menores. O grande prestígio da firma baseia-se em suas capacidades de explorar, experimentar e inovar. Tais capacidades junto com a posição no mercado (reputação) dão origem a boa parte de suas economias de crescimento. A teoria de crescimento da firma é colocada como verdade para toda e qualquer empresa, podendo resultar de um eficiente uso de recursos. Essa linha de raciocínio reforça a criação da Visão Baseada em Recursos. Na atual “Sociedade do Conhecimento”, o desafio e a motivação significam criar mercados para as competências existentes, com uma visão de dentro para fora da firma. O gerente assume papel essencial com seu conhecimento tácito acumulado na dinâmica do capitalismo, definindo a idiossincrasia da firma.

Nesse contexto, aprofundar-se-á neste trabalho nos eixos da Inovação e da Visão Baseada em Recursos, chegando à gestão de competências como derivação dessa teoria aplicada à gestão de recursos humanos. Após as devidas discussões e reflexões, com fundamentação teórica para apresentação dos construtos de *inovação* e *competências*, será também delimitado o construto de desempenho organizacional, como construto resultante da articulação da gestão de recursos, de inovação e de competências. Apresentar-se-á, então, a proposta de trabalho, com seus respectivos objetivos de aplicação na área de saúde em Minas Gerais. Para tal, far-se-á também a contextualização do setor de Saúde no Brasil, tanto público quanto privado.

Segundo Robert (1995), o termo *inovação* muitas vezes tem aplicações e sentidos distintos. Por exemplo, é confundido com “invenção”. Invenção está associada a descobertas, enquanto inovação é um termo mais amplo, pois pode ocorrer no desenvolvimento de produtos, processos ou em gestão. Na maior parte dos casos, são incrementais e contínuas e raramente são drásticas, radicais, derivadas de novas invenções. Zhuang, Williamson e Carter (1999) propõem uma classificação da inovação da seguinte forma: uma invenção, algo totalmente novo; um melhoramento, um refinamento de algo existente; a difusão de algo já existente em outro contexto. Ou seja, trata-se da adoção de algo novo em uma empresa que não é novo no mundo. Pode ser associada também a: inovação de saída (produtos, serviços e logística), inovação de entrada (suprimentos, materiais e fontes) e inovação de processo (processos administrativos e técnicas aplicadas aos processos de transformação de entrada em saída). A inovação de produto talvez seja a mais familiar aos consumidores.

Freeman (1987) categorizou inovação da seguinte forma: incremental, radical, mudanças do sistema tecnológico e revolução tecnológica. A inovação incremental ocorre continuamente em qualquer indústria ou atividade de serviço, podendo surgir de diversas esferas da organização, e não apenas ser resultado de pesquisa e desenvolvimento. Inovações radicais são eventos descontínuos, sendo que geralmente são resultados de pesquisa e desenvolvimento no contexto empresarial e/ou de universidades e laboratórios. As mudanças do sistema tecnológico afetam setores da economia e geram entrada em novos mercados, sendo baseadas na combinação de inovação radical e incremental, junto com inovações organizacionais. A revolução tecnológica é uma mudança de paradigma tecno-econômico, implicando um processo de seleção econômica na combinação de inovações tecnicamente factíveis. Um paradigma desses afeta a estrutura e as condições de produção e de logística de quase todo o ramo da Economia.

De maneira geral, a inovação pode ser entendida com base nos pontos de vista da estratégia, de padrões, do processo de gestão da inovação e dos seus tipos. No ponto de vista da estratégia, a inovação está ligada à obtenção de vantagens competitivas sustentáveis, ao posicionamento competitivo, aos conceitos de competências nucleares, à aprendizagem organizacional e à capacidade de inovação. A inovação surge, então, como um elemento fundamental da ação e da diferenciação das organizações, dando suporte à estratégia do negócio. Outro ponto de vista de padrões diferencia inovação relacionando o grau de impacto na organização, nos produtos, nos mercados ou na economia em geral, como os termos apresentados anteriormente, diferenciando inovações incrementais de inovações radicais e de

outras. De acordo com o ponto de vista de processo, chama-se atenção para a forma como as organizações inovam, envolvendo a identificação de necessidade dos consumidores, a formulação de estratégias de referência para inovação e o desenvolvimento de soluções etc. A gestão da inovação se apresenta como um processo gerenciável. Quanto aos tipos, existem as tipologias de inovação em produtos/serviços, processos/operações e organizacional/gerencial.

A elaboração de uma estratégia de inovação inclui a definição de objetivos, de domínios desejáveis e de produtos, sendo necessário delinear as fontes internas e externas que serão controladas e os princípios-chaves da gestão de fontes que guiarão as decisões, visando assegurar que os objetivos sejam atendidos. Somente uma gestão integrada do processo de inovação pode assegurar o sucesso e a competitividade das organizações, transformando ideias em novas categorias de produtos, garantindo novos espaços no mercado e novos modelos de negócio. As empresas podem olhar para outras empresas para inovar, mas elas raramente o fazem de forma sistemática e sob a perspectiva de uma estratégia explícita, frequentemente, limitando-se a uma única fonte, de forma isolada. Poucas empresas têm uma estratégia de gestão de fontes de informação para a inovação, gerenciando de forma integrada as diversas fontes para obter mais resultados. As empresas mais inovadoras gerenciam diversos conjuntos de canais de inovação, que não somente incorporam conjuntos de fontes como também irão estabelecer abordagens de gestão para as interfaces. Poucas companhias possuem um foco de inovação corporativo e raramente têm como meta um modelo de inovação. Seu processo de inovação do negócio tende a acontecer a partir de iniciativas ocasionais de reengenharia. A capacitação tecnológica pode ser medida por meio de diferentes indicadores, mas todos se referem à infraestrutura, à capacitação dos recursos humanos envolvidos em pesquisa e desenvolvimento, às fontes externas de aquisição de tecnologia e aos resultados alcançados (GOMES & KRUGLIANSKAS, 2009).

Segundo Gomes e Kruglianskas (2009), há dificuldade na associação entre tecnologia e competitividade, pois não existe ligação direta entre elas. A passagem de uma para a outra é feita mediante a inovação, transformando o potencial de recursos tecnológicos em bem econômico. Esse processo fundamental consiste em dominar tecnologias adaptadas para apoiar a capacidade de inovar e realizar a inovação para construir a competitividade por meio de aplicações que correspondem às necessidades da clientela. Para passar à ação, importa haver orientação estratégica para canalizar os esforços de inovação nas áreas de produtos e de serviços, bem como meios e competências para a concepção e o desenvolvimento. A

finalidade das políticas que sustentam a estratégia da empresa consiste em contribuir para os objetivos de competitividade.

Verifica-se, então, a existência de conceitos distintos do termo *inovação*, principalmente nos contextos socioeconômicos que surgiram e foram aplicados nos diferentes países de origem. Todavia, há uma coerência nas definições. Destaca-se a definição usada por Tidd *et al.* (2003) para a inovação: “toda a mudança benéfica para a organização, sendo condição fundamental para que as empresas possam realinhar seu nível de competitividade frente a seu ambiente para seu sucesso sustentável”. A vantagem competitiva pode ocorrer por meio da inovação para se promover a sustentabilidade do negócio. Porém, o desafio mesmo nem seria a inovação do produto ou do processo em si, mas a gestão da inovação nas organizações e a inovação da própria gestão. A gestão da inovação deve levar em conta as mudanças necessárias nas empresas para proporcionar um ambiente propício à criatividade e ao erro honesto. Tais mudanças devem ser revistas para se alinhar os seguintes pontos: a estrutura organizacional, a cultura e os valores empresariais, a gestão das pessoas com seus diversos subsistemas (pautada principalmente pela gestão por competências), a gestão do conhecimento, etc. Percebe-se a atenção especial na gestão do conhecimento nas empresas consideradas inovadoras, que usam tecnologias de conexão e contribuição para conseguirem potencializar a geração e o compartilhamento dos conhecimentos gerados. Usam fóruns, listas de discussão, blogs, intranets, chats, etc. Acreditam que quanto mais conexão se tiver tanto com o ambiente interno quanto com o externo mais potencial se teria para a resolução de problemas e inovação.

A gestão da inovação nas empresas deve responder aos acionistas e investidores com produtividade e indicadores. Thomas Edson, quando criou seu centro de pesquisa, estabeleceu metas para seus pesquisadores de se criar uma invenção grandiosa a cada seis meses e melhorias ou invenções menores a cada dois meses. Foi uma proposta de sucesso para a época. Nos tempos atuais, com maior formação dos pesquisadores e teoricamente mais competência disponível, além da maior acessibilidade à informação por meio da internet e demais redes de conexão de conhecimento, espera-se maior produtividade. Outro desafio se instala neste contexto sobre quais seriam os melhores indicadores para a gestão da inovação, como a Visão Baseada em Recursos. Barney e Clark (2007) apresentam quatro indicadores empíricos do potencial dos recursos da empresa para gerar vantagem competitiva sustentável: valor, raridade, imitação e substituição. Assim, verifica-se que a medida, os níveis de

capacidade, a dificuldade de duplicação e o processo cognitivo mediriam o quanto a empresa (aqui reificada) seria inovadora – ou melhor, teria o potencial de ser inovadora.

Conforme apresentado em Lastres *et al.* (2005), a abordagem sistêmica de sistemas de inovação tem atraído ferramentas analíticas para se compreender os processos de criação, uso, difusão e transferência de conhecimento, tendo em vista as características do regime de produção e de acumulação das organizações que utilizam ou pretendem utilizar sistemas de inovação. Apresentam-se, então, algumas verificações: a existência de uma abordagem que privilegia a produção baseada na criatividade humana em vez de trocas comerciais e da acumulação de recursos materiais, surgindo, então, uma nova abordagem de produção; a caracterização da inovação como processo interativo de aprendizado com múltiplas origens; a ênfase na importância de inovações incrementais e radicais complementares entre si, assim como entre inovações organizacionais e técnicas e suas distintas fontes internas e externas às empresas; a observância da natureza sistêmica da inovação; e a importância de se considerar suas dimensões econômicas, assim como as esferas produtivas, financeira, social, institucional e política. A inovação não estaria, então, concentrada em setores de tecnologia de ponta e não seria gerada apenas em pesquisa e desenvolvimento.

Em uma pesquisa mundial realizada com três mil executivos pela consultoria McKinsey (2006), constatou-se que 24% destes executivos consideraram que inovações em produtos, serviços ou modelos de negócio são mais importantes para a competitividade do que outros fatores, como maior facilidade na obtenção de informações e no desenvolvimento de conhecimento, abundância de capital, redução de barreiras comerciais, acesso maior a talentos e mão de obra, crescente ativismo e conhecimento do consumidor, mudanças tecnológicas e concorrentes mais capazes.

No Brasil, pesquisas evidenciam que a inovação se torna cada vez mais uma preocupação de instituições governamentais e do próprio setor produtivo. Estudo sobre fatores que formam um ambiente inovador (MACHADO, 2007) são apresentados no Quadro 1.

Quadro 1 –Fatores condicionantes do meio inovador interno (continua)

FATORES QUE INFLUENCIAM A INOVAÇÃO	DESCRIÇÃO	TIPO DE INFLUÊNCIA	FORMA DE AVALIAÇÃO
Eficiência percebida com a inovação	Grau com que as pessoas perceberam como a inovação atendeu às expectativas sobre o processo e sobre resultados.	Positivamente relacionado com o sucesso da inovação por meio da percepção dos participantes em relação aos resultados atingidos.	Satisfação com progresso alcançado; eficiência na resolução de problemas; progresso identificado com expectativas; taxa de eficiência; inovação atendendo a objetivos.
Escassez de recursos	Pressão por carga de trabalho e competição por recursos.	Níveis moderados de escassez de recursos estão positivamente relacionados ao sucesso da inovação.	Peso da carga de trabalho competição por recursos financeiros e materiais e por atenção da administração; competição interpessoal.
Liderança do time de inovação	Grau em que os líderes da inovação são percebidos pelos membros da equipe como promotores de um comportamento inovador.	Quanto maior o grau de liderança, mais os participantes do processo irão perceber a eficiência da inovação.	Encorajamento de iniciativas, delegação de responsabilidades, fornecimento de <i>feedback</i> , confiança nas pessoas, prioridade para o cumprimento de tarefas e manutenção de relacionamentos.
Aprendizagem encorajada	Grau em que os colaboradores percebem que o aprendizado e os riscos tomados são valorizados e os erros minimizados.	Indicadores de uma cultura organizacional que favorece a inovação.	Falhas e erros não geram interrupções na carreira; valorização do risco tomado; aprendizagem como prioridade na organização.
Dependência de recursos	Extensão em que as partes percebem, em sua interrelação, a necessidade de recursos financeiros, informações, materiais da outra parte, de forma a desenvolver o processo.	Quanto maior a dependência de recursos e o intercâmbio dos mesmos, mais fácil será conduzir o processo de inovação com eficiência.	Time de inovação precisa do outro grupo; o outro grupo precisa do time de inovação; quantidade de trabalho que o time fez para o outro grupo; quantidade de trabalho feita pelo outro grupo para o time.
Ambiente legal/regulador	Políticas governamentais, regulamentos, incentivos, leis.	A complexidade do ambiente regulador e sua instabilidade podem prejudicar a inovação.	Previsibilidade do ambiente legal/regulador; restrições da regulação; hostilidade dos reguladores.

Fonte: Adaptado de Machado (2007)

Schroeder *et al.* (1986) relataram em artigo seis observações sobre o processo de inovação em uma organização: a inovação é estimulada por choques, tanto internos quanto externos à organização; uma ideia inicial tende a proliferar em várias ideias durante o processo de

inovação; gerenciando um esforço de inovação, surpresas e imprevistos são inevitáveis, sendo que ocorre aprendizados enquanto a inovação continua sendo desenvolvida; enquanto uma inovação se desenvolve, o velho e o novo existem concorrentemente, mas são conectados juntos ao longo do tempo; ao longo do processo de inovação geralmente ocorre reestruturação organizacional de diversas naturezas; e durante o período de inovação acontece envolvimento direto da alta administração, com a participação direta de diversos níveis gerenciais em todas as decisões principais. Os autores propõem um modelo preliminar de gerenciamento de inovação que reforça a complexidade da gestão da inovação pelas características existentes em seu processo. Apesar de a literatura não apresentar um modelo aceito de gestão da inovação, sua complexidade é destacada.

Armbruster et al. (2008) destacam os seguintes elementos internos à organização necessários para a inovação: existência de times matriciais, descentralização das funções de planejamento, operação e controle, existência de células de trabalho, níveis reduzidos de hierarquia e terceirização de equipe. Esses elementos apontam para a necessidade de participação da gestão de recursos humanos em uma organização inovadora, a fim de conduzir a mudanças na busca de elementos que são premissas para o foco organizacional na inovação. Os autores reforçam inclusive a complexidade da inovação. Dentre outros fatores, destaca que diferentes inovações organizacionais desencadeiam diferentes efeitos nos indicadores de desempenho.

Birkinshaw *et al.* (2008) definem gestão da inovação como a invenção e implementação de práticas, processos, estrutura ou técnicas gerenciais que são novas no estado da arte e são orientadas a metas organizacionais futuras. Os autores analisaram em uma perspectiva evolucionária intraorganizacional o processo de inovação para definir um modelo capaz de responder ao contexto organizacional e ao ambiente externo, com práticas para gerar inovação, passando por tentativa e erro e técnicas de resolução de problemas e de refinamento de ideias, dentre outras práticas. Entretanto, destacam que o processo de inovação não costuma ser linear. Ou seja, não é sempre que acontece seguindo uma sequência de atividades, o que dificulta a aplicação do modelo sugerido pelos autores, que inclusive sugerem a observação de outros contextos para examinar a sequência real das atividades pelo tempo. Os autores concluem também que as consequências da gestão da inovação são complexas, pois por natureza há muitos *stakeholders* em potencial que são afetados. Todavia, deve-se preocupar com o monitoramento do desempenho da firma por meio de controle de indicadores que medem os impactos da inovação em seus ambientes interno e externo.

Walker *et al.* (2010) resgatam que a gestão da inovação está sendo amplamente adotada, porém sua influência no desempenho organizacional tem sido pouco pesquisada. O desempenho da gestão da inovação é complexa e é condicionada a outras características da organização que, direta ou indiretamente, podem ser monitoradas pelo desempenho da gestão organizacional. Os autores ensinam que o desempenho da gestão da inovação tem impacto direto no desempenho organizacional e indiretamente nele, pois também possuem impacto direto na gestão do desempenho, que por sua vez possui impacto no desempenho organizacional. Cabe ressaltar que a pesquisa dos autores foi realizada no contexto do setor público.

Hage (1999) chegou a três elementos relacionados à inovação organizacional: divisão de trabalho complexa, estrutura orgânica e estratégia de alto risco. O autor destacou a complexidade da divisão do trabalho como a mais importante, pois está diretamente relacionada a capacidade de aprendizagem organizacional, resolução de problema e criatividade em uma organização. Essa complexidade deve ser trabalhada em teorias de mudança organizacional e de gestão do conhecimento, inclusive, sendo monitorada com indicadores para ver sua efetividade.

Lopez-Cabrales *et al.* (2009) apresentam o conhecimento como um mediador entre as práticas de gestão de recursos humanos e as atividades de inovação. Apresentam como a GRH e o conhecimento dos empregados influenciam o desenvolvimento das capacidades de inovação e, conseqüentemente, o desempenho da firma. As práticas de GRH podem explicar em parte os processos gerenciais que levam a firma a obter conhecimentos únicos que agregam valor e como chegam à atividade de inovação e ao alto desempenho. Os resultados confirmaram que as práticas de GRH não possuem associação direta com a inovação, a menos que leve em conta a gestão do conhecimento dos empregados. Chegam, então, ao conceito de práticas de GRH baseada em conhecimento como influenciadoras da inovação para o lucro da companhia. Todavia, não existe um modelo universal de GRH para tal. Ou seja, a GRH deve ser projetada de forma específica para cada firma em suas práticas para associar os conhecimentos que geram valor e inovação para a organização.

A gestão da inovação, todavia, apresenta-se complexa, principalmente por envolver processos de gestão distintos, como a gestão do conhecimento, enquanto processo de transferência de conhecimentos organizacionais. Barbosa *et al.* (2005) discutem a gestão de competências como processo de transferência de conhecimento organizacional e concluem que há

necessidade de maior articulação de ferramentas de gestão, como gestão da mudança, gestão do conhecimento e gestão de competências, para a melhoria dos resultados em uma organização dinâmica. De maneira geral, a inovação pode ser entendida com base em diversos pontos de vista, como da estratégia, do processo de gestão da inovação e dos seus tipos. Foram apresentados vários pontos de vista nesse construto, que de forma complementar o delimitam, porém, sem a escolha de um apenas como pressuposto para esse trabalho, em função da riqueza do conjunto das contribuições dos autores apresentados. A escolha do construto inovação é muito mais pela sua característica de ser a fonte para a busca da vantagem competitiva sustentável, sendo relatado nesse capítulo seus desafios, destacando o principal deles que está diretamente relacionado a gestão de recursos humanos: criar um ambiente e uma cultura que permita que a inovação aconteça na organização, por meio de seus colaboradores e de seus conhecimentos gerados nesse processo. Considerando o conhecimento um recurso organizacional que pode trazer vantagem competitiva sustentável e sendo também insumo na gestão da inovação, discutir-se-á a seguir a Visão Baseada em Recursos e a gestão de competências como um desdobramento desta teoria aplicada à gestão de recursos humanos. A intenção é mostrar teoricamente a fundamentação da gestão de competências como possibilidade de ferramenta como base da gestão da inovação.

2.2. Gestão de competências

Ao transpor a bibliografia sobre competências, percebe-se que não há uma única “teoria” articulada e concreta sobre o tema e nem mesmo consenso a respeito de seu conceito. Algumas abordagens privilegiam o sujeito como foco principal e inicial de análise e outras veem a organização como cerne de análise. O tema apresenta-se complexo, repleto de minúcias e em processo de construção e debates a seu respeito. Porém, apesar das diferentes abordagens conceituais apresentadas, existe uma coerência de pensamento entre eles, incluindo a complementaridade nos estudos. Essa relação faz com que se acredite que, realmente, possa se construir uma linha coesa de conceitos para se nortear o estudo de competências trabalhando com a intersecção dos conceitos apresentados. Deve-se ter cuidado de não se criar um choque contra os estudos pós-tayloristas fundamentados até então para que se possa também tornar menos complexa sua aplicação nos ambientes organizacionais da economia do saber.

O estudo sobre competências organizacionais se origina do desenvolvimento do tema “Vantagem competitiva” e principalmente do surgimento de teorias, como a Visão Baseada em Recursos. Um dos recursos que devem ser gerenciados são os recursos humanos, que devem possuir determinadas competências para serem mobilizadas, a fim de se buscar vantagem competitiva sustentável na organização. Há inclusive uma relação direta entre a gestão da inovação e a gestão por competências no âmbito apresentado anteriormente, que também fornece base para a Visão Baseada em Recursos.

A gestão da inovação se apresenta complexa por envolver a criação, aplicação e transferência de conhecimentos nos ambientes interno ou externo em que a organização se insere. A gestão da inovação em si pode ser considerada uma articulação de pessoas, processos e conhecimentos de tal forma que se consiga agregar valor nas suas criações, aplicações e/ou transferências. Uma organização com uma inovação tecnológica, de processos, de produto ou de gestão possui uma vantagem competitiva em seu mercado. Quando essa inovação agrega esse valor em um contexto em que ela é rara de se encontrar no mercado, é difícil de copiar e de identificar um substituto para ela. Pode-se dizer que esta organização possui uma vantagem competitiva sustentável. Caso contrário, teria apenas uma vantagem competitiva temporária; ou seja, outras organizações copiariam ou lançariam um substituto para a inovação existente na organização em questão. Essa é a linha de raciocínio da Visão Baseada em Recursos, que será apresentada de forma mais aprofundada a seguir.

Barney e Clark (2007) fornecem uma visão geral da Visão Baseada em Recursos – *Resource-Based View* (RBV) desde sua origem até o seu atual estado da arte, em se tratando de pesquisa científica, contando na obra com uma variedade de artigos, capítulos de livros e livros dos últimos vinte anos sobre o tema. Os autores aplicam a RBV analisando a habilidade de quatro recursos e capacidades organizacionais, visando à vantagem competitiva sustentada. Os recursos examinados incluem: cultura organizacional; valor (mérito) de confiança; práticas de recursos humanos; e tecnologia da informação. Para ilustrar uma comparação entre a visão baseada em recursos e os princípios da organização industrial e também a concepção do pensamento de capacidades dinâmicas, Vasconcelos e Cyrino (2000) apresentam um resumo que é apresentado no Quadro 2.

Quadro 2 – Comparação das teorias sobre vantagem competitiva (continua)

DIMENSÕES	ORGANIZAÇÃO INDUSTRIAL	RECURSOS	CAPACIDADES DINÂMICAS
Unidade de análise	Indústria	Estoques de recursos; competências específicas.	Processos e rotinas organizacionais; fluxos de recursos; e competências específicas
Concepção da firma	Função técnica de produção; conjunto de atividades complementares.	Conjunto estável de recursos; competências e capacidades.	Conjunto evolutivo de recursos, competências e capacidades
Natureza da vantagem competitiva	Sustentável; fundada no exercício de situações de quase monopólio.	Sustentável, fundada sobre recursos estáveis.	Sustentável, fundada sobre recursos em evolução.
Fonte de vantagem competitiva	Atratividade e posicionamento da firma na indústria.	Acesso privilegiado a recursos únicos de difícil imitação	Rotinas e processos organizacionais capazes de regenerar a base de recursos da firma.
Estratégia	Orientada para o conteúdo; abordagem racional “de fora para dentro”; procura de indústrias atrativas; busca do posicionamento ideal na indústria; e defesa dessa posição pela construção de barreiras à concorrência.	Orientada para o conteúdo; abordagem racional “de dentro para fora”; desenvolvimento e exploração de competências existentes.	Orientada para o processo e o conteúdo; interação entre competências e oportunidades do mercado; reconfiguração de competências e <i>know-how</i> ; racionalidade limitada, incerteza, complexidade e conflito.

Fonte: Adaptado de Vasconcelos e Cyrino (2000)

Barney e Clark iniciam a discussão sob a questão central de pesquisa: Por que algumas empresas continuamente superam seus concorrentes? Essas diferenças entre os desempenhos das organizações é que os estudiosos da gestão estratégica procuram entender, segundo os autores. Em um nível mais amplo, há duas explicações para o melhor desempenho. Uma primeira explicação, citada no livro destes autores, é que, para Porter e Bain, o melhor desempenho deve-se ao paradigma “estrutura-conduta-performance” da organização industrial. A segunda explicação de melhor desempenho é resgatada de Demsetz (1973), que defende estar nas organizações que focam menos na estrutura da indústria e no poder de mercado e mais na capacidade diferencial de responder de forma mais eficaz e eficiente às necessidades dos clientes. Para Barney e Clark (2007), a RBV tem profundas raízes nos campos teóricos da Economia e da Sociologia, que se uniram e modificaram seus pensamentos para desenvolver no que hoje conhecemos por RBV. Sua origem e influência ser apoiaram nas seguintes fontes:

a) Estudo tradicional de competências distintas

- As firmas com competências distintas estabelecem atributos que as diferenciam de outras firmas segundo o desempenho.
- A gerência geral nas firmas deve possuir competências distintas.
- Análises de rendas da terra segundo diferentes níveis de fertilidade.
- Ricardo preferiu estudar as consequências econômicas segundo os dons da Natureza, de acordo com a fertilidade da terra.
- Ricardo estudou as diferentes respostas entre a demanda (elástica e inelástica) segundo a ocorrência de variação ou não do preço.
- A RBV sugere que muitos dos recursos utilizados pelas empresas podem melhorar significativamente a demanda, por meio de gestores que trabalham em equipe e de trabalhadores altamente qualificados.

b) Estudo da economia neoclássica, segundo Edith Penrose, em sua pesquisa “A teoria do crescimento da firma”, buscando entender o crescimento das firmas e os limites deste crescimento.

- Modelos econômicos tradicionais supõem que as empresas simplesmente observam as condições da oferta e da procura em níveis de produção para maximizar os lucros. Porém, Penrose concluiu que tal afirmação não foi útil.
- O crescimento de uma empresa é limitado pela produção de oportunidades que existem em função do conjunto dos recursos produtivos controlados e pelo quadro administrativo utilizado para coordenar o uso destes recursos.

c) As implicações do antitruste na economia.

- No monopólio ou no oligopólio os preços tendem a ser mais altos e o bem-estar social menor, se comparado a uma situação de mercado mais competitivo.
- O paradigma “estrutura-conduta-desempenho” define quais atividades podem ser mais bem desenvolvidas e, assim, melhorar o desempenho das firmas.
- Demsetz antecipou um ponto da RBV, pois alegou que algumas empresas podem usufruir vantagens persistentes de desempenho devido à sorte (pouco provável) ou devido às competências na resolução das necessidades dos clientes mais eficazmente do que os concorrentes.

O desenvolvimento da RBV teve algumas contribuições antecedentes. A primeira publicação sobre o assunto no campo da gestão estratégica foi feita por Wernerfelt, em 1984. O autor não utilizou nenhuma das fontes originárias da RBV já discutidas. Wernerfelt, adotando um raciocínio dualista comum entre economistas, tentou desenvolver uma visão focada na vantagem competitiva de uma empresa com fulcro em seus recursos, complementarmente como na teoria de Porter sobre vantagem competitiva baseada em uma empresa que busca ocupar determinada posição no mercado. Uma das principais contribuições da Wernerfelt foi reconhecer que os recursos organizacionais poderiam ter importantes implicações para a capacidade de gerar vantagens estratégicas de produtos no mercado.

Rummelt (1984) em artigo publicado em uma conferência sobre gestão estratégica, descreveu uma teoria sobre estratégia que questionava a existência de empresas que utilizam suas capacidades de forma mais eficiente para gerar maiores receitas do que outras organizações. Autores estudaram relações entre governança hierárquica, desempenho das firmas e custos de transação, em que a importância do investimento de transação como variável independente explica as demais variáveis dependentes. Rummelt (1984) desenvolve atributos que mais tarde serão associados à RBV. Ele define as empresas como o conjunto de recursos produtivos e sugere que o valor econômico desses recursos irá variar, dependendo do contexto no qual eles são aplicados. Barney (1991) comenta que a futura RBV tem implicações que vão transpor a simples ideia de gerar vantagens competitivas derivadas apenas dos diferenciais dos produtos no mercado ou da posição de produtos no mercado.

Barney (1991) explora o conceito de fator estratégico de mercado, no qual as organizações que desenvolverem os recursos de que necessitam anteciparão o desempenho desses recursos para a implementação de estratégias de produtos no mercado. Além disso, o controle dos recursos e os ativos interconectados vão possibilitar o aumento de receitas. Sugere-se, então, o desenvolvimento de uma teoria de empresa de desempenho superior, sendo os recursos uma unidade de análise. Barney vai estudar o relacionamento entre empresas e o modo como os recursos delas originados criarão vantagens competitivas. Uma das conclusões foi que os ativos invisíveis, mais do que os visíveis, são as reais fontes de competitividade. As informações baseadas em recursos são os diferenciais: tecnologia, confiança dos clientes, imagem da marca, controle da distribuição, cultura corporativa e ferramentas de gerenciamento.

Para Barney e Clark (2007), os termos *recursos* e *capacidades* são utilizados de forma indiscriminada. Os recursos organizacionais são classificados em quatro categorias (capitais) a saber: recursos de capital físico, capital financeiro, capital humano e capital organizacional. Uma empresa (aqui reificada) possui vantagem competitiva se for capaz de criar mais valor econômico do que a sua concorrente no mercado. O valor econômico criado por uma empresa na prestação de um bem ou serviço é definido como a diferença entre as vantagens obtidas pelos compradores do bem e o custo econômico para a empresa. A geração de um desempenho superior vai depender das receitas obtidas das estratégias e dos custos vinculados à execução destas estratégias: custos de desenvolvimento, pesquisa, contratação e treinamento etc.

Sustentar uma vantagem competitiva independe de tempo. Contudo, na indústria o período de sustentação geralmente é curto. Reconhecem-se quatro atributos para sustentar a vantagem competitiva: recurso valioso no sentido de explorar oportunidades e neutralizar ameaças; recurso raro de difícil obtenção pela concorrência; recurso de difícil imitação; e os processos organizacionais comportam o recurso. Cria-se assim o Modelo VRIO, composto de: *Value* – Valor; *Rareness* – Raridade; *Imperfect Imitability* – Inimitabilidade; e *Organization* – Organização.

- Valor: responsável por responder as ameaças e oportunidades; o recurso precisa ter a capacidade para melhorar a eficiência e a eficácia da organização; os recursos e as capacidades permitem que uma empresa explore uma oportunidade externa ou neutralize uma ameaça externa.
- Raridade: recurso controlado por poucas firmas; recurso é estratégico na extensão até a qual é raro e tem alta demanda; permite que determinado recurso ou capacidade não seja controlado por muitos concorrentes, tornando-o uma fonte de vantagem competitiva.
- Inimitabilidade: além de ser valioso e raro, o recurso deve ser difícil de imitar; pode provir de vários fatores, como fatos históricos, “ambiguidade causal” e complexidade; as empresas que não possuem um recurso enfrentam uma desvantagem de custo para obtê-lo ou desenvolvê-lo em relação às empresas que já o possuem.
- Organização: políticas e procedimentos para explorar o VRI; para aproveitar o valor, a raridade e a inimitabilidade de seus recursos, a empresa deve estar organizada para explorar ao máximo tais recursos; não será estratégico, mesmo que valioso, raro e inimitável, se os concorrentes encontrarem um substituto para ele.

Em uma visão de futuro, Barney apresenta algumas considerações sobre a RBV, como: tem sido percebida como mais uma contribuição para a obtenção de vantagem competitiva; se o ambiente competitivo muda, os recursos também podem mudar; e os recursos intangíveis referem-se não somente à reputação, patentes, relacionamentos, mas também às habilidades intelectuais mais complexas e específicas. Estes recursos são, portanto, mais difíceis de mensurar e imitar.

É interessante também resgatar neste capítulo um pensamento complementar à visão baseada em recursos, que é a teoria da vantagem em recursos. Hurt e Morgan, conforme citado em Gonçalves *et al.* (2008), ao abordarem a questão da competição, propuseram a teoria da vantagem em recursos, ou *R-A Theory*, que tem por premissas: a inovação e a aprendizagem organizacionais são endógenas à competição; o acesso à informação é imperfeito; diferentes empresas têm acesso às informações a custos diferentes e em momentos diversos; e as políticas e as instituições públicas afetam diretamente o desempenho econômico das organizações. Segundo Gonçalves *et al.* (2008), outro aspecto fundamental da teoria da vantagem em recursos é considerar que o processo de seleção das organizações baseia-se na competição pelos recursos que garantam o estabelecimento de uma vantagem perante seus concorrentes, evidenciando a fundamentação da teoria na visão baseada em recursos.

No contexto desta pesquisa, torna-se necessário também fazer uma reflexão sobre a transposição da RBV no setor público. Segundo Barney (2007), a RBV explora o conceito de as organizações gerirem os recursos para o alcance do desempenho definido para a implementação de estratégias. Sugere-se, então, a aplicação dessa teoria para alavancar o sistema de modo a obter um desempenho superior, sendo os recursos uma unidade de análise. Porém, no contexto público, em vez de se estudar o relacionamento entre empresas, e como os recursos delas originados criam vantagens competitivas, o foco seria no modo com que os recursos são gerenciados para se atingir sua estratégia de atendimento à população nos diversos âmbitos, incluindo o da saúde. Ou seja, visto que a vantagem competitiva não é o foco estratégico do sistema público, a gestão de seus recursos para um melhor resultado seria o foco. Como agente público em busca do bem estar social, faria cada vez melhor seu papel de promover melhores condições para o desenvolvimento local e regional. Mesmo na perspectiva da vantagem competitiva, poder-se-ia comparar a legitimidade da gestão pública de um governo com outro, do ponto de vista de desempenho (resultados). Dessa forma, o governo em questão com melhor resultado seria mais legítimo. Ainda sobre a vantagem competitiva, um sistema de gestão poderia ser comparado consigo mesmo no passado. Ou

seja, o intuito de melhor articulação dos recursos levaria à melhoria da qualidade de vida de sua população e ao desenvolvimento sustentável, aprimorando sua eficácia e eficiência. Enfim, a aplicação da RBV se torna possível no contexto público, mudando o paradigma da vantagem competitiva sustentável do mercado capitalista para um contexto de se alcançar um ganho social, em vez de lucro, tendo como possibilidades de comparação a própria instituição no passado ou, então, outros governos, em busca de maior legitimidade, visando alcançar melhores desempenhos com a melhor gestão de seus recursos disponíveis.

Conforme Herzog (2001), a Visão Baseada em Recursos surge em resposta ao paradigma até então predominante de que o foco para a obtenção da vantagem competitiva estava no entendimento dos processos de fora da empresa (Michel Porter). Baseada primordialmente no pensamento de Penrose, a RBV apoia-se no fato de que as empresas diferenciam-se significativamente quanto a seus recursos e capacidades acumulados ao longo de sua história e no modo como estes são utilizados no atendimento às oportunidades de mercado. A perspectiva descrita analisa a importância da identificação, desenvolvimento, aproveitamento e ampliação das competências organizacionais como forma de manter e ampliar a vantagem competitiva empresarial. Para que isso seja possível, é necessário buscar primeiramente suas forças e fraquezas, para depois identificar as ameaças e oportunidades de mercado. O foco estratégico é transferido, portanto, do produto/mercado para a identificação, desdobramento e desenvolvimento dos recursos.

De forma geral, os autores desta nova perspectiva (incluindo Barney (2007), Nelson (1997) e outros) tentam responder às questões fundamentais do campo estratégico, olhando para o interior da empresa: analisando sua história, percebendo como os recursos se relacionam, como a vantagem competitiva empresarial é sustentada e a natureza dos rendimentos gerados. São determinadas três condições para que as vantagens competitivas de uma empresa estejam presentes: a) heterogeneidade – refere-se ao valor superior de produtividade de alguns recursos de uma empresa em relação aos seus equivalentes nas demais empresas e a raridade da disponibilidade de tais recursos para muitas empresas; b) sustentabilidade – refere-se à capacidade do recurso de sustentar seu valor superior no longo prazo; e c) apropriabilidade – refere-se à permanência de disponibilidade dos recursos à empresa, sendo que o custo do recurso é inferior ao valor do retorno que este gera. As três condições são consideradas necessárias e nenhuma por si só é suficiente isoladamente para garantir a vantagem competitiva empresarial no longo prazo.

Assim, o conceito de competências estratégicas, ou competências chave, passa a ter relevância. Segundo Vasconcelos e Cyrino (2000), há quatro teorias da estratégia organizacional que explicam a dinâmica da competitividade entre as organizações: o modelo da nova organização industrial; a visão baseada nos recursos (RBV); a teoria dos processos de mercado; e a teoria das capacidades dinâmicas. Dependendo da visão adotada, são diferentes as formas de planejar e implantar o pensamento estratégico. Nesse contexto, serão apresentados aqui os conceitos relacionados à gestão de competências para melhor entendimento dela.

Ruas (2005) subdivide as competências em duas dimensões: estratégica e intermediária. Na dimensão estratégica, as competências organizacionais se encontram estreitamente correlacionadas com a visão, a missão e a intenção estratégica. Já na dimensão intermediária as competências são observadas nos macroprocessos executados e vinculadas a áreas e funções, sendo que o uso destas dimensões auxilia no desdobramento progressivo das competências estratégicas para as competências funcionais. Nesse contexto, é importante fazer um resgate histórico e contextual das abordagens conceituais sobre competências, para melhor entendimento do termo de forma fundamentada.

De acordo com Hirata (1994), o regime fordista fundamentou-se na necessidade de assegurar a lucratividade, por meio da produção rápida e em massa de produtos padronizados, com base em um grande volume de mão de obra desqualificada, cujo padrão de desempenho traduzia-se pelo rigoroso segmento de regras e normas. Os resultados esperados consistiam em manter e aumentar a produtividade. No começo dos anos de 1980, iniciam-se mudanças no âmbito social, econômico, político e tecnológico, resultando em um intenso processo de reestruturação da lógica produtiva. Esse novo ambiente transforma as condições decisivas do sucesso empresarial: concorrência local para concorrência mundial e foco da indústria para o cliente, de produtos padronizados para produtos flexíveis e inovadores e de produtos em escala para produtos de alta qualidade e preço atrativo.

Dentre as diversas mudanças ocorridas neste contexto, a que mais interessa a este trabalho é a que ocorre no âmbito da utilização da força de trabalho. O novo processo produtivo passa a exigir profissionais qualificados e especializados, capazes de trabalhar cooperativamente em equipe, de forma polivalente e multifuncional, com visão generalista de todo o processo produtivo. Conforme Hirata (1994), o novo modelo produtivo aumentou a importância das capacidades de pensar, decidir, ter iniciativa e responsabilizar-se. Todavia, esse novo contexto

também resultou em consequências negativas: ocorreu a intensificação da divisão sexual (as novas oportunidades de trabalho polivalentes e multifuncionais foram geradas, em geral, para o sexo masculino, aplicando-se menos as trabalhadoras do sexo feminino) e internacional do trabalho (trabalhadores hiperqualificados *versus* desqualificados). É neste ambiente complexo, dinâmico e instável, o qual reorienta as empresas para objetivos e resultados e que exige profissionais com objetivos cada vez mais genéricos, que surge a abordagem do modelo de competências. Tal abordagem ganha força, na medida em que as empresas necessitam identificar, multiplicar e controlar as competências como diferencial competitivo. No âmbito individual, em função da diminuição do emprego, faz-se necessário identificar, transformar e ampliar o “capital de competências”, com vistas a garantir a empregabilidade ou o empreendedorismo.

Sandberg (1994) resgata que uma questão gerencial fundamental estudada desde o taylorismo prende-se à necessidade de desenvolver competência humana no trabalho para conseguir que a organização alcance vantagens competitivas. Para tal, foram desenvolvidos estudos para entender como a competência humana no trabalho pode ser desenvolvida e gerenciada. Especificamente no campo da gestão de recursos humanos, a Administração de Empresas estuda a questão de se fazer a competência compreendida pelos gerentes. Em seu texto, após apresentar as diferentes abordagens de identificação e descrição de competências no trabalho, Sandberg defende a utilização de uma abordagem com orientação multimétodo, na tentativa de confrontar as críticas sobre as abordagens orientadas ao trabalho ou ao trabalhador, modelando ambas em um modelo único. Para tal, apresenta limitações no uso das abordagens tayloristas para a competência: o fato de apresentarem na maior parte das vezes uma visão fragmentada, a escolha e definição de categorias nos modelos propostos, a prédefinição de competências e a suposição de uma relação externa entre os atributos do trabalhador e as atividades. A abordagem sugerida por Sandberg pretende superar essas limitações a partir da elaboração de uma abordagem que trata essencialmente de aspectos da competência humana no trabalho.

Boyatzis (1982) destaca que as competências dependem diretamente do ambiente organizacional, com suas políticas, procedimentos e condições estabelecidas, fazendo com que algumas ações específicas sejam exigidas ou esperadas em determinado cargo. Assim, uma performance efetiva de um cargo deve atender aos resultados por meio dessas ações. O autor define competência como sendo as características implícitas de um indivíduo diretamente relacionadas com a performance efetiva ou superior em determinado cargo, com

as exigências de competências variando em tipo e nível, conforme função/trabalho. Portanto, a avaliação de cada tipo de competência deve se diferir. Este modelo sugere que a performance ocorrerá quando alguns componentes críticos forem consistentes: as demandas do trabalho revelam primariamente o que é esperado que uma pessoa faça em um trabalho; o ambiente organizacional revela como é esperado que uma pessoa responda à demanda do trabalho; e as competências individuais revelam o que uma pessoa é capaz de fazer, explicando o porquê de ele ou ela ter permissão de agir em certas situações.

Philippe Zarifian (2003) concebe competência como sendo a tomada de iniciativa e a capacidade de assumir responsabilidade sobre problemas e eventos que o indivíduo enfrenta em situações profissionais. Em seu processo de conceber e explicitar seu conceito, Zarifian permeia o campo do trabalho e o sujeito trabalhador. O autor instiga a uma definição positiva e ativa da competência, tentando clarear os aspectos complexos, subjetivos e muitas vezes não percebidos e negligenciados. A abordagem apresentada permeia: a responsabilidade (assumir, preocupar-se com o outro, o campo da responsabilidade); a escolha organizacional (delimitar o campo de ação do sujeito); as interconexões dos campos de trabalho (a comunicação); as situações contextualizadas (como experiências complexas com componentes já experimentados e novos aspectos) instigam iniciativas das quais se esperam resultados; a informação (direciona e orienta); e o conhecimento social e a inteligência prática (interconectividade social e aplicabilidade conceitual). Zarifian afirma ao final de seu texto que ainda há muito a se aprender sobre o modelo de competências e que só será possível este aprendizado por meio de sujeitos e contextos sociais, históricos e culturais.

Paiva e Melo (2008) apresentam estudos de autores afirmando que no mundo do trabalho a palavra *competência* tem assumido diversos significados, normalmente alinhados a características dos indivíduos ou das suas atividades produtivas e dos resultados decorrentes. Diferenciam-se inclusive na língua inglesa, os termos *competency* de *competence*. A primeira refere-se a dimensões de comportamento por trás do desempenho percebido como competente, relacionando-se a características do indivíduo; a segunda designa áreas de trabalho em que a pessoa é vista como competente, dizendo respeito ao desempenho no cargo e aos resultados alcançados, aproximando-se do conceito de qualificação do Centro Interamericano de Investigação e Documentação sobre Formação Profissional (CINTERFOR) da Organização Internacional do Trabalho (OIT). Para o CINTERFOR, o conceito de qualificação incorpora um conjunto de conhecimentos e habilidades adquiridos pelas pessoas no decorrer dos processos de socialização e de educação/formação, que as capacitavam

potencialmente a desempenhar tarefas num posto de trabalho de maneira satisfatória. Já o conceito de competência diz respeito à capacidade real para atingir um fim em determinado contexto, a qual é constituída por certos conhecimentos e habilidades necessários do indivíduo.

Conforme apresentado em Paiva e Melo (2008), caberia uma visão mais ampla da conceituação de competências profissionais, como a desenvolvida por Cheetham e Chivers. Estes autores buscaram integrar várias abordagens que privilegiam o conhecimento tácito e sua aplicação, conhecimento acadêmico-profissional, padrões profissionais, atributos pessoais, controle, desenvolvimento e mediação de outras competências. Tal modelo considera aspectos processuais e dinâmicos, assim como individuais, coletivos e sociais, além de atentar para os macrorresultados da atividade profissional, os microrresultados de atividades específicas e os resultados parciais de uma atividade específica. O núcleo do modelo é constituído por quatro competências centrais – cognitiva, funcional, comportamental ou pessoal, ética – compostas por grupos de habilidades. Sobre essas competências estariam as metacompetências e, permeando todas elas, as transcompetências, que poderiam ser exemplificadas como: comunicação, criatividade, solução de problemas, aprendizagem e autodesenvolvimento, agilidade mental, análise e reflexão. Com base nessas proposições, Paiva e Melo (2008) apresentaram o seguinte conceito de competência profissional: “mobilização de forma particular pelo profissional na sua ação produtiva de um conjunto de saberes de naturezas diferenciadas (que formam as competências intelectual, técnico-funcionais, comportamentais, éticas e políticas) de maneira a gerar resultados reconhecidos individual (pessoal), coletiva (profissional), econômica (organização) e socialmente (sociedade)”.

Para Brandão e Guimarães (2001), a gestão de competências faz parte de um sistema maior de gestão organizacional, pois, a partir da estratégia organizacional, ela direciona suas ações de recrutamento e seleção, treinamento, gestão de carreira e formalização de alianças estratégicas, entre outras, para a captação e o desenvolvimento das competências necessárias para atingir seus objetivos, caracterizando um processo circular e de multinível que engloba toda a organização.

Ramos (2001) define a gestão por competências como organizada a partir dos seguintes eixos, que, por sua vez, possuem dificuldades de serem implementados: gestão previsional de empregos e competências, a partir da individualização dos trabalhadores no que diz respeito a

suas perspectivas e possibilidades de mobilidade horizontal e/ou transversal; desenvolvimento de competências individuais, diretamente relacionado com mudanças nas políticas organizacionais de formação de pessoal; reconhecimento das competências do trabalhador, desconsiderando-se suas origens e formas e incentivando suas próprias ações a esse respeito; e estabelecimento de políticas avaliativas e remuneratórias por competências.

A abordagem de competências essenciais de Prahalad (1995) considera que o portfólio de capacidades de uma organização é sua maior vantagem competitiva e que, portanto, a identidade corporativa deveria ser desenvolvida com base nestas. Ao mesmo tempo, determina que as competências essenciais não devem suplantam uma perspectiva de produto/mercado, e sim complementá-la. Esta perspectiva parte do pressuposto de que toda equipe de gerência deve entender e participar do processo de gestão das competências essenciais. São cinco as ações básicas: a) Identificar competências essenciais existentes – a primeira tarefa de uma empresa (aquí reificada) é levantar suas competências essenciais com o maior grau possível de consenso, com o objetivo de desenvolver um processo de compreensão ampla e profunda sobre as capacidades que promovem e mantêm o sucesso empresarial e de possibilitar a gestão delas; b) Definir planejamento de competências a serem adquiridas – a segunda ação a ser tomada é definir onde a equipe pode fazer uso das competências existentes como oportunidade para se fortalecer no mercado, quais são as novas competências que precisam ser desenvolvidas hoje para manter e ampliar vantagens competitivas de mercado, quais são as novas competências que podem surgir em substituição ou superação das existentes hoje e como se pode ampliar para novos mercados de produtos as competências existentes hoje; c) Desenvolver competências essenciais – é necessário alcançar o consenso sobre as competências essenciais a serem desenvolvidas pela equipe de gerência e sobre a estabilidade desta equipe; d) Distribuir competências essenciais – é necessário que se tenha estoque de competências e velocidade para distribuí-las; e e) Proteger e defender a liderança das competências essenciais – analisar o status das competências existentes e criar comunidades de pessoas que se consideram detentoras de competências essenciais organizacionais. Em resumo, para Prahalad a vantagem competitiva resulta de competências organizacionais construídas com base em um processo de aprendizado coletivo da organização e, como tal, não podem ser copiadas e tornam-se o fundamento para o desenvolvimento de novos negócios.

Wernerfelt (1997) convida a mudar o paradigma do foco produto/produção para os recursos “humanos” na análise da organização. Propõe-se a analisar a relação recursos *versus*

rentabilidade, por meio da analogia com as cinco forças de Porter: efeitos gerais – dificuldade de substituir os recursos humanos em determinadas situações, em função da competência destes quanto ao desempenho no alcance de seus objetivos; barreiras de posições de recursos – quando inexistente a barreira do produto, há vulnerabilidade até mesmo para explorar a barreira do recurso, configurando uma dualidade produto *versus* recurso; recursos atrativos – a empresa (aqui reificada) deve criar competências específicas em seus recursos, de forma a desenvolver barreiras que impeçam ou prolonguem a perda desses recursos para outras empresas, tornando-os menos atrativos para as últimas e mais para ela; fusões e aquisições – dão oportunidade para trocas de recursos, que podem ser suplementares ou complementares, permitindo ampliar o lucro por meio de diferentes combinações de recursos. Aborda o gerenciamento de recurso dinâmico, demonstrando quais recursos são utilizados em qual produto/mercado. Em síntese, ocorre a construção de um plano de desenvolvimento e/ou aquisições de competências de recursos para ampliar atuação no mercado atual ou novos mercados.

Em sua dimensão individual, a noção de competências inicia sua construção em um ambiente de aumento de concorrência, incertezas e imprevisibilidade de mercado, aceleração e ampliação de informações, diminuição do trabalho formal e crescimento dos trabalhos descontínuos e informais, surgimento da economia de serviços e organização do trabalho com foco em responsabilidades e resultados. Neste contexto, surge a necessidade de formar pessoas que sejam capazes de mobilizar suas competências, conforme situações específicas, que se fazem presentes em determinados ambientes.

Sobre a forma de articulação entre as estratégias empresariais e as competências individuais, a competência pode ser atribuída a diversos atores. Mas há um processo contínuo de troca de competências entre as pessoas e a organização. As competências organizacionais decorrem de sua origem e de seu processo de desenvolvimento e se concretizam na vantagem competitiva resultante de seu patrimônio de conhecimentos. As pessoas colocam em prática as competências organizacionais, adequando-as ao contexto. Ou seja, as pessoas validam ou modificam as competências organizacionais. São responsáveis pela contínua transformação da organização. Para tal, precisam de aprendizado com foco no resultado esperado, permitindo, assim, que as organizações mantenham sua vantagem competitiva. Portanto as competências individuais devem estar orientadas para o que é essencial para organização, ou seja, atuem conforme as estratégias empresariais.

Sobre a implementação prática da noção de competências, Bitencourt e Barbosa (2004) afirmaram que em quase todas as empresas a perspectiva de competências está em fase de construção. Argumentam que a noção de competências deve ser pensada como uma questão que extrapola o âmbito organizacional e que pode se desenvolver de forma mais adequada em práticas informais. Também afirmam que os modelos de competência encontrados no Brasil têm foco principalmente em setores tradicionais da economia, que são mais maduros, e que esses modelos não têm sido utilizados como suporte gerencial. Outras constatações são apresentadas: não existe consenso sobre a articulação dos modelos à estrutura de remuneração; há um direcionamento dos modelos desenvolvidos para com os níveis gerenciais; e os modelos são desenvolvidos e definidos conforme especificidades empresariais, o que fortalece o atendimento de necessidades particulares e acaba por reforçar a falta de uma unicidade conceitual e operativa.

Para Claude Lévy-Leboyer (1997), existem três formas de se desenvolver competências: formação prévia, antes da vida ativa; durante a vida ativa; e mediante a vida ativa, ou seja, pelo exercício profissional. Reconhecer que as competências possuem relação direta com a vida profissional em seu desenvolvimento destaca seu caráter dinâmico e o fato de poder ser adquirida a qualquer momento. É, então, fator de flexibilidade e adaptação às evoluções das tarefas e dos empregos. Assim, a noção de competências é indissociável à noção de desenvolvimento. O conjunto de atitudes reunido com as personalidades dos indivíduos em experiências específicas gera competências específicas, que por sua vez devem levar ao exercício de uma atividade de um posto de trabalho (espaço ocupacional), que possui missão, objetivo e resultado esperado.

As organizações possuem competências que derivam de suas características, seus objetivos e suas estratégias, o que assegura sua competitividade. Colocam-se, então, algumas questões: Em que e por que as competências individuais são importantes para a empresa? Em que pontos se modifica a gestão das carreiras profissionais? Como explorar a diversidade de competências individuais existentes? As competências individuais e da organização estão entrelaçadas, visto que as competências da organização estão constituídas pela integração e coordenação das competências individuais. Estas competências individuais representam a integração e coordenação do saber fazer, conhecimento e qualidades individuais.

Em outras palavras, sem competências individuais não há competências organizacionais. Porém, limitar as competências da empresa a não mais que a soma das competências

individuais é voltar a um esquema tayloriano, em que em cada situação existirá um só comportamento competente, que deveria ser reproduzido e multiplicado para assegurar a produtividade e a competitividade da empresa. Por isso, a diversidade das competências deve suportar a flexibilidade e a adaptação. São mais flexíveis que as atitudes e os traços de personalidades. A organização (aqui reificada) deve ter um saber-fazer para saber explorar a diversidade, em que as pessoas reúnam de maneira eficaz seus recursos, equipamentos e redes que formam o tecido das empresas atuais. A diversidade é uma condição para o surgimento da inovação nas organizações, fazendo com que as diversas competências individuais que dão origem às competências organizacionais se tornem vantagens competitivas organizacionais sustentáveis se forem bem trabalhadas, com a melhoria em seu desempenho.

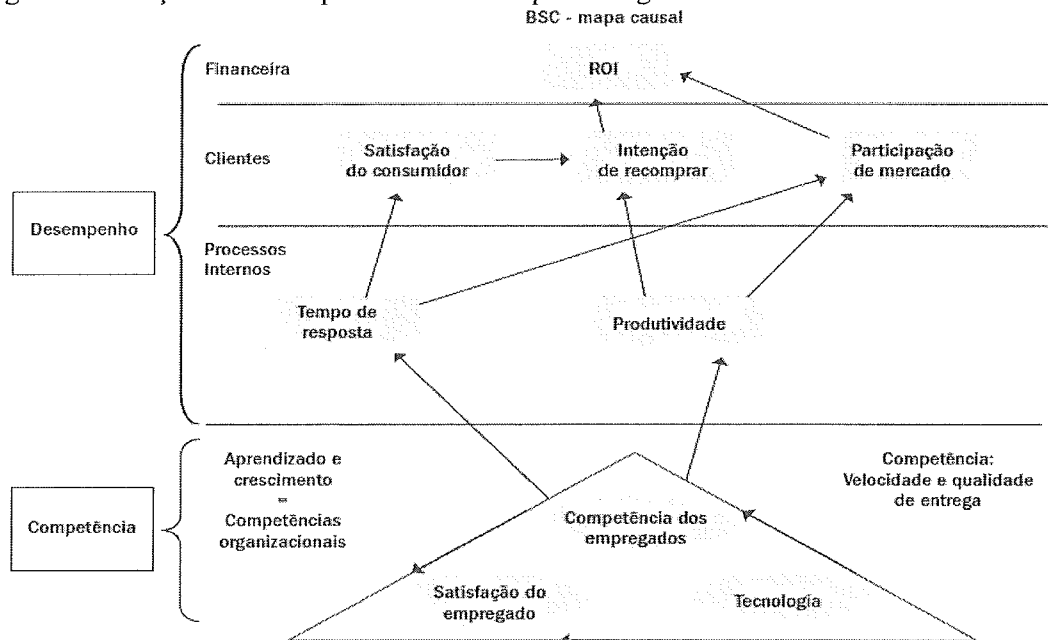
De maneira geral, a gestão de competência pode ser entendida com base em diversos pontos de vista, como da estratégia, do processo de gestão competências e dos seus tipos. Foram apresentados vários pontos de vista nesse construto, que de forma complementar o delimitam, porém, sem a escolha de um apenas como pressuposto para esse trabalho, em função da riqueza do conjunto das contribuições dos autores apresentados. Todavia, pelo trabalho ser feito no âmbito organizacional, naturalmente a gestão por competências aqui trabalhada será a competência organizacional, mas como apresentado anteriormente se sabe que há uma relação direta das competências individuais com a mesma, devendo ser articuladas para se gerar ou dar base a competência organizacional em si. A escolha do construto competências é muito mais pela sua característica de ser a fonte para a busca da vantagem competitiva sustentável, sendo relatado nesse capítulo seus desafios, destacando o principal deles que está diretamente relacionado a gestão de recursos humanos: criar um ambiente e uma cultura que permita que a inovação aconteça na organização, por meio de seus colaboradores e de seus conhecimentos gerados nesse processo. Dessa forma, a gestão de competências fornece a base necessária para a gestão da inovação.

Partindo então para o princípio de que a gestão dos recursos organizacionais, a gestão da inovação na organização e a gestão de competências são processos e que sua efetividade deve ser mensurada no desempenho organizacional para verificar seus impactos nos resultados, a articulação entre inovação, recursos, competências e resultado organizacional será apresentada e discutida na seção seguinte, com reflexões relacionadas a suas relações e a seus impactos mútuos.

2.3. Desempenho organizacional

Uma metodologia utilizada atualmente nas organizações para monitorar o desempenho organizacional é conhecida como *Balanced Scorecard* (BSC). A Figura 2 apresenta uma relação proposta por Fernandes et al. (2006), em que se utiliza a noção de mapas causais, própria da metodologia do BSC, substituindo a perspectiva de aprendizado por competências organizacionais e desempenho para sinalizar as perspectivas de processos, clientes e financeiras. Nesse diagrama, competência organizacional consiste na mobilização de recursos, e sua aplicação refletirá no desempenho, manifestado em indicadores escolhidos para as perspectivas de processos, clientes e financeiras do BSC. Essa é uma forma de se vincular o construto *competências* com o construto *desempenho organizacional*. Porém, antes de discutir as articulações dos construtos *competências* e *inovação* com *desempenho organizacional*, este construto será delimitado para então se proceder às articulações pertinentes.

Figura 2 - Relação entre competências e desempenho organizacional



Fonte: Fernandes et al. (2006).

Estudos para determinar o desempenho de organizações e seus respectivos impactos têm chegado a alguns resultados conflitantes, conforme pode ser resgatado em uma revisão de alguns trabalhos na literatura de gestão estratégica. Muitas dessas inconsistências ocorrem em

função da pobre conceitualização, operacionalização e medição do construto, dentre outros fatores, como diversidade no escopo de análise ou variedade da natureza e do número de fatores empregados (CARNEIRO, 2007). Existem numerosas definições de desempenho organizacional (resultado), porém, falta consenso sobre qual é a melhor definição. Cameron (1986) apresenta a ideia de que o desempenho organizacional é muito mais um construto guiado pelo problema do que pela teoria. De fato, a definição conceitual de desempenho organizacional deve ser orientada pelos objetivos específicos da firma para suas unidades de negócio. Por exemplo, o desempenho esperado por firmas tipicamente capitalistas (lucro) não é, em sua total abrangência, o mesmo desempenho esperado pelo governo ou pelo terceiro setor. Assim, é interessante que haja um construto multidimensional, pois se torna necessário especificar tanto as medidas (indicadores) quanto as variáveis de contexto, quanto à relação entre medidas e as variáveis, que por sua vez devem apresentar coerência.

Em um resgate histórico conceitual feito por Santos (2008), desempenho era tratado inicialmente como superação das metas. Em meados dos anos de 1970, surgiram outras duas correntes: o desempenho da organização em função da eficiência de suas estruturas e processos; e o desempenho em função da capacidade da empresa de obter recursos do ambiente e de se adaptar a ele. Na década de 1980, surgiu a visão de que um bom desempenho está associado à satisfação dos interesses dos diferentes grupos que se relacionam com a organização (*stakeholders*). Na abordagem da superação de metas, o bom desempenho está associado à definição e à superação dos objetivos organizacionais, gerando uma relatividade no desempenho, pois, dependendo dos objetivos traçados – que inclusive poderiam ser além ou aquém das possibilidades – a organização seria considerada de bom desempenho ou de mau desempenho. Para evitar esta questão, as metas devem ser claras, mensuráveis, predefinidas, consensadas entre integrantes da organização e, se possível, com opinião de especialistas. O fato de não haver metas padronizadas para todas as organizações dificulta a comparação de organizações e a identificação dos diferentes aspectos de desempenho empresarial.

Segundo Schiehl e Morissette (2000), desempenho organizacional é, muitas vezes, associado a expressões como *sucesso*, *eficácia*, *melhoria de produtividade* e *prestação de contas*. Estas expressões ilustram sua multidisciplinaridade e as dificuldades enfrentadas para definir e caracterizar desempenho organizacional. Além disso, as medidas utilizadas para avaliar o desempenho variam de acordo com a linha teórica e com a metodologia de pesquisa utilizada. Há dificuldade de se integrar toda essa diversidade de medidas, como exemplificado no

Quadro 3, para obter um conceito mais completo do desempenho global da organização. O Quadro 3 ilustra também que a avaliação do desempenho global da organização é multidisciplinar, devido à rede de relacionamentos existente na organização moderna de relacionamentos. Além disso, a diferente natureza dessas relações faz do desempenho organizacional um construto com mais de uma dimensão.

Quadro 3 - Medidas de desempenho utilizadas por diferentes áreas de pesquisa

Área de Pesquisa	Medida de desempenho típica
Contabilidade	Liquidez, capital de giro líquido, fluxo de caixa
Economia	Lucro, crescimento de vendas
Finanças	Preços de ações, lucro líquido, retorno de investimento
Marketing	Crescimento de vendas, reconhecimento da marca, <i>market share</i>
Comportamento Organizacional	Satisfação de empregados, <i>turnover</i> , amplitude de controle
Produção	Custo unitário, nível de estoque, homem-hora, taxa de rejeição
Estratégia	Crescimento de vendas, retorno de investimento, lucro líquido

Fonte: Schiehl e Morissette (2000).

De acordo com Cameron e Whetten (1983), desempenho organizacional pode ser avaliado em termos de processo, concentrando-se na estrutura interna de funcionamento da instituição; resposta, obtidas em seu ambiente externo; ou impacto, buscando avaliar as reações do ambiente diante das atividades da instituição. Em outras palavras, o desempenho organizacional poderia ser avaliado em dimensões de medidas internas, englobando funcionários e fornecedores; medidas de ambiente, obtidas por indivíduos externos à organização, como clientes e parceiros; e medidas interdependentes, como tempos de entregas de produtos, movimento sindical, qualidade do produto final e variação do custo de material. Norton e Kaplan (1992) reorganizam esses termos de classificação de indicadores de desempenho organizacional da seguinte forma no *Balanced Scorecard* (BSC): processo = medida interna = perspectiva de processos internos do negócio; resposta = medidas interdependentes = perspectiva de aprendizagem e conhecimento; impacto = medidas de ambiente = perspectivas financeira e de clientes.

De acordo com Schiehl e Morissette (2000), a definição de critérios para um sistema de medição de desempenho possui alguns dificultadores: estabelecimento de relações de causa e efeito, pois, muitas vezes, pode ser questionada a contribuição efetiva de uma medida de desempenho específica em outra; necessidade de ajuste dos critérios ao longo do tempo, pois os ambientes interno e externo à organização são dinâmicos, exigindo mudanças de formas de medição que acontecem nesses ambientes; e o estabelecimento do que será considerado boa

performance, pois, algumas vezes, não necessariamente será apenas financeiro um sucesso organizacional.

Há, então, a corrente teórica que define a eficiência da firma como função da eficiência de suas estruturas e processos, mediada pelo clima organizacional. Empresas eficientes são aquelas com alto nível de integração entre processos, baixa quantidade de gargalos administrativos e produtivos, fluxo horizontal e vertical contínuo de informação e bom relacionamento com *stakeholders*. Porém, essa é uma abordagem de complexa mensuração, uma vez que para se avaliar a eficiência de uma organização é necessário mensurar a eficiência de todos os seus processos, embora essa questão seja amenizada com o uso de tecnologia de informação e comunicação (TIC). Outra definição de desempenho está associada à teoria das múltiplas partes interessadas, ou teoria dos *stakeholders*, introduzida por Edward Freeman, em 1984. Freeman lançou a ideia de que as corporações devem gerenciar seus *stakeholders*, fazendo, então, com que se preocupe com a identificação dos grupos que se relacionam com a empresa, como os *stakeholders* agem para alcançar esses objetivos e como a alta administração deve considerar os desejos destes grupos na gestão das empresas.

Sistema de medição de desempenho organizacional (SMDO) é um tema contemporâneo, amplamente tratado como instrumento eficaz para a melhoria da gestão. No setor privado, há exposição das empresas a um ambiente hipercompetitivo com cada vez mais exigências dos consumidores. Do lado do setor público, o déficit fiscal e a cobrança da sociedade por *accountability* levaram governos a adotar novas práticas de medição de desempenho. A avaliação do desempenho mantém relação direta com a efetividade da estratégia da organização, das operações e do atendimento das expectativas dos *stakeholders*. Um adequado SMDO requer medições nas diversas áreas estratégicas da organização. Assim, o desbalanceamento no uso de medidas na verificação do desempenho global da organização, com a preponderância de medidas de desempenho financeiro, reflete deficiências no processo de gerenciamento (GALVÃO, 2002). Kaplan e Norton (1992) perceberam lacunas conceituais, metodológicas e operacionais no desenvolvimento e aplicação de sistemas de medição de resultados. Desenvolveram, então, o *Balanced Scorecard* (BSC), um modelo empregado para medir o desempenho, cuja estrutura possibilita uma visão mais abrangente e equilibrada das áreas estratégicas da organização, agrupadas nas seguintes perspectivas: financeira, clientes, processos internos e aprendizado e crescimento. Prazos de entrega,

inovação e outros indicadores não financeiros foram posteriormente incluídos nesse sistema de mensuração de resultado organizacional.

Segundo Galvão (2002), um bom sistema de medição de resultados deve englobar os seguintes princípios: medidas financeiras e não financeiras (critérios de desempenho); medidas com foco no cliente (ou público-alvo); e medidas de dimensão sistêmica (*output, input, throughput e outcome*). O equilíbrio entre medidas financeiras e medidas não financeiras precisa ser almejado pela administração. Historicamente, muitas organizações concentram a atenção gerencial nas medidas financeiras. De forma contrária, outras organizações focalizam sobretudo as medidas operacionais, com base na crença de que se as operações são bem gerenciadas, a lucratividade irá automaticamente aumentar. Ambas as visões são inapropriadas, pois os critérios de desempenho organizacional são o ponto de partida para o desenho e o funcionamento de um sistema de medição de desempenho. Sink (1985) recomenda à alta administração concentrar seus esforços nesses critérios:

- a) Eficácia: Realização do propósito, objetivos, metas e atividades em quantidade, qualidade e prazo adequado.
- b) Eficiência: Razão entre os recursos estimados e os realmente utilizados na consecução dos objetivos, metas e atividades.
- c) Qualidade: Produtos e serviços realizados em conformidade com as especificações identificadas como oportunidade de satisfação dos clientes.
- d) Produtividade: Relação entre as entregas do sistema organizacional num determinado período de tempo e as entradas requeridas para produzi-las.
- e) Qualidade de vida no trabalho: Oportunidades no trabalho e desenvolvimento de um sentido maior de satisfação, controle e propriedade pela organização.
- f) Lucratividade: Relação entre o total de receitas e o total de custos e despesas.
- g) Inovação: Processos criativos para gerar novos, melhores e mais funcionais produtos, serviços, processos, estruturas etc. em resposta às pressões internas e externas, às demandas dos *stakeholders* e às mudanças ambientais, etc.

As medidas devem refletir equilíbrio, por meio dos diversos componentes dos sistemas organizacionais de forma sistêmica. Segundo Sink (1985), as medidas devem captar as expectativas e necessidades dos clientes e dos demais *stakeholders* que iniciam a cadeia de valor. Também há de se medir os insumos, os processos, os resultados e a satisfação do cliente consoante a expectativa inicialmente medida. Um mesmo conjunto de medidas não pode ser utilizado para verificar e comparar desempenho e produtividade em todos os níveis

da organização. As medidas de produtividade tradicionais que enfatiza os *outputs* divididos pelos *inputs* podem ser problemáticas. O equilíbrio entre a quantidade de medidas de processos (*throughput*) e de resultados (*output e outcome*) contribui para o sucesso do sistema de medição. Assim, há a possibilidade de se conhecer o desempenho atual e a eficácia de novas iniciativas para a melhoria do desempenho. Para os processos, geralmente, são utilizadas medidas específicas das áreas funcionais. Já as medidas de resultados são macro, de modo a proporcionar uma visão do desempenho global da organização. O ideal é que a tendência positiva do indicador de processo traduza-se em indicador favorável de resultado.

Segundo Brito e Vasconcelos (2004), uma das primeiras constatações ao observar-se certo universo de empresas é que o desempenho não é homogêneo. O equilíbrio econômico e o modelo de competição perfeita estão longe de ser atingidos. O estudo do desempenho como variável dependente é mais explícito no campo da estratégia, mas a ideia de que o desempenho deve ser previsto, entendido e determinado está presente em várias as áreas de estudos organizacionais. O conceito de vantagem competitiva surge como construto dominante na explicação do motivo de algumas empresas apresentarem desempenho superior.

A vantagem competitiva pode derivar tanto dos recursos e das competências únicas da empresa específica como da exploração de uma posição específica e protegida da estrutura do mercado. Naturalmente, na Visão Baseada em Recursos, a primeira alternativa que é aprofundada. Há, entretanto visões diferentes sobre vantagem competitiva, destacando-se aqui três perspectivas estratégicas de competição, apresentadas comparativamente de forma resumida no Quadro 4: com base na organização industrial; com base na escola austríaca; e com base na competição chamberliniana.

Quadro 4 - Comparação das várias perspectivas estratégicas de competição

	Perspectiva estratégica baseada na organização industrial	Perspectiva estratégica baseada na escola austríaca	Perspectiva estratégica baseada na competição chamberliniana
Objetivo estratégico	Restrição das forças competitivas	Descoberta empresarial e inovação	Diferenciação de ativos e recursos de produção
Condições de mercado	Equilíbrio	Desequilíbrio	Equilíbrio
Modelo de lucratividade	Regularidades empíricas, ciclos estrutura/ conduta/ desempenho	Heterogeneidade, dinâmica da inovação	Heterogeneidade, competição entre firmas estruturalmente heterogêneas
Natureza dos fatores de sucesso	Fatores observáveis, estrutura da indústria e posicionamento	Fatores não observáveis, conhecimento e capacidade da inovação	Fatores observáveis, singularidade nas bases de ativos das firmas

Fonte: Brito e Vasconcelos (2004)

A questão do desempenho no quadro da Organização Industrial tem Porter como autor predominante. Ele apresentou uma teoria hierarquizada para explicar a determinação da lucratividade de uma empresa, que dentre outros fatores, apresenta elementos determinantes, como: grau de competição da empresa dentro do grupo, diferença de escala das empresas dentro do grupo estratégico, diferenças nos custos de mobilidade inerentes ao grupo e habilidade para executar a estratégia operacionalmente. A questão do desempenho no quadro da Visão Baseada em Recursos recebeu influência de duas perspectivas de pensamento: a escola austríaca, que se concentra nas consequências econômicas da inovação e da mudança tecnológica; e aquela baseada na competição chamberliniana, que é derivada das concepções econômicas de Edward Chamberlin e seguidores, apresentadas desde 1933, a qual focaliza os recursos diferentes usados pelas firmas na competição.

A abordagem da estratégia empresarial, conhecida como “Visão Baseada em Recursos”, fundamenta-se na abordagem chamberliniana e na economia austríaca. Oferece nova justificativa tanto para a geração como para a manutenção da heterogeneidade do desempenho das firmas. A ideia central é que a fonte de diferenças de desempenho entre as firmas se encontra primariamente nos recursos das empresas. As firmas são vistas como conjuntos de recursos, ativos físicos ou intangíveis, cuja combinação específica resulta nas capacidades competitivas da empresa.

Nesse contexto, Brito e Vasconcelos (2004) apresentam análises descritivas da heterogeneidade no desempenho das empresas, sintetizadas nos seguintes pontos:

- Relevância da heterogeneidade: a dispersão dos resultados de desempenho é muito ampla, quando comparada com a avaliação de sucesso ou insucesso empresarial. Os valores observados mostram que o sucesso e insucesso não distam mais do que um desvio-padrão da média.
- Convergência do desempenho: o modelo econômico de equilíbrio prevê a convergência do desempenho para um valor de equilíbrio ao longo do tempo. A tendência à convergência está, porém, acompanhada de uma força oposta, que a retarda ou até a elimina: a persistência do desempenho.
- Persistência do desempenho: empresas com resultados diferentes da média apresentam tendência de manter esse resultado distanciado da média. Essa persistência varia por empresa. Alguns dos fatores que podem influenciá-la foram identificados. A persistência, contudo, parece mais associada à empresa do que ao setor.

- Estrutura da heterogeneidade: a dispersão do desempenho não é distribuição aleatória; existe uma estrutura dela. A maior parte da variância observada está associada a fatores específicos da empresa individual. Ela responde por 30% a 50%, em valores aproximados, da variância total. O setor industrial no qual se insere a empresa é a segunda maior fonte de variação, respondendo por 10% a 20% da variância total.

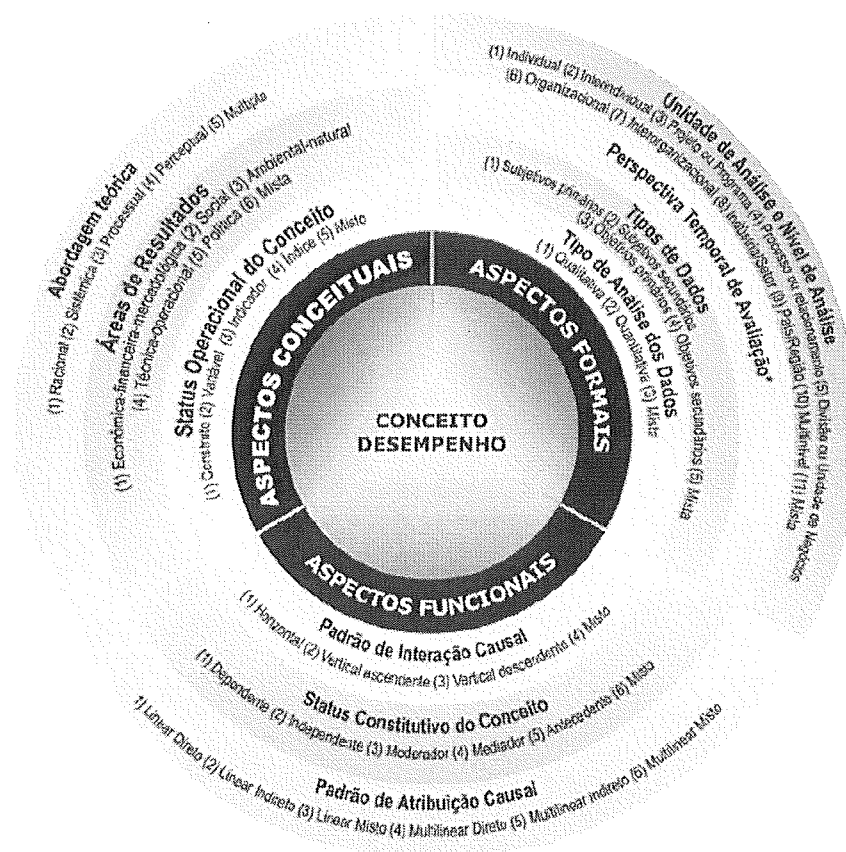
Diante da perspectiva de compreender o desempenho organizacional no decorrer de sua existência, foram desenvolvidos modelos baseados em estágios sucessivos de evolução, os quais partiram do conceito de maturidade, que se refere ao desenvolvimento completo ou à condição perfeita de algum processo ou atividade. A maturidade conota, assim, o entendimento sobre os motivos pelos quais o desempenho organizacional é alcançado, bem como os caminhos para corrigir ou prevenir problemas que poderiam impedir a melhoria dos processos em uma perspectiva longitudinal e incremental. A premissa é a de que os processos de trabalho podem ser estruturados pelas empresas a partir de estágios, ou níveis, de evolução, sendo claramente definidos, gerenciados e controlados ao longo do tempo. Os modelos de maturidade utilizam o conceito de nível de maturidade, que se refere à medida de efetividade ou à capacidade em qualquer processo específico, sendo descrito em termos de níveis de desempenho total ou de capacidade máxima naquele processo. Assim, o nível de maturidade relaciona-se ao nível de capacidade organizacional, obtido a partir da transformação e evolução de um ou mais domínios de processos em certa organização (SILVEIRA, 2009).

Segundo Kuznets (1965), os modelos baseados em estágios devem obedecer a duas condições fundamentais: as características de cada estágio devem ser distintas e empiricamente testáveis; e o relacionamento analítico de cada estágio, com seu predecessor ou sucessor, deve ser bem definido, possibilitando identificar os processos que impulsionam o elemento de um estágio para outro. Essas diretrizes geram duas características-chave na formulação da teoria de estágios: a exigência de identificação clara dos elementos, podendo ser especificados por um conjunto de atributos; e a concepção de que seu crescimento se dá por meio de um *continuum* de tempo, pois o elemento muda tanto quanto seus atributos se expandem ou se contraem em número e natureza.

Cameron e Whetten, citados por Matitz e Bulgacov (2011), em obra de 1983 a respeito dos modelos de efetividade organizacional, chamam a atenção para a importância da noção de desempenho para os estudos organizacionais. Segundo os autores, o construto da efetividade organizacional apresenta implicações teóricas, por se encontrar no centro de todos os modelos

organizacionais; empíricas, por ser a variável dependente final em pesquisa organizacional; e práticas, por haver necessidade de avaliar os resultados obtidos pelas organizações. A questão da efetividade organizacional tem servido como tema unificador por mais de um século de pesquisa em Administração e em Design Organizacional, embora a pesquisa empírica não tenha conseguido desenvolver uma teoria universal de efetividade organizacional. Em estudos mais recentes, Matitz e Bulgacov (2011) defendem que a natureza multidimensional do conceito de desempenho deve ser compreendida e devidamente considerada para evitar o uso de medidas de pouca cobertura em relação à amplitude e à profundidade do construto.

Figura 3 - Modelo multidimensional de análise do conceito desempenho



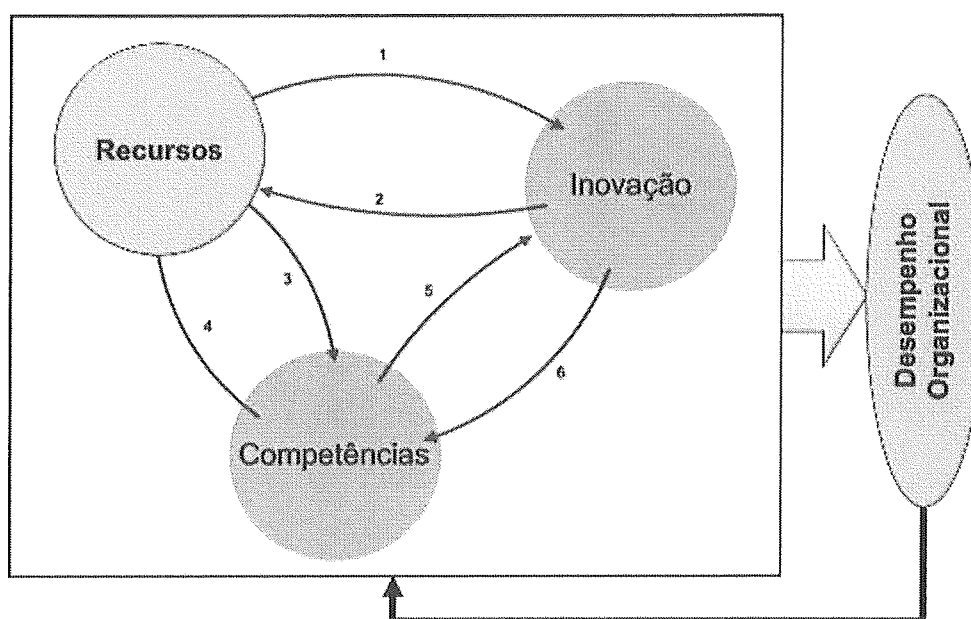
Fonte: Matitz e Bulgacov (2011).

A Figura 3 apresenta um modelo multidimensional de análise do conceito desempenho, que possui propriedades e atributos propostos por Matitz e Bulgacov (2011) nas seguintes dimensões: status operacional do conceito, áreas de resultado, abordagem teórica, tipos de dados, unidades de análise, nível de análise, tipo de análise de dados, perspectiva temporal, padrão de atribuição causal, status constitutivo do conceito e padrão de interação causal.

Partindo do princípio de que a gestão dos recursos organizacionais, a gestão da inovação na organização e a gestão de competências são processos e que sua efetividade deve ser mensurada no desempenho organizacional para verificar seus impactos nos resultados, a articulação entre inovação, recursos, competências e resultado organizacional será apresentada e discutida na seção seguinte, com reflexões relacionadas a suas relações e a seus impactos mútuos.

À luz do que foi exposto, há articulações entre os construtos *inovação*, *recursos*, *competências* e *desempenho organizacional*. Com o intuito de explicitá-las, podem-se verificar na Figura 4 essas articulações, que serão explicadas a seguir, por meio da explicação dos enlaces numerados na figura. O enlace 1 demonstra a articulação entre *recursos* e *inovação*. Esta primeira articulação acontece enquanto a firma busca um diferencial competitivo, sendo que não é possível executá-lo possuindo mesmos produtos, serviços, processos e gestão que as demais firmas. Torna-se, então, necessário buscar inovações, sejam elas radicais, incrementais ou de qualquer outra natureza. Enfim, a estratégia organizacional com Visão Baseada em Recursos pode gerar a necessidade de inovar nas firmas, dependendo de seu posicionamento estratégico – por exemplo, se quiser ser líder ou se manter em uma posição competitiva.

Figura 4 – Articulação entre inovação, recursos e competências.



Fonte: Elaborado pelo autor.

Porter (1996) argumenta que a estratégia competitiva mantém relação direta com diferenciação: ser diferente. Isso significa escolher um conjunto de atividades para entregar um produto ou serviço difícil de ser igualado no ponto de vista de valor. Foss (1997) argumenta que a estratégia tem proximidade com a descoberta das possibilidades até então desconhecidas. De outro lado, analisando o enlace 2, que mostra a relação entre *inovação* e *recursos*, é possível que inovações geradas na organização ou nela assimiladas/difundidas, façam com que a necessidade de recursos seja redesenhada, pois à medida que se criam mercados e processos, torna-se necessário realinhar os recursos existentes, em função das novas oportunidades obtidas por meio da inovação. Schumpeter explica que a inovação, por meio do empreendedor que cria a firma, define o mercado.

O enlace 3 representa a relação entre *recursos* e *competências*. Fica claro que as organizações podem ter diretrizes estratégicas de desenvolvimento de competências organizacionais e individuais para a busca de vantagens competitivas sustentáveis. Na medida em que agregam valor, são raras, inimitáveis e insubstituíveis nos processos empresariais para a transformação das entradas nas saídas da organização. Uma vez que tecnologia, insumos e alguns serviços de suporte se tornam commodities, os diferenciais competitivos das organizações tendem a se concentrar no capital humano, na cultura organizacional e, enfim, nas pessoas e em suas relações – ou seja, nas competências organizacionais e individuais.

Já o enlace 4, que seria a relação entre *competências* e *recursos*, representa também que as competências existentes nas firmas fornecem um ponto de partida e apresentam oportunidades para serem trabalhadas no contexto estratégico organizacional enquanto recurso ou capacidade humana instalada. É importante destacar que as competências existentes não devem ser colocadas como restrições ou limitações do crescimento da organização, mas como ponto de partida e como possibilidades de utilização diante das oportunidades.

A relação entre *competências* e *inovação*, representada na figura pelo enlace 5, torna-se evidente quando se admite que a inovação pode ser gerada apenas por pessoas, com suas devidas competências individuais e, principalmente, pela competência organizacional. Seja em um processo formal de pesquisa e desenvolvimento interno ou externo à organização ou em um processo informal de melhorias contínuas, as competências são articuladas para se chegar a inovações no contexto das organizações. Para Schumpeter, a firma seria um conjunto de competências dinâmicas em uma empresa idiossincrática.

O enlace 6, que mostra a relação entre *inovação e competências*, representa o fato de as inovações desenvolvidas e/ou assimiladas/difundidas desenvolverem competências organizacionais não existentes, pois os novos produtos, serviços, processos ou modelo de gestão causam impacto nas pessoas em um processo de mudança adaptativa ou evolucionária, as quais desenvolvem novas competências individuais e, por consequência, criam-se competências organizacionais em relação à inovação. Para Schumpeter, o gestor (empreendedor) é responsável pelas novas combinações de fatores que rompem com o equilíbrio existente, em um processo de destruição criadora, desenvolvendo novas competências no ambiente organizacional, pois essas novas combinações são justamente inovações em quaisquer que sejam as esferas.

O resultado da boa articulação entre gestão da inovação, gestão de competências e gestão de recursos em uma organização seria mensurado, então, pelas medidas de desempenho organizacional. Nada valeriam essas práticas de gestão se não possuíssem um impacto positivo no desempenho organizacional, financeiro ou não financeiro. A efetividade da articulação dessas práticas deveria, então, ser mensurada e acompanhada no desempenho organizacional, a fim de se desenvolver um aprendizado organizacional e retroalimentar o sistema para melhoria contínua, por meio das lições aprendidas na gestão de cada um destes assuntos e do conjunto.

Nesse contexto, torna-se interessante a pesquisa da articulação entre inovação, recursos, competências e desempenho nas organizações: Como acontece a articulação entre *inovação e competências* na organização? De forma complementar a esta pergunta, surge também a seguinte: Qual é o impacto dessa articulação no *desempenho organizacional*?

2.4. Apresentando o contexto da saúde no Brasil

Com o intuito de situar o debate na área da Saúde no Brasil e em Minas Gerais, é importante resgatar a história da saúde no País nas últimas décadas. Entre as décadas de 1930 e 1950, a assistência hospitalar no Brasil era caracterizada por instituições particulares, que supriam uma lacuna de atuação por parte do Estado no que se refere aos serviços hospitalares e de saúde. Após o golpe militar de 1964, houve também uma concentração de oferta de serviços nas grandes cidades do Sul-Sudeste. Ao final da década de 1970, este cenário entrou em crise, mas uma proposta alternativa somente foi implantada quase uma década depois. A

promulgação da lei que criou o Sistema Único de Saúde (SUS) permitiu um primeiro passo para modificar a lógica de oferta de serviços de saúde no País (ANDRADE e MAIA, 2007).

No Brasil, o SUS vem sendo implantado como um processo social em permanente construção. Ainda que formalmente instituído na Constituição Federal de 1988, suas origens remontam a partir da crise do modelo médico assistencial privatista que se hegemonizou na segunda metade do século XX, induzido pelo processo da industrialização brasileira. Esse modelo médico teve as seguintes características, dentre outras: extensão da cobertura previdenciária a segmentos economicamente integrados da população urbana; privilegiamento da prática médica curativa e individual em detrimento das ações coletivas; criação de um complexo médico-industrial; e deslocamento da prestação dos serviços médicos a entes privados lucrativos e não lucrativos (CONASS, 2006).

As mudanças político-econômicas que se deram nas décadas de 1970 e 1980 determinaram o esgotamento desse modelo. As crises e o processo de redemocratização do País determinaram novos rumos para as políticas públicas e fizeram surgir sujeitos sociais que propugnavam um modelo alternativo de atenção à saúde. Surgiram, então, os primeiros movimentos de medicina comunitária, realizados por instituições acadêmicas e secretarias de saúde, que geraram um programa de atenção primária seletiva, sendo já uma iniciativa de municipalização da saúde. Após a crise aguda da previdência social na década de 1980, foram implantadas ações integradas de saúde, como um programa de atenção médica para as áreas urbanas. Em 1986, ocorreu um evento político-sanitário em que foram lançadas as bases doutrinárias de um novo sistema público de saúde, as quais foram utilizadas na seção de Saúde da Constituição, dois anos após. Foram três grandes referenciais para a reforma sanitária brasileira: a necessidade da existência de um conceito amplo de saúde; a saúde como direito da cidadania e dever do Estado; e a instituição de um sistema único de saúde, organizado com base nos princípios da universalidade, da integralidade, da descentralização e da participação da comunidade.

O SUS foi implementado no Brasil, pela Constituição Federal de 1988, como uma tentativa de modificar a forma como a assistência em saúde era ofertada. Sua concepção deu-se a partir de três diretrizes fundamentais de funcionamento, além da descentralização administrativa e operacional: universalidade, equidade e integralidade. A descentralização emergiu no intuito de redistribuir o poder político e administrativo entre os entes federativos, chegando à operacionalização no nível municipal, que permitiria maior resolubilidade do sistema. O

movimento de descentralização realizado se justificava, principalmente, pelas dimensões continentais do País, o que dificultava o estabelecimento centralizado de ações que atendessem às especificidades de cada comunidade. Associado a este movimento de regionalização, ocorreu a expansão da rede de atenção primária, como iniciativa para aproximar a oferta de serviços de saúde às comunidades, fato que se processou de modo conturbado. Almejando a distribuição de responsabilidades durante a implementação do SUS, a responsabilidade sobre uma grande rede hospitalar federal do Centro-Sul foi repassada para os governos municipais, nem sempre preparados para assumi-la. Como agravante, a descentralização foi implementada sem um repasse de verbas suficiente para o custeio dos atendimentos (ANDRADE e MAIA, 2007).

Atualmente, a rede de serviços hospitalares no Brasil é caracterizada por sua pluralidade, sendo composta por unidades públicas de gestão federal, estadual e municipal e instituições privadas, conveniadas do SUS ou não, com fins lucrativos ou filantrópicos. Ao setor privado pertencem cerca de 60% dos hospitais e de 70% dos leitos, sendo este o principal prestador de serviços hospitalares no Brasil. São realizadas nos hospitais do País 20 milhões de internações por ano e 3/4 de todos os atendimentos de emergência no sistema de saúde. É importante ressaltar também que os hospitais consomem cerca de 2/3 do gasto total com saúde. Embora tenha sido observada esta expansão do acesso aos hospitais após a consolidação do SUS, algumas desigualdades ainda são encontradas na distribuição espacial dos recursos hospitalares, sobretudo para serviços de alta tecnologia para tratamentos e diagnósticos de alta complexidade. Essa concentração é um indicador de uma distribuição irracional e ineficiente de recursos tecnológicos, que pode ser fruto de elementos como a influência de fatores políticos, da estrutura financeira e organizacional do SUS, a qual prevê autonomia dos municípios para a gestão dos serviços de saúde, e dos incentivos econômicos, que acabam por influenciar as instituições a realizarem somente os procedimentos mais bem remunerados pelo SUS. La Forgia e Couttolenc (2009) destacam que os gastos principais das unidades incluem pagamento de pessoal, que representa, em média, 52% de todo o gasto hospitalar, chegando a 64% quando se incluem as atividades geralmente terceirizadas de limpeza, lavanderia e segurança e, ainda, o pagamento aos médicos. Os hospitais brasileiros gastam proporcionalmente mais em atendimentos de emergência e administração e menos em internações e diagnóstico.

A atenção à saúde no Brasil, embora seja organizada em formato de rede, ainda se caracteriza por ser centrada no hospital, o que se torna um desafio para a gestão do sistema, que necessita

fortalecer sua atenção primária à saúde capaz de evitar internações por condições sensíveis a ela, diminuindo a demanda nos hospitais e aumentando a qualidade do serviço ofertado, além de financiar os gastos que esta configuração ainda representa para o sistema, os quais podem influenciar sua eficiência. Todos esses dados conjunturais, aliados à baixa remuneração da área da Saúde, à falta de aperfeiçoamento técnico continuado dos recursos humanos e à instrumentalização e medicalização em detrimento do humanismo no atendimento aos doentes, esboçam um quadro com diversos problemas, que aponta para um diagnóstico de ineficiência e de baixa resolubilidade de uma imensa e defasada rede hospitalar mantida pelo governo a um alto custo (MARINHO, MORENO & CAVALINI, 2001).

O SUS é operado a partir da ação conjunta e complementar de dois subsistemas: o público e o privado. O setor privado complementa a ação do setor público realizando procedimentos em que utiliza sua estrutura e seus recursos, para posterior repasse de valores financeiros pelo governo. Há, então, uma parceria que chega a algumas cidades ou regiões até na especialização do setor privado para alguns procedimentos assistenciais de saúde e na substituição de investimentos governamentais para suprir uma demanda local, que apenas remunera o setor privado com tabelas previamente colocadas. Contudo, há uma enorme diferença entre um e o outro, principalmente pelo fato de o subsistema privado ser restrito apenas àqueles que pagam por seus serviços, sendo que no subsistema público a saúde é direito de todos e dever do Estado, de acesso universal. O SUS opera com base na lógica de parcerias entre os setores público e o privado, buscando garantir a assistência universal a toda a população brasileira. Há, então, a Saúde Suplementar, formada por seguros e planos de saúde, regulada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A ANS foi criada, no início de 2000, para realizar a regulamentação de um setor que, a partir dos anos de 1960, transformou-se numa relevante atividade econômica na área da Saúde. A ANS tem por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras setoriais, inclusive quanto a suas relações com prestadores e consumidores, e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no País. O modelo de agência reguladora definido para a ANS foi o mesmo projetado para a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que é outra agência reguladora da área da Saúde no Brasil. Foi elaborada sob forte pressão da opinião pública, gerou grande embate político no Congresso e sofreu os efeitos da desinformação sobre o setor. Tratava-se de atividade não regulada e, portanto, sem informações específicas quanto à sua amplitude e seu *modus operandi*. Hoje em dia, segundo a própria ANS (2010), a sociedade e o Estado conhecem o

setor e suas peculiaridades. Os principais problemas apontados pelos consumidores em 1997 – exclusões de doenças e tratamentos, carências e reajustes abusivos – foram equacionados e resolvidos, prevendo a comercialização apenas de planos com cobertura assistencial integral. As carências foram significativamente reduzidas e os reajustes passaram a ser controlados ou monitorados pela ANS.

A saúde suplementar envolve a parte privada da saúde nacional incluindo, principalmente, as operadoras de planos de saúde, que são classificadas, com base em seu estatuto jurídico, em: autogestão, cooperativa médica, cooperativa odontológica, filantropia, administradora, seguradora especializada em saúde, medicina de grupo e odontologia de grupo. Os planos de saúde por sua vez podem ser classificados com relação à segmentação assistencial em: plano de assistência médico-hospitalar ou plano exclusivamente odontológico. Informação coletada da ANS (2009) em setembro de 2009 revelam que havia 54,2 milhões de beneficiários de planos de saúde no Brasil, sendo 41,9 milhões de vínculos de beneficiários de planos de assistência médica. Destes, 30,9 milhões eram de planos coletivos, sendo 39,6% destes por adesão e 60,2% empresariais. Pela natureza privada dessas modalidades, os planos de saúde atingem, basicamente, a classe trabalhadora (pela predominância dos planos coletivos) e as classes média e alta da população brasileira. A receita total do setor em 2008 foi maior que 60 bilhões de reais. Torna-se, então, por sua representatividade no País, importante focar a atenção à saúde suplementar neste estudo.

Na esfera pública, para se avaliar a gestão e regulação do trabalho no SUS e, principalmente, para se entender os problemas existentes, devem ser tomados como referência dois direitos estabelecidos pela Constituição Brasileira de 1988: a obrigatoriedade universal do concurso público; e os preceitos de acesso universal e de integralidade do atendimento no SUS. Conforme apresentado em Nogueira (2006), num contexto de controle de despesas públicas e de desestruturação do aparato de Estado, os governos buscaram atender aos aspectos do direito à saúde, por meio da implantação e expansão do SUS, mas assim geraram relações irregulares de trabalho, que têm sido resolvidas desde 2003.

Para se entender melhor esta questão, faz-se importante resgatar que as décadas de 1980 e 1990 foram fartas de inovações e transformações no sistema de saúde, desde a constituição do SUS até a sua transformação, podendo ser destacados três movimentos nesse processo: expansão do setor da Saúde tanto no âmbito público como no privado; encolhimento da rede hospitalar, configurando-se na desospitalização do sistema, que começa a adotar uma nova

orientação que prioriza a assistência ambulatorial; e expansão sem precedentes de empregos de saúde na esfera municipal, invertendo definitivamente a vocação da assistência no País. Este processo de municipalização da saúde fez com que o município ampliasse a rede de atendimento para se adequar à nova realidade de ser o maior empregador de saúde do País.

3. PERCURSO METODOLÓGICO: DEMONSTRANDO AS ESCOLHAS

O trabalho proposto caracteriza-se como uma pesquisa do tipo qualitativa descritiva, cuja estratégia considera o estudo de casos múltiplos na área de saúde de Minas Gerais em três instituições: Unimed-BH (saúde suplementar – privado), Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais – SES/MG (SUS – público) e Instituto de Previdência do Servidor do Estado de Minas Gerais – IPSEMG (assistência a saúde de autogestão – público). Foram escolhidas essas organizações tendo como base o seguinte:

- Unimed-BH: instituição com posição de destaque na saúde suplementar brasileira e com liderança em sua região de atuação (RMBH – Região Metropolitana de Belo Horizonte), sendo operadora líder fora do eixo Rio-São Paulo, dona da oitava maior carteira de clientes do setor (mais de um milhão de clientes), com reconhecimento recebidos em diversas premiações, como: Marcas mais prestigiadas de Minas, Prêmio Top of Mind (16 vezes consecutivas), Exame Melhores e Maiores 2011 (quarta maior operadora de saúde do País em receita operacional bruta), Valor 1.000 (terceira maior operadora em patrimônio líquido e quinta em ativos totais), As Melhores da IstoÉ Dinheiro 2011 (terceira maior operadora, com destaque para os quesitos de responsabilidade social e recursos humanos) e Prêmio Minas Desempenho Empresarial 2011 (quarenta anos de operação) (UNIMED-BH, 2012) – Período estudado: 2004 a 2009, com alguns outros dados coletados após esse período até 2012 para complementação da pesquisa.
- SES/MG: responsável pela gestão estadual do SUS em Minas Gerais, com estabelecimento de políticas de saúde no âmbito estadual e com a intenção de ser uma instituição modelo de gestão de saúde pública no Brasil (SES/MG, 2012) – Período estudado: 2007 a 2011.
- IPSEMG: presta assistência à saúde a quase 880 mil pessoas no estado de Minas Gerais; a assistência à saúde figura entre as maiores do ramo no país, sendo a maior operadora de autogestão em saúde no País; em número de beneficiários, equivale à décima quarta operadora de planos de saúde do Brasil e a segunda maior operadora de planos de saúde de Minas Gerais; a rede assistencial, composta por serviços próprios e credenciados, está presente no interior e na Capital, com 184 hospitais gerais credenciados, 682 clínicas de especialidades, 1.220 médicos, 538 laboratórios e 717

dentistas; o quadro de servidores tem cerca de 5 mil pessoas em todo o Estado, entre os quais, mais de 3 mil ativos do quadro do Instituto, além de terceirizados, estagiários, contratados e médicos residente; anualmente, são realizados mais de 10,8 milhões de procedimentos entre consultas, cirurgias, internações, exames e atendimentos odontológicos (IPSEMG, 2012) – Período estudado: 2007 a 2012.

Esta amostra foi intencional, abrangendo instituições de representatividade no setor da Saúde, em que se permitiu ter acesso às informações necessárias para o estudo. Além disso, os resultados operacionais e as inovações demonstraram destaque e visibilidade no estado de Minas Gerais.

3.1. Escolhas metodológicas e seus desdobramentos

Cada pesquisa reúne variáveis específicas em relação à escolha, à elaboração e à organização do processo de trabalho. Por isso, a metodologia deve ser escolhida em função dos objetivos da investigação, dos resultados esperados e do tipo de análise que se pretende efetuar (ALBARELLO, 1997). Nesta perspectiva, a escolha foi pela utilização da pesquisa qualitativa, que vem se estabelecendo na Ciência Social Aplicada com enorme variedade de métodos específicos disponíveis. Strauss e Corbin (2008) apresentam a pesquisa qualitativa como qualquer tipo de pesquisa capaz de produzir resultados não alcançados por meio de procedimentos estatísticos ou de outros meios de quantificação. Segundo Flick (2004), os métodos qualitativos não podem ser considerados independentemente do processo de pesquisa, sendo mais bem compreendidos e aplicados em uma perspectiva do processo, compreendendo o contexto, os resultados esperados e os instrumentos para coleta e interpretação de dados, dentre outras variáveis existentes. Segundo o autor, os aspectos essenciais da pesquisa qualitativa consistem na apropriabilidade de métodos e teorias, na perspectiva dos participantes e em sua diversidade, na flexibilidade do pesquisador e da pesquisa e na variedade de abordagens. Segundo Haguette (1992), há situações que justificam o uso de métodos qualitativos, em que a evidência qualitativa substitui informações estatísticas; é usada para captar dados psicológicos (atitudes, motivos etc.); e é utilizada como indicador do funcionamento de estruturas e organizações.

Sobre o problema central da pesquisa, foi necessário conhecer a estrutura organizacional, as diretrizes estratégicas, o modelo de gestão de competências e os mecanismos que viabilizam o processo de inovação na organização. Considerando a natureza eminentemente qualitativa do

estudo, que envolve, justamente, questões não estruturadas nas organizações, foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturado, além da observação participante, proporcionando o contato com informações nas seguintes perspectivas: estratégia, inovação, competências e desempenho organizacional. Buscou-se identificar o contexto em que a organização está inserida, apresentando sua história e as principais mudanças acontecidas em seu trajeto; a estratégia organizacional existente no período estudado, apresentando os elementos usados para sua formulação e para seu respectivo gerenciamento; as políticas de recursos humanos existentes, destacando a utilização do modelo de gestão por competência; os controles internos e externos, destacando os principais indicadores de resultados e a forma como o desempenho é gerenciado na organização; e os principais projetos em andamento ou implantados, identificando a gestão de sua implantação dos mesmos como ferramenta de gestão da inovação na organização.

As principais dimensões pesquisadas e suas respectivas categorias de análise que foram estudadas nos casos estão apresentadas no Quadro 5.

Quadro 5 – Dimensões pesquisadas e categorias de análise

Dimensão pesquisada	Categorias de análise	Descrição
Contextualização	<ul style="list-style-type: none"> • Estratégia organizacional (formulação e gestão) • Modelo de Atenção à Saúde 	A história da organização, com destaque para as principais mudanças acontecidas e a estratégia organizacional, evidenciando tanto os elementos usados em sua formulação quanto seu respectivo gerenciamento, além da apresentação de seu modelo de atenção à saúde.
Competências	<ul style="list-style-type: none"> • Políticas e práticas de gestão de RH • Modelo de gestão por competências 	Apresentação das políticas e práticas de recursos humanos existentes na organização, destacando a utilização do modelo de gestão por competência.
Inovação	<ul style="list-style-type: none"> • Principais projetos e inovações • Ferramentas de gestão de inovação 	Principais projetos e inovações em andamento ou implantados, identificando a gestão da implantação dos mesmos como ferramenta de gestão da inovação.
Desempenho Organizacional	<ul style="list-style-type: none"> • Controles internos e externos • Principais indicadores de resultados 	Os controles internos e externos, destacando os principais indicadores de resultados e a forma que o desempenho é gerenciado na organização.

Fonte: Elaborado pelo autor.

A estratégia metodológica de abordagem apoiou-se no estudo de caso. Segundo Yin (2001), o estudo de caso representa uma estratégia de pesquisa quando se colocam questões de investigação do tipo “como” e “por que” em fenômenos contemporâneos inseridos em um contexto real, em que o pesquisador exerce pouco controle sobre os eventos, buscando conhecer em profundidade as dinâmicas relacionadas aos objetos de pesquisa em seu contexto. Existem a abordagem exploratória e a descritiva, sendo que esta será utilizada, principalmente por estar em um ambiente de estudo que apresenta muitos conhecimentos anteriores sobre o problema a ser pesquisado, com base em teorias fundamentadas já legitimadas sobre o assunto de inovação e competências.

O levantamento de dados foi feito considerando diversas fontes de evidências, como documentos e entrevistas com gestores das instituições. As fontes documentais foram coletadas em documentos oficiais das entidades regulamentadoras, além de fontes diversas, como publicações periódicas, materiais disponibilizados aos colaboradores e revistas. Exemplos de documentos utilizados: relatórios de gestão, mapa estratégico, portfólio de projetos, cartilhas internas, matéria de treinamento interno, web site institucional e relatórios internos.

Utilizou-se de entrevistas não estruturadas focalizadas como o eixo metodológico complementar da coleta dos dados para melhorar o entendimento das informações coletadas. As entrevistas não estruturadas foram utilizadas para dar liberdade ao entrevistador desenvolver a pesquisa na direção que considere adequada conforme a dinâmica do processo investigativo, a fim de extrair informações e experiências dos envolvidos nas instituições sobre o que se pretende investigar. Para tais entrevistas, foram buscados os gestores diretamente relacionados à concepção, ao desenvolvimento e à aplicação dos modelos de gestão estratégia, de inovação e de competências nas organizações para serem entrevistados, caracterizando uma amostra intencional, visto que as informações a serem coletadas não estão disponíveis para todos os níveis hierárquicos e para todas as estruturas organizacionais das empresas a serem entrevistadas. Os profissionais entrevistados por instituição foram os seguintes:

- Unimed-BH: superintendente de planejamento e informação (dois representantes, em função de sucessão), gerente de recursos humanos (dois representantes, em função de sucessão), assessor-chefe de estratégia, gestor do núcleo de inteligência corporativa, coordenador do escritório de projetos (responsável pelo planejamento estratégico e

gestão dos projetos), coordenador de informação (responsável pelo monitoramento de desempenho), gestores de outras áreas (promoção da saúde, tecnologia da informação, dentre outros) – total: 12 pessoas;

- SES/MG: superintendente de gestão de pessoas e educação de saúde (dois representantes, em função de sucessão), diretor de gerência de inovação e pesquisa em recursos humanos (dois representantes, em função de sucessão), gerente de inovação e pesquisa em recursos humanos, lideranças na área de recursos humanos, representantes do observatório de recursos humanos em saúde, representantes da assessoria de gestão estratégica e inovação da secretaria (responsáveis pela gestão dos projetos, planejamento estratégico e do monitoramento do desempenho organizacional) – total: 12 pessoas;
- IPSEMG: presidente, assessor-chefe de políticas de regulação em saúde, gerente de recursos humanos (três representantes, em função de sucessão), gestor do núcleo de regulação e auditoria, gestor do núcleo de assistência à saúde, diretor de saúde (três representantes, em função de sucessão), coordenador do núcleo de informações em saúde, assessor-chefe de tecnologia de informação e comunicação - total: 12 pessoas.

4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Nesse capítulo, serão apresentados os resultados dos casos estudados nesse trabalho, respectivamente: Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais – SES-MG, Cooperativa de Trabalho Médico – Unimed Belo Horizonte, e Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais - IPSEMG. Os casos serão apresentados divididos nas seguintes partes: contextualização, inovação, competências e desempenho organizacional. Essa divisão é baseada nas categorias de análise definidas anteriormente no percurso metodológico escolhido.

4.1.Caso 1 - Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais

4.1.1. Contextualização da SES-MG

A situação de saúde no estado de Minas Gerais caracteriza-se por uma transição demográfica rápida, com estimativa de se ter população com mais de 60 anos em 2023 de aproximadamente 15% da população, representando mais doenças crônicas, visto que mais de 80% dos mineiros com idade superior a 65 anos possuem doença crônica, como constatou a Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar do IBGE (FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 2005). A mortalidade infantil apresenta tendência decrescente, caindo de 20,8 óbitos de crianças menores de 1 ano de idade por mil nascidos vivos no ano 2000 para 15,6 óbitos por mil nascidos vivos em 2006, verificando-se que a grande maioria de óbitos infantis em 2006 decorreu de causas evitáveis (MEIRA, 2008). Pesquisa da carga de doenças em anos de vida perdidos ajustados por incapacidade construída a partir dos dados nacionais médios mostra que 15% dessa carga é causada por doenças infecciosas e parasitárias, 10% por causas externas, 9% por condições maternas e perinatais e 66% por doenças crônicas (SCHRAMM, 2004). Isso significa que o estado de Minas Gerais vive uma transição epidemiológica singular, denominada “tripla carga de doenças”, que envolve ao mesmo tempo: uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; o desafio das doenças crônicas e de seus fatores de riscos, como tabagismo, sobrepeso, inatividade física e alimentação inadequada; e o forte crescimento das causas externas decorrentes do problema da violência (FRENK, 2006). Uma situação de tripla carga de doenças, sendo 3/4 determinados por condições crônicas, não pode ser enfrentada com sucesso por um sistema de

atenção à saúde fragmentado e voltado para o atendimento de condições agudas por meio de pronto atendimento ambulatorial e hospitalar (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003). Essa incoerência entre a situação de saúde e o sistema de atenção à saúde praticado constitui o principal problema do SUS no estado de Minas Gerais, o que também não é tão diferente dos demais estados do Brasil.

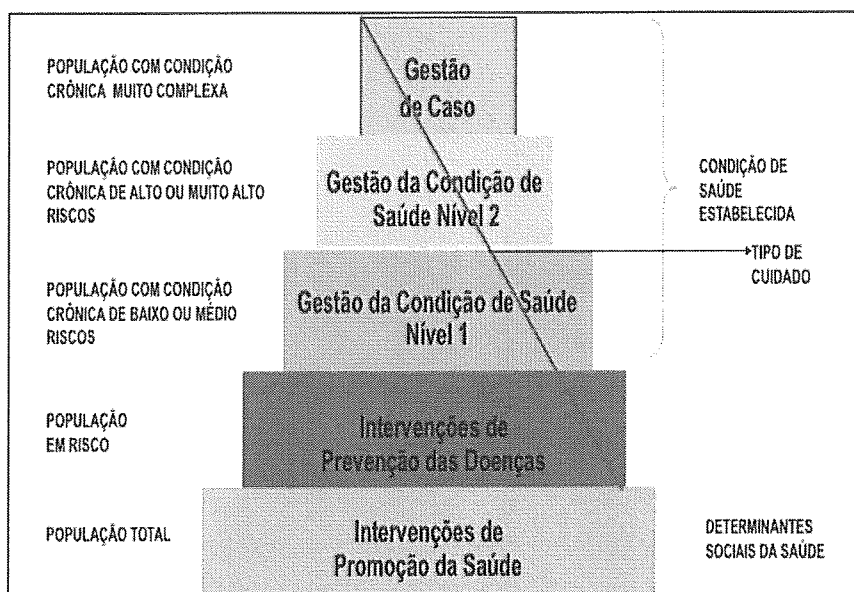
Segundo Marques (2009), a estratégia de mudança proposta pelo governo do estado de Minas Gerais para o SUS no estado destaca a implantação de sistemas integrados, com a formação de redes de atenção à saúde capazes de responder às condições agudas e crônicas existentes no estado. As redes de atenção à saúde compreendem organizações que prestam conjunto de serviços de saúde, estando vinculadas entre si por uma ação cooperativa e interdependente que permite ofertar uma atenção contínua e integral à população, coordenada pela Atenção Primária à Saúde e prestada com logística adequada (tempo, lugar, custo), com a qualidade devida e de forma humanizada. As redes prioritárias de Atenção à Saúde foram definidas com base nas situações-problema identificadas na análise das condições do sistema de saúde no estado. A forte presença de causas evitáveis de mortalidade infantil gerou a Rede Viva Vida; a elevada morbidade por doenças cardiovasculares e diabetes gerou a Rede Hiperdia; a elevada morbidade por causas externas e por doenças crônicas ficou cada vez mais aguda e gerou a Rede de Atenção às Urgências e Emergências; e a transição demográfica acelerada e a elevada incapacidade funcional das pessoas idosas geraram a Rede Mais Vida.

A organização das redes de atenção à saúde busca trabalhar com parâmetros determinantes, como economia de escala, grau de escassez de recursos e acesso aos diferentes pontos de atenção à saúde. Os serviços que devem ser ofertados de forma dispersa são aqueles que se beneficiam menos de economias de escala, para os quais há recursos suficientes e em relação aos quais a distância é fator fundamental para a acessibilidade. Em geral, os serviços de Atenção Primária à Saúde devem ser dispersos e os serviços de maior densidade tecnológica, como hospitais, unidades de processamento de exames de patologia clínica e equipamentos de imagem, tendem a ser concentrados (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

O desenho de redes de atenção à saúde faz-se combinando quantidade e qualidade dos serviços e condições de acesso. As redes de atenção à saúde têm como elementos constitutivos: a população de sua responsabilidade, o modelo de atuação (definido em função de situações demográficas e epidemiológicas, além das prioridades governamentais) e a estrutura operacional, que comporta cinco componentes: os pontos de Atenção à Saúde; o

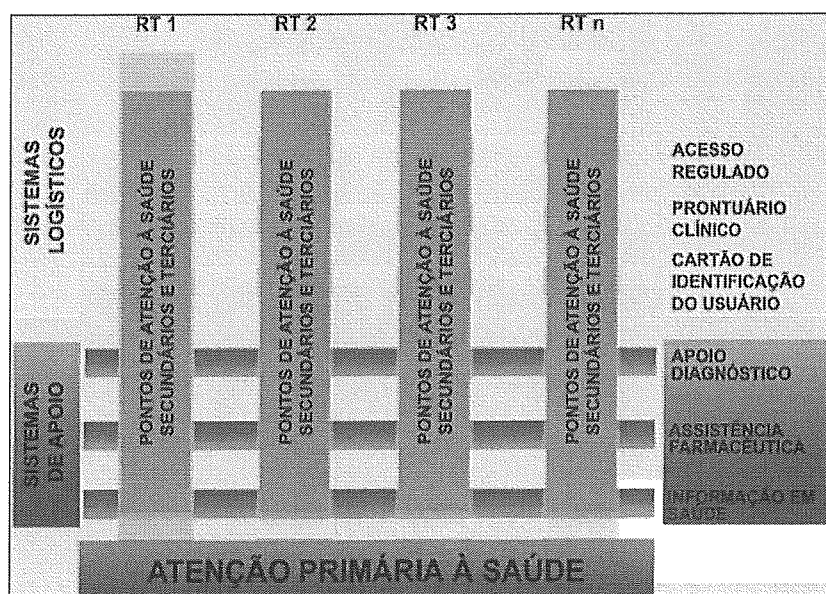
Centro de Comunicação, concentrado na Atenção Primária à Saúde; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos; e a governança das redes. As redes estão definidas no Plano Diretor de Regionalização (PDR), conforme mostram as Figuras 5 e 6.

Figura 5 - Modelo de atenção às condições crônicas de saúde – SES-MG



Fonte: Mendes, 2007.

Figura 6 - Estrutura operacional das redes de atenção à saúde – SES-MG



Fonte: Mendes, 2007.

O PDR de Minas Gerais passou por uma reavaliação em 2003, cujo objetivo era promover uma regionalização mais adequada à realidade do Estado e às políticas e estratégias do governo. Com a revisão dos critérios de regionalização da Atenção à Saúde, o estado de Minas Gerais foi dividido em 75 microrregiões sanitárias e 13 macrorregiões sanitárias. As redes de atenção à saúde de Minas Gerais estão organizadas tematicamente: rede de atenção às mulheres e às crianças, rede de atenção às doenças cardiovasculares, redes de atenção às pessoas idosas etc.

O único componente temático é constituído pelos pontos de atenção secundários e terciários. Todos os demais (a Atenção Primária à Saúde, os sistemas de apoio, os sistemas logísticos e a governança) são transversais a todas as redes temáticas. Isso diferencia as redes de atenção à saúde dos programas verticais de saúde pública. O Centro de Comunicação das redes de atenção à saúde está localizado na Atenção Primária, que funciona como elemento de ordenamento dos fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações nas redes. Os pontos de atenção secundários e terciários constituem os nós das redes e prestam serviços de atenção especializada. Três sistemas de apoio assistencial são fundamentais para o adequado funcionamento das redes: Sistema de apoio diagnóstico e terapêutico, Sistema de assistência farmacêutica e Sistema de informações em saúde. As redes contam, ainda, com o suporte de quatro outros sistemas logísticos principais: Sistema de identificação dos usuários (cartão de identificação), Sistema de informações clínicas (prontuário clínico), Sistema de acesso regulado à Atenção à Saúde e Sistema de transporte em saúde. Há também o Sistema de governança das redes de atenção à saúde, um arranjo organizativo que deve possibilitar a gestão adequada de todos os componentes das redes e de suas inter-relações, para obter resultados econômicos e de saúde para a população.

Segundo Mendes (2011), os sistemas de Atenção à Saúde movem-se numa relação dialética entre fatores contextuais (como envelhecimento da população, transição epidemiológica e avanços científicos e tecnológicos) e fatores internos (como cultura organizacional, recursos, sistemas de incentivos, estrutura organizacional e estilo de liderança e de gestão). Os fatores contextuais que são externos ao sistema de Atenção à Saúde mudam em ritmo mais rápido que os fatores internos que estão sob a governabilidade setorial. Isso faz com que os sistemas de Atenção à Saúde não tenham a capacidade de adaptarem-se em tempo às mudanças contextuais, especialmente demográficas e epidemiológicas. Nisso reside a crise universal dos sistemas de Atenção à Saúde que foram concebidos e desenvolvidos com base na presunção de continuidade de uma atuação voltada para as condições de eventos agudos,

desconsiderando a epidemia contemporânea das condições crônicas. Como consequência, tem-se uma situação de saúde do século XXI atendida por um sistema de Atenção à Saúde desenvolvido no século XX, quando predominavam as condições agudas, o que não pode dar certo.

Um dos mais importantes documentos da saúde pública contemporânea, a *Carta de Liubliana*, firmada pelos ministros de saúde europeus afirma:

Autocuidado, atenção familiar e outros cuidados informais, bem como o trabalho de uma variedade de instituições sociais, necessitam de ser postos em estreito contato com os serviços formais de saúde. Isso requer comunicação contínua e sistemas de referência e informação apropriados. Estratégias bem desenhadas são necessárias para levar a atenção hospitalar aguda para a atenção primária à saúde, a atenção comunitária, o hospital/dia e a atenção domiciliar, onde seja necessário. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996)

O fracasso da fragmentação da Atenção à Saúde parece ser uma expressão temática desse tipo de organização no conjunto dos sistemas econômicos e sociais. Há evidências de que a organização em silo – ou seja, um sistema de administração incapaz de operar reciprocamente com outros sistemas com os quais se relaciona – tem sido um fracasso em todos os campos e em todos os países (FRIEDMAN, 2007).

As RAS podem ser organizadas em arranjos produtivos híbridos que combinam a concentração de certos serviços com a dispersão de outros. Em geral, os serviços de menor densidade tecnológica, como os de APS, devem ser dispersos. Ao contrário, os serviços de maior densidade tecnológica, como hospitais, unidades de processamento de exames de patologia clínica e equipamentos de imagem, tendem a ser concentrados (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000). O modo de organizar as RAS define a singularidade de seus processos descentralizadores em relação a outros setores sociais. Os serviços de saúde estruturam-se numa rede de pontos de Atenção à Saúde, composta por equipamentos de diferentes densidades tecnológicas, que devem ser distribuídos, especialmente, de forma ótima. A organização das RAS, para ser feita de forma efetiva, eficiente e com qualidade, tem de estruturar-se com base nos seguintes fundamentos: economia de escala, disponibilidade de recursos, qualidade e acesso; integração horizontal e vertical; processos de substituição; territórios sanitários; e níveis de atenção. Essa lógica de rede de atenção à saúde está em

implantação pela Secretaria de Saúde Estadual no Estado de Minas Gerais, buscando inserir o modelo de atenção à saúde apresentado na Figura 5 e também trazer os benefícios que as características de uma RAS podem oferecer. Esse movimento ganhou força no contexto do Choque de Gestão do governo de Minas como um projeto estruturador com status de programa, que possui, inclusive, um conjunto de projetos vinculados, o que será detalhado a seguir.

4.1.2. Inovação na SES-MG

O governo de Minas Gerais conduziu, desde 2003, um movimento chamado "Choque de Gestão", iniciado com base em um plano de desenvolvimento para o estado, para inclusive superar a crise de gestão do governo estadual. A primeira fase ou geração do Choque de Gestão se estendeu até 2007, com iniciativas destinadas a promover o ajuste fiscal e a organização do governo, estabelecendo ações prioritárias. Em 2007, iniciou-se a implantação da segunda geração deste movimento, buscado ir além do equilíbrio fiscal. Esta etapa, que se estendeu até 2010, buscou consolidar uma cultura de "Estado para Resultados", capaz de executar as estratégias governamentais de forma efetiva e eficiente, promovendo conexão entre os gastos públicos e os resultados esperados.

A segunda etapa do Choque de Gestão tem como suporte um sistema de planejamento estratégico que aponta para a visão de transformar Minas Gerais no melhor Estado para se viver. O Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI), resultado desse planejamento estratégico, foi elaborado com a definição de uma carteira de projetos prioritários, articulando ações de longo, médio e curto prazos para o período de 2007 a 2023 (Figura 7). As ações de médio prazo abrangem períodos quadrienais e estão contidas nos Planos Plurianuais de Ação Governamental (PPAG). As ações de curto prazo são programações anuais descritas na Lei Orçamentária Anual (LOA).

Quadro 6 - Formulação estratégica da SES/MG

VISÃO	Ser instituição modelo de inovação da gestão da saúde pública no Brasil, contribuindo para que Minas Gerais seja o Estado onde se viva mais e melhor.
MISSÃO	Formular, regular e fomentar as políticas de saúde de Minas Gerais, de acordo com as necessidades da população, assegurando os princípios do SUS.
VALORES	Ética, Transparência, Compromisso, Eficiência, Cooperação, Equidade, Qualidade, Humanização e Inovação.

Fonte: Documentação interna à empresa, 2009.

Figura 7 - Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado – 2007/2023



Fonte: Marques, 2009.

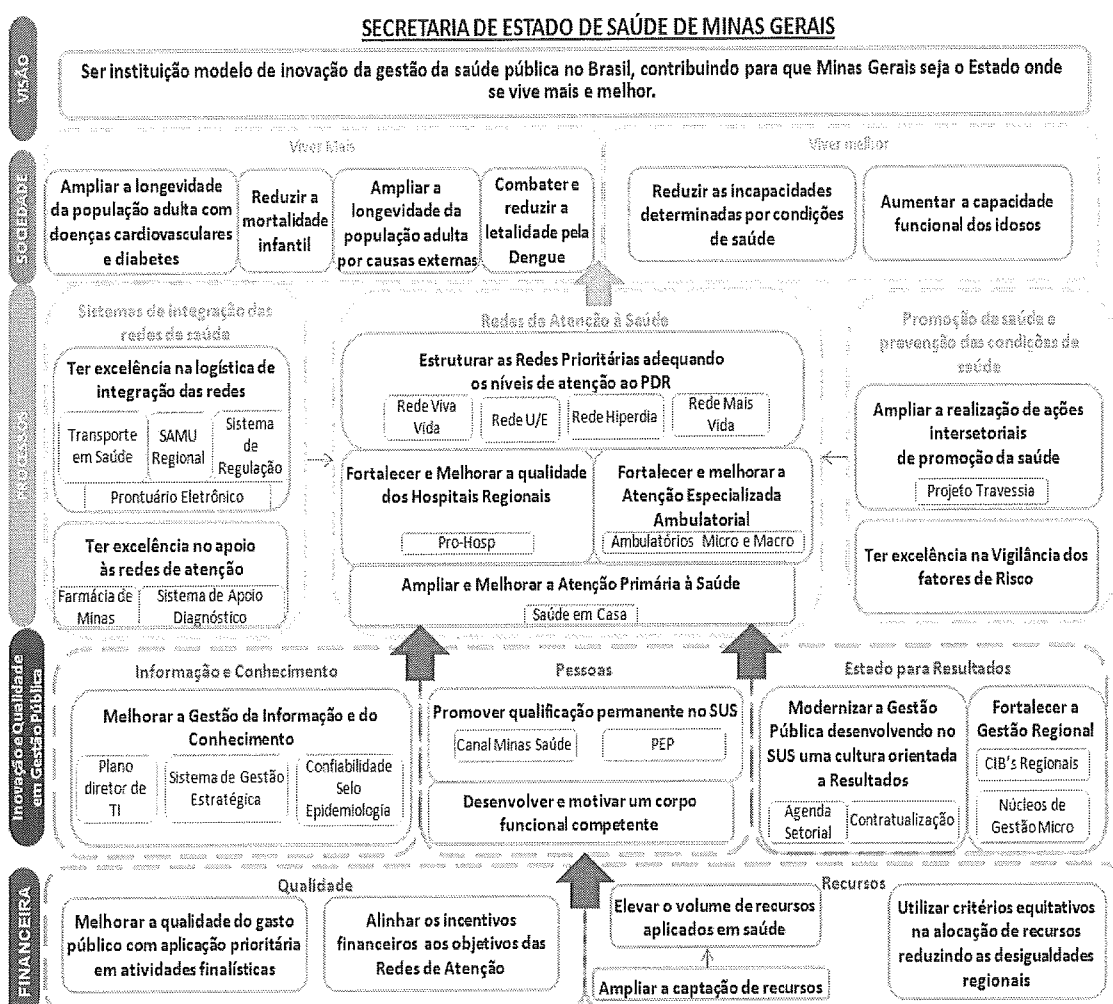
Conforme mostra a Figura 7, a estratégia de desenvolvimento proposta pelo governo do estado se sustenta nos fundamentos de qualidade fiscal e de qualidade e inovação em gestão pública. Foram definidas seis estratégias setoriais: perspectiva integrada do capital humano; investimentos e negócios; integração territorial competitiva; sustentabilidade ambiental; rede de cidades; e equidade e bem-estar. Os resultados planejados do PMDI apontam como destinatários das políticas públicas pessoas instruídas, saudáveis e qualificadas, jovens protagonistas, empresas dinâmicas e inovadoras, equidade entre pessoas e regiões e cidades seguras e bem cuidadas.

Para implantação do Estado para Resultados, o governo definiu onze Áreas de Resultado, como focos prioritários para a concentração dos esforços e dos recursos. Para cada área de resultado foram definidos objetivos estratégicos, ações e resultados finalísticos específicos. Cada área de resultado está integrada por Projetos Estruturadores (prioridades estratégicas),

Programas Associados (colaboração sinérgica com Estruturadores) e Programas Especiais (complementam os Estruturadores e Associados), que formaram o portfólio de projetos do Governo do Estado de Minas Gerais.

Tendo como base as diretrizes do Choque de Gestão e da Gestão por Resultados (Estado para Resultados), a SES/MG iniciou seu planejamento, que resultou nas definições estratégicas descritas no Quadro 6 e representadas em um mapa estratégico (Figura 8).

Figura 8 - Mapa Estratégico da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais



Fonte: www.saude.mg.gov.br. Acessado em 27/05/2011

As ações no âmbito da saúde se distribuem em várias Áreas de Resultado do PMDI, concentrando-se mais fortemente na área Vida Saudável, que possui os seguintes objetivos estratégicos: Universalizar o acesso à atenção primária à saúde; reduzir a mortalidade infantil

e materna; ampliar a longevidade da população adulta; aumentar a eficiência alocativa do sistema de atenção à saúde; e ampliar o acesso ao saneamento básico.

A carteira de projetos da Área de Resultado Vida Saudável está organizada da seguinte forma:

- Projetos Estruturadores:
 - Rede Viva Vida – projeto de redução da mortalidade infantil e materna.
 - Saúde em Casa – programa de fortalecimento da atenção primária à saúde.
 - Regionalização da Atenção à Saúde – programa que tem como objetivo fortalecer a regionalização cooperativa da atenção no SUS, garantindo a implantação de redes, com todos os seus componentes, incluindo os sistemas logísticos e de apoio. As principais iniciativas relacionadas a esse projeto são as seguintes:
 - Programa de Aperfeiçoamento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS (PRO-HOSP), iniciativa de revitalização do parque hospitalar do Estado, estimulando os hospitais socialmente necessários a desenvolverem uma política de qualidade.
 - Sistema Estadual de Regulação e Gestão em Saúde – programa de acesso regulado à Atenção à Saúde.
 - Rede de Atenção às Urgências e às Emergências – programa de aprimoramento dos serviços de atendimentos de urgência e emergência.
 - Transporte em Saúde – programa de organização do transporte de passageiros, exames e resíduos, que busca otimizar a comunicação entre os diversos pontos da Rede, garantindo à população o acesso aos serviços de saúde.
 - Vida no Vale – Copanor – programa que visa melhorar a qualidade de vida e promover condições para a prosperidade dos 92 municípios pertencente às bacias hidrográficas dos Rios Jequitinhonha, Mucuri e Leste, por meio da universalização dos serviços de abastecimento de água e de esgotamento sanitário, por meio de modelo sustentável.
 - Saneamento Básico: Mais Saúde para Todos – programa que visa promover a saúde por meio da implantação, ampliação e melhoria dos sistemas de abastecimento de água e de esgotamento sanitário.
 - Programas Associados e Programas Especiais: Rede Mais Vida – programa de atenção às pessoas idosas; Rede Hiperdia – programa de atenção às doenças

cardiovasculares e ao diabetes; e Farmácia de Minas – programa de distribuição de medicamentos.

4.1.3. Competências na SES-MG

Como resultado da singularidade organizacional dos sistemas de Atenção à Saúde, a SES-MG apresenta uma série de características comuns a instituições deste ambiente: não funcionam mecanismos de coordenação autoritários ou excessivamente centralizados; devem ser organizações flexíveis e adaptáveis às mudanças externas; a autonomia dos profissionais deve ser submetida a algum tipo de controle; a autonomia dos profissionais é uma condição necessária para a oferta de serviços de qualidade; a participação da população usuária nas decisões é desejável; há de haver mecanismos de decisão por consenso; são necessários mecanismos de controle dos interesses corporativos; e os profissionais devem trabalhar por responsabilidade. Enfim, há necessidade de concepção e implantação de uma governança clínica.

As atividades que compõem a governança clínica são: linhas claras de responsabilidade e compromisso, extenso programa de ações de melhoria da qualidade, políticas dirigidas à gestão de risco e intervenções educacionais e gerenciais para a melhoria do desempenho dos profissionais (RAMCHARAN, 2010). A governança clínica desenvolve-se por meio de uma ação ordenada e, concomitante, seis elementos fundamentais: educação permanente dos profissionais de saúde; auditoria clínica, subordinada a uma política de qualidade e realizada pelo método de auditoria que confronta a prática real com padrões de excelência predefinidos e busca reduzir a brecha entre eles; efetividade clínica que é a medida da extensão em que uma particular intervenção clínica realmente funciona; gestão dos riscos, seja para as pessoas usuárias, seja para os profissionais de saúde, seja para as organizações de saúde; desenvolvimento de novas práticas clínicas e sua incorporação em diretrizes clínicas; e transparência, quando o desempenho do sistema de atenção à saúde está permanentemente aberto ao escrutínio público (STAREY, 1999).

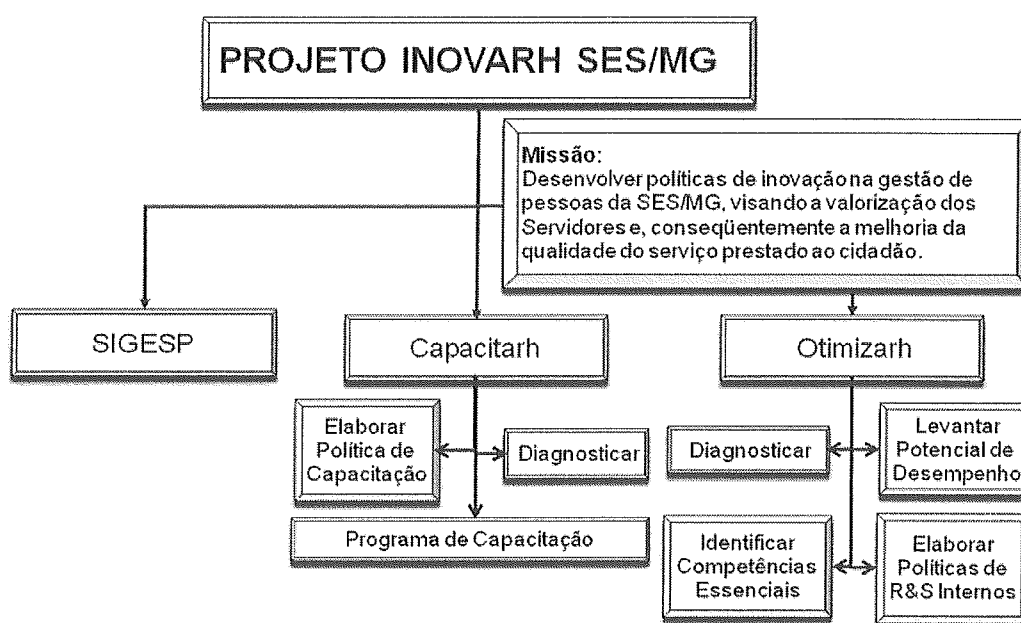
A proposta da gestão da clínica incorporada à governança clínica, especialmente, a centralidade que dá à educação permanente dos profissionais de saúde, a gestão dos riscos da atenção e a uma visão contemporânea de auditoria clínica, intimamente vinculada a uma cultura de qualidade dos serviços de saúde. A gestão da clínica compreende um conjunto de tecnologias de microgestão da clínica destinado a prover uma Atenção à Saúde de qualidade: centrada nas pessoas; efetiva e estruturada com base em evidências científicas; segura, que

não cause danos às pessoas usuárias e aos profissionais de saúde; eficiente, provida com os custos ótimos; oportuna, prestada no tempo certo; equitativa, de forma a reduzir as desigualdades injustas; e ofertada de forma humanizada (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001). Entretanto, esta proposta ainda se apresenta como ideia e não como prática na SES-MG, que tem buscado trabalhar na gestão de recursos humanos para tratar sua singularidade organizacional e se preparar para suas propostas de mudanças.

Para garantir a toda a SES/MG um quadro de profissionais capacitados, comprometidos e motivados, várias iniciativas foram implementadas por esta secretaria, com algumas ainda em curso: reestruturação das carreiras e da política remuneratória do sistema estadual de gestão da saúde; recomposição da força de trabalho da secretaria, com a realização de concurso público e de processos seletivos internos para autoridades sanitárias; fortalecimento da política de ações educacionais e implantação do canal saúde; implantação de programa de estágio na SES/MG; e eliminação dos estoques de processos de recursos humanos.

Em entrevista com a superintendente de recursos humanos da secretaria que concebeu e implementou estas iniciativas, foi construída uma estrutura analítica dos projetos de reestruturação da gestão recursos humanos na SES/MG, organizados em um programa chamado INOVARH (Figura 9).

Figura 9 – estrutura analítica de projetos de reestruturação da gestão de recursos humanos na SES/MG



Fonte: Elaborado pelo autor.

O INOVARH, que busca o envolvimento estratégico da gestão da SES-MG, tem a missão de desenvolver políticas de inovação na gestão de pessoas da SES/MG, visando à valorização dos servidores e à melhoria da qualidade do serviço prestado ao cidadão. Os projetos, descritos em seguida, foram batizados da seguinte forma: OTIMIZARH, CAPACITARH e Sistema Integrado de Gestão de Pessoas (SIGESP). Algumas iniciativas estratégicas foram também apontadas como necessárias pela equipe de RH na SES/MG em 2007, sabendo-se que o foco deveria ser dado aos projetos, sendo estas, então, ações futuras de RH: estabelecer política de certificação funcional; implementar o Programa de Recrutamento Interno e Certificação de Funções Críticas; descrever cargos e especificar perfil e solicitar formação de terceirizados; realocar o pessoal; promover Pesquisa de Clima; criar o Banco de Currículos; executar o Programa de Qualidade de Vida no Trabalho; e realizar a Revisão da Avaliação de Desempenho. Em reuniões entre a SES/MG e a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), ocorridas entre abril e junho de 2007, foram apresentados e discutidos os fundamentos, a lógica e os processos do sistema desenvolvido pela UFMG para certificação ocupacional aplicada no governo do estado de Minas Gerais. A iniciativa estratégica de certificação funcional foi, então, dada como prioritária para gerentes regionais de saúde, estabelecendo o número de candidatos e a localização dos exames e orçamento. Foi feito o estabelecimento do filtro, que determinaria quais candidatos inscritos seriam escolhidos para participar do processo e a documentação necessária, além da análise funcional com a participação de 12 ocupantes do cargo e os observadores do processo para elaboração do mapa funcional e da norma técnica pela equipe da UFMG.

A seguir descrevem-se os projetos determinados como estratégicos no escopo do projeto INOVARH na SES/MG.

- ***PROJETO OTIMIZARH***

O projeto OTIMIZARH objetiva aprimorar a adequação da capacidade pessoal e profissional dos servidores em exercício na SES/MG, por meio da identificação dos perfis pessoal e profissional do quadro, possibilitando a melhor adaptação dos perfis às necessidades funcionais das unidades da SES/MG. Foi concebido alinhado ao planejamento estratégico da secretaria, a fim de adaptar os perfis não somente às necessidades do momento, mas

principalmente à realidade estabelecida para se buscar no planejamento estratégico. Para tal, a área de Gestão de Pessoas da secretaria se aproximou da Assessoria de Gestão Estratégica da instituição. Nessa aproximação, os profissionais de gestão de pessoas começaram a ser envolvidas nas discussões estratégicas, principalmente na figura da superintendente da área. Foi conseguido também espaço para acompanhamento do redesenho dos processos da secretaria, para buscar o alinhamento do projeto OTIMIZARH aos novos processos estabelecidos após redesenho.

A equipe de RH da SES/MG realizou um diagnóstico que apontou o contexto em que projeto seria concebido: percepção do desconhecimento da situação atual quanto à adequação do perfil de competências dos servidores em relação às exigências do cargo; ausência de um processo formalizado e sistematizado de identificação do perfil de competências dos servidores; falta de estruturação na especificação do perfil pessoal para cumprimento de funções; não há equipe e orçamento para realizar análise de perfil dos servidores; possibilidade do desconhecimento das descrições funcionais por parte de servidores; possibilidade da ocorrência de desvio de funções; percepção de minimização de resultados das Unidades; e desmotivação das pessoas em função da inadequação de seu enquadramento em relação aos seus cargos.

Nesse contexto, foram estabelecidos o objetivo geral, apresentado anteriormente, e alguns objetivos específicos para o projeto, como: estabelecer estratégias para a elaboração de planos de ação da identificação do perfil pessoal e profissional dos servidores; sistematizar a identificação do perfil de competências de servidores, conforme possibilidades legais; e promover a adequação do enquadramento dos servidores em funções específicas, conforme as necessidades dos cargos e o seu perfil. O projeto foi concebido com as seguintes macrofases: levantar e analisar dados e informações utilizados na gestão de pessoas na SES/MG; definir competências essenciais das unidades e/ou gerências da SES/MG; definir competências essenciais das unidades e/ou gerências da SES/MG; identificar potencial de desenvolvimento em relação às competências dos servidores efetivos, à função pública e ao recrutamento amplo em exercício na SES/MG; disponibilizar informações em relação ao potencial de desempenho em relação às competências; sistematizar a política e o programa de Recrutamento e Seleção Interno da SES/MG; e definir o processo de recrutamento e seleção interno.

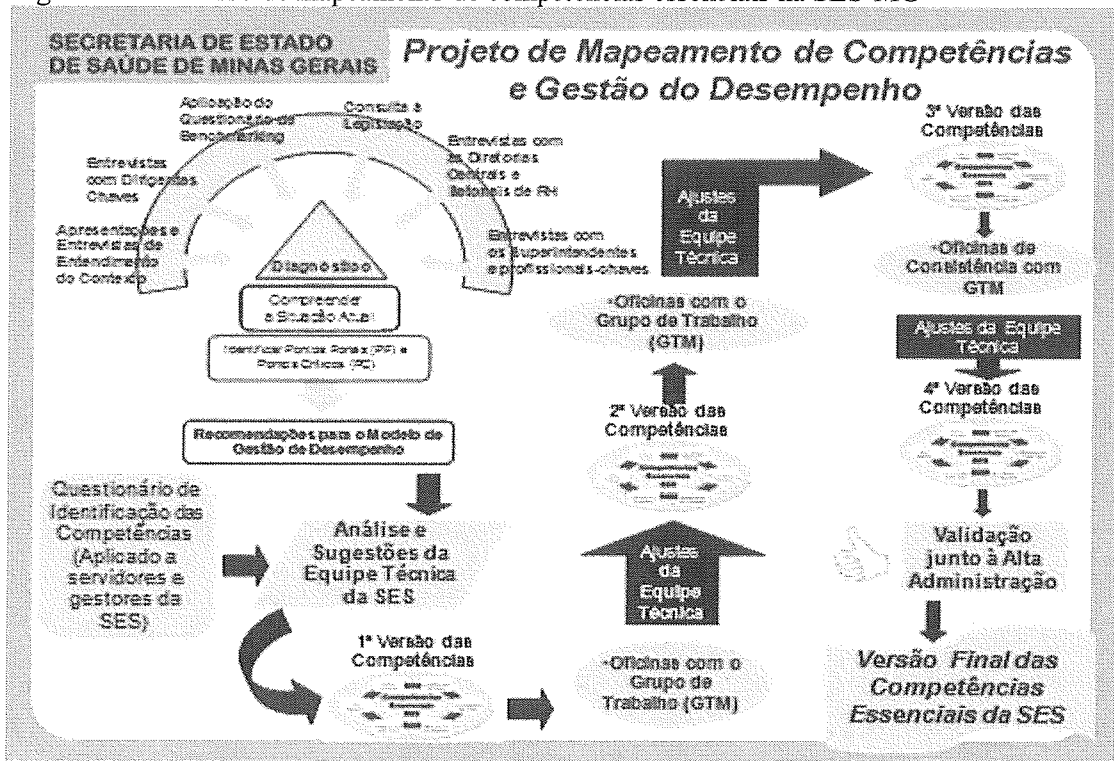
Em 2008, foi realizado o Censo dos Servidores em exercício na SES/MG, para identificar os servidores que compõem a força de trabalho. Com os dados do Censo, iniciou-se, em 2009, a identificação das lacunas entre as necessidades das áreas e a força de trabalho existente na SES/MG no que se refere ao perfil dos servidores. Para 2009 e 2010, estavam previstas outras três fases do Censo:

- Fase 2 – Suporte à Reestruturação da Função de Recursos Humanos da SES/MG, que tem por objetivo prover um conjunto de informações relevantes para a estruturação das funções da secretaria, em atendimento às demandas impostas pelos contextos atual e futuro.
- Fase 3 – Suporte à Gestão por Competências das Unidades da SES/MG, que tem por objetivo prover um instrumento de gestão de recursos humanos com base em competências que facilitem os processos de contratação/movimentação, desenvolvimento e avaliação de recursos humanos.
- Fase 4 – Expansão da Metodologia de Gestão por Competências na SES/MG, que tem por objetivo expandir o instrumento de gestão de recursos humanos com base em competências desenvolvido na fase 3 para toda a SES/MG.

A fase 2 foi implementada conforme planejado, porém houve mudança na condução da fase 3, fazendo com que a fase 4 ainda não fosse implementada. A fase 3 foi coordenada pela Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão de Minas Gerais (SEPLAG), com a consultoria *PricewaterhouseCoopers*, que fez o mapeamento dos conhecimentos, habilidades e atitudes para quatro secretarias do Governo do Estado de Minas Gerais: SEPLAG, SES, Secretaria de Estado da Fazenda (SEF) e Secretaria de Estado de Agricultura, Pecuária e Abastecimento (SEAPA). Por meio deste projeto de Mapeamento de Competências e Gestão do Desempenho, criou-se o modelo de avaliação de desempenho adotado pela Secretaria de Estado de Saúde/MG a partir de 2010, cujos objetivos foram: Vincular a Gestão de Pessoas às Estratégias Institucionais; propiciar o desenvolvimento dos servidores do estado; garantir a entrega de melhores resultados à sociedade; e ampliar e consolidar no estado uma cultura de desenvolvimento e meritocracia. O projeto foi composto por cinco etapas: entendimento/diagnóstico e planejamento; definição das competências essenciais para as secretarias do escopo; construção do modelo de gestão do desempenho, com a definição dos componentes do modelo; plano de continuidade, cujo produto foi o plano de implantação por

secretaria e para o Governo do Estado; e difusão do modelo, com capacitação de multiplicadores. As competências essenciais da SES definidas pelo processo apresentado na Figura 10 estão apresentadas na Figura 11 e detalhadas na Figura 12.

Figura 10 - Processo de mapeamento de competências essenciais na SES-MG



Fonte: Documentação interna à empresa.

Figura 11 - Competências essenciais da SES-MG



Fonte: Documentação interna à empresa.

Figura 12 - Definição das competências essenciais da SES-MG

Competência	Contribuições Efetivas	Competência	Contribuições Efetivas
Postura Inovadora	Proposição de mudanças	Administração para Resultados	Uso racional de recursos
	Conhecimento aplicado		Planejamento
	Autodesenvolvimento		Organização
	Agente de transformação		Decisões assertivas
Adaptabilidade à Mudanças	Abertura à mudanças		Monitoramento
	Multifuncionalidade	Compromisso Institucional	Engajamento
	Adaptação ao imprevisto		Oferta de serviços de qualidade
	Flexibilidade na comunicação		Transparência
Relacionamento Institucional	Relacionamento produtivo		Comportamento motivado
	Administração de conflitos		Representação institucional
	Trabalho em equipe	Humanização das atividades de saúde	
	Compartilhamento de conhecimentos	Visão Sistêmica	Comprometimento estratégico
	Negociação		Visão integrada
Visão do Sistema de Saúde			

Fonte: Documentação interna à empresa.

O modelo proposto possui algumas vantagens, como: identificação, reconhecimento e estímulo à melhoria contínua do desempenho dos servidores; possibilidade de adequação funcional do servidor; identificação e desenvolvimento de competências pessoais e profissionais; conscientização do servidor sobre seu papel no contexto organizacional e sobre como suas competências podem ser utilizadas para se atingir as metas por equipe que impactam no alcance das metas institucionais e governamentais; estímulo à busca do autodesenvolvimento e melhoria no desempenho na avaliação, uma vez que esse está atrelado ao desenvolvimento do servidor na carreira (promoção e progressão) e ao cálculo da remuneração variável (Adicional de Desempenho – ADE); e estabelecimento de uma relação de meritocracia no estado, pois aqueles que possuem avaliação insatisfatória perdem o cargo comissionado ou função gratificada e podem perder inclusive o cargo efetivo.

Porém, foram enfrentados alguns problemas na implantação do modelo na SES, como:

- Divulgação maciça da Gestão do Desempenho por Competências programada somente para janeiro/2010: não foi possível em função da não finalização dos processos de ADI e da ADGP (referentes ano anterior) em dezembro.
- Gravação da capacitação dada pela consultoria, para ser repassada aos servidores por meio do portal Minas Saúde, impossibilitado devido ao período.
- Utilização da intranet como meio para divulgação das informações: ações estão sendo realizadas desde outubro de 2009, mas sem muito acesso por parte dos servidores, alcançando um público muito restrito.

No que tange ao processo de avaliação de desempenho, muitos são os desafios a superar. Entre eles, podem-se citar: mudança cultural; formação e preparo dos servidores e dirigentes para uso dos novos instrumentos; e definição das competências funcionais de cada unidade administrativa em relação a seus servidores e a cada função desempenhada para que esses possam ter clareza das competências que lhe são exigidas para o alcance dos resultados pessoais, institucionais e do SUS em Minas Gerais.

A valorização do servidor passa, necessariamente, pela construção de um Plano de Carreira e da respectiva estrutura remuneratória, de modo a permitir ao profissional vislumbrar as possibilidades de inserção na teia de funções do órgão, a partir das competências e habilidades que possui, bem como de outras que pretenda adquirir. O plano deve dar transparência às possibilidades de crescimento profissional, do ponto de vista tanto técnico quanto salarial, possibilitando ao servidor fazer escolhas conscientes a respeito de seu percurso profissional no órgão. Essas escolhas também se colocam para os dirigentes, que devem alocar os servidores em funções nas quais suas competências e habilidades possam ser mais bem aproveitadas em prol dos resultados que a organização deve apresentar. Tendo essa visão como premissa, a SES/MG promoveu a reestruturação das carreiras e das tabelas salariais do Sistema Estadual de Gestão da Saúde, em um processo que também valorizou o servidor, pois foi realizado de forma democrática, por meio de Mesa de Negociação, constituída por representantes dos próprios servidores da área da saúde. Este movimento também compôs o escopo do projeto OTIMIZARH.

Em 2005, com a promulgação da Lei 15.462, foram estruturadas as carreiras da SES/MG, da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), da Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia do Estado de Minas Gerais (Hemominas) e da Fundação

Ezequiel Dias (FUNED). Logo em seguida, foram estabelecidas as tabelas de vencimento básico das Carreiras do Grupo de Atividades de Saúde (Lei 15.786, de 27 de outubro de 2005), que resultaram em um aumento médio de 22% na remuneração dos servidores da SES/MG, com impacto financeiro na folha de pagamento de cerca de 13%. A lei estabeleceu, ainda, a previsão de reajuste de 5% das tabelas salariais em 30 de junho de 2006 (art. 4º, alterado pelo art. 125 da Lei nº 15.961, de 30 de dezembro de 2005).

Em 2007, procedeu-se à revisão das tabelas salariais do Grupo de Atividades de Saúde, em função da discrepância da remuneração desses profissionais em relação à remuneração de mercado, o que acarretava poucas inscrições nos concursos realizados pelos órgãos e entidades do Sistema Estadual de Saúde, elevada perda de concursados para o mercado e dificuldade de manutenção da motivação dos servidores na prestação de serviços aos cidadãos. Essas situações se repetiam em todas as carreiras, mas especialmente naquelas de nível superior de escolaridade. Em razão disso, foi elaborada uma nova tabela salarial para o Grupo de Atividades da Saúde (Lei 17.618, de 7 de julho de 2008).

Paralelamente à reestruturação das carreiras e dos salários e em consonância com as premissas do Choque de Gestão, o governo de Minas Gerais implantou sistemáticas de avaliação de desempenho, entendidas como ferramentas essenciais da gestão das pessoas que atuam em um estado voltado para resultados, os quais devem ser significativos para a população a quem os servidores do Estado devem, de fato, servir. Com essas iniciativas, o desenvolvimento do servidor na carreira passou a ocorrer não somente pelo decurso do tempo de serviço, mas também pelo mérito funcional e pela qualificação profissional, com igualdade de oportunidades. Foram implementadas duas sistemáticas de avaliação de desempenho (Lei Complementar 71, de 30 de julho de 2003.):

- Avaliação de Desempenho Individual (ADI): direcionada aos servidores já efetivados no quadro da Secretaria que, agora, para progredirem na carreira, além do tempo de efetivo exercício na posição que ocupam, precisam ter pontuação superior a 60% na avaliação de desempenho.
- Avaliação Especial de Desempenho (AED): destinada aos servidores em período de estágio probatório. Eles serão submetidos a três períodos de dez meses de avaliação no decorrer do estágio probatório, sendo considerado apto aquele que alcançar o mínimo de 60% de aproveitamento na média dos pontos obtidos em todas as etapas da avaliação.

O processo de implantação da ADI no âmbito da SES/MG foi complexo, principalmente por implicar mudança cultural, já que a maioria dos servidores nunca havia passado por um processo de avaliação de desempenho. Outro fator dificultador foi o fato de 75% dos servidores passíveis de avaliação estar em exercício em unidades de saúde municipais, em razão da municipalização das ações de saúde. E, assim, eram gerenciados por gestores municipais.

Dois outros instrumentos foram implantados pelo governo de Minas Gerais, com o objetivo de reconhecer e incentivar o bom desempenho dos funcionários do estado: o Adicional de Desempenho (ADE), instituído pela Lei 14.693, de 30 de julho de 2003; e o Prêmio por Produtividade, definido no bojo da Lei 17.600, de 1º de julho de 2008, que instituiu e disciplinou o Acordo de Resultados. Como parte do Acordo de Resultados firmado entre o Sistema Estadual de Saúde e o governo de Minas Gerais, foi efetuado o pagamento do primeiro prêmio por produtividade, em razão dos resultados satisfatórios obtidos pela SES/MG (nota 9,1), na avaliação de desempenho institucional referente ao ano de 2007. A premiação contemplou a proporção do resultado obtido na avaliação de desempenho institucional (9,1), aplicado à remuneração dos servidores e aos dias de efetivo exercício em 2007.

Para oferecer oportunidades iguais a todos os interessados em ocupar os cargos gerenciais da Secretaria, a SES/MG implantou o processo de Certificação Ocupacional, desenvolvido em parceria com a UFMG e executado pela Fundação de Desenvolvimento da Pesquisa (FUNDEP), entidade certificadora externa. O processo visou, também, avaliar se as pessoas interessadas em ocupar cargos em comissão estratégicos para a administração detinham as competências necessárias ao desempenho das atividades relacionadas com as ocupações pretendidas. O instrumento oferecia aos dirigentes dos órgãos uma relação de pessoas qualificadas e devidamente certificadas aptas a ocuparem os cargos estratégicos de livre nomeação e exoneração, aumentando a certeza sobre os bons resultados que poderiam trazer para o serviço público. O primeiro processo de certificação ocupacional, realizado em 2007, teve como objetivo formar um banco de currículos potenciais para a função de titular das Gerências Regionais de Saúde de Minas Gerais. Em janeiro de 2008, foi publicada a relação dos 91 candidatos certificados. Ainda em 2008, previa-se a realização de novo processo de certificação para o cargo de gerente administrativo das unidades regionais do Hemominas e para 2009 para a função de Coordenação de Gestão das Gerências Regionais de Saúde.

Em função da importância estratégica da área de Gestão de Pessoas e do volume de ações e projetos, a Gerência de Recursos Humanos da SES/MG foi reestruturada e elevada ao nível de Superintendência, passando a denominar-se “Superintendência de Gestão de Pessoas e Educação em Saúde” (SGPES). A SGPES foi composta por três gerências: Gerência de Ações Educacionais em Saúde (GAES), responsável pelo projeto CAPACITARH; Gerência de Recursos Humanos (GRH), responsável pelos processos de departamento de pessoal e relações trabalhistas; e Gerência de Pesquisa e Inovação (GIPE), responsável pela gestão dos demais projetos. A reestruturação passou também pela revisão e reorganização dos fluxos dos setores, otimizando os processos e aumentando a eficiência e eficácia da gerência. Resultou em melhores condições de trabalho, com a fusão ou cisão de setores e a implementação de novos processos e fluxos de trabalho, além do redimensionamento da equipe, possibilitando a eliminação de cerca de 90% do estoque de processos, principalmente aqueles relacionados a concessão de férias-prêmio, registro de diplomas e certificados, aposentadoria e averbação de certidões.

Aderente às estratégias de valorização dos servidores e de foco em resultados, a partir da celebração do Acordo de Resultados, foi instituído o cartão alimentação/refeição para todos os servidores em exercício na SES/MG. Com o alcance da meta de economia de recursos de custeio na área meio e a com redução de cerca de 10% das despesas de manutenção da Secretaria, no mês de dezembro de 2007 os servidores em exercício na SES/MG foram premiados com crédito extra no tíquete, em valor equivalente a um mês do benefício. Em novembro de 2007, foi criada a Central de Atendimento, com a finalidade de disponibilizar aos servidores da SES/MG informações relacionadas à gestão de pessoas, atendendo-os de forma mais eficaz. A Central de Atendimento em Recursos Humanos passou a atender os servidores presencialmente, por telefone e por e-mail, realizando cerca de três mil atendimentos, em média, por mês.

Outra iniciativa de sucesso do projeto OTIMIZARH foi o trabalho feito pela SGPES com a mão de obra em reabilitação. A partir do levantamento das fichas dessas pessoas e da realização de entrevistas investigativas, vários profissionais em reabilitação foram redirecionados para posições mais adequadas a sua produtividade. Por exemplo, foi identificado que alguns profissionais tomavam remédios controlados no início da manhã, fazendo com que não conseguissem executar seu trabalho. Nesse processo de reabilitação, obteve-se sucesso simplesmente mediante a alteração do horário de trabalho dessas pessoas,

fazendo com que o pico de efeito do remédio passasse durante a manhã, permitindo-lhes o trabalho à tarde com a esperada produtividade.

A SES/MG não realizava concurso desde 1992, perdendo força de trabalho pelos mais variados motivos, como, aposentadoria, exoneração a pedido, transferências para outros órgãos, Programa de Desligamento Voluntário (PDV) e uso de alternativas instáveis de contratação de pessoal. Na busca por solução definitiva para a recomposição de seu quadro de servidores efetivos, a SES/MG realizou concurso público para o provimento de 450 vagas para o cargo de especialista em políticas e gestão da saúde, em 2006, sendo que 279 tomaram posse. Em 2007, novo concurso público foi realizado para provimento de 492 vagas, sendo empossados 668 servidores. Em relação à função específica de autoridade sanitária, a SES/MG optou por realizar processos seletivos internos. O Decreto 44.099, de 29 de agosto de 2005, que regulamentou a designação dos servidores para as funções de autoridade sanitária, estabeleceu vagas para a atividade de auditoria assistencial do SUS, vigilância sanitária, vigilância epidemiológica e ambiental e regulação da assistência à saúde. Também, definiu que a designação para as referidas funções só poderia recair em servidores aprovados em processo seletivo interno específico. O processo seletivo de concurso, normalmente, possui suas deficiências na avaliação dos candidatos para seleção. Para demandas temporárias, foi utilizado um modelo simplificado, que oferece a alternativa de se fazer um filtro mais adequado para a seleção de pessoal. Por exemplo, foram contratados agentes para controle de epidemia de dengue em processo seletivo simplificado. Pela característica desse processo seletivo, as pessoas contratadas passaram a oferecer um perfil mais adequado às tarefas, destacando-se, inclusive, em relação aos recém-contratados pelo concurso. Porém, não houve possibilidade de continuação desses profissionais contratados temporariamente.

- ***PROJETO SIGESP***

O Sistema Integrado de Gestão de Pessoas (SIGESP) é informatizado e destina-se a implantar um processo de gestão integrado de informações pessoais e profissionais dos servidores da SES/MG, de forma ágil, confiável e atualizada, com a consequente melhora da eficácia e da eficiência da gestão de pessoas. O diagnóstico feito pela equipe de RH da SES/MG que motivou a criação deste projeto apontou um contexto com as seguintes características:

limitação de ferramentas tecnológicas – software e hardware – quanto à disponibilidade de relatórios eficientes e eficazes; e dispersão de dados e informações dos servidores da SES/MG, o que dificultava a gestão de pessoas. Foram também definidos alguns objetivos específicos, como: conhecer as competências pessoais e profissionais dos servidores da SES/MG; fornecer subsídios para levantar necessidades de capacitação nos níveis básico, superior e formação; identificar servidores com potencial para ocupação de cargos comissionados e exercício de funções especiais; prover informações que facilitem a adequação de pessoas em locais de trabalho e funções profissionais; auxiliar o ajuste dos perfis para compor equipes de trabalho; alimentar *feedback* de ações de desenvolvimento e resultados pessoais e aconselhamento profissional dos servidores da SES/MG; e orientar dirigentes da SES/MG para melhor gestão dos talentos que compõem sua equipe.

O projeto foi concebido com as seguintes macrofases: realizar levantamento e análise sobre dados e softwares utilizados na gestão de pessoas na SES/MG (incluindo benchmarking); definir dados e informações que irão compor o SIGESP; desenvolver o software SIGESP (com contratação de empresa terceirizada); e implementação do software; racionalizar e informatizar o cadastro funcional da SES/MG.

O sistema ainda está em construção e as informações coletadas devem facilitar a elaboração e implantação de projetos para: adequar as pessoas aos locais de trabalho e às funções profissionais; ajustar os perfis para compor equipes de trabalho; e alimentar o retorno das ações de capacitação e resultados pessoais e aconselhamento profissional dos servidores. O banco de dados formado permitirá, ainda, que o sistema emita declarações, certidões e contratos em modelos padronizados e permita à SGPES orientar os dirigentes para a melhor gestão dos talentos que compõem sua equipe. O principal obstáculo para a implementação do sistema inicialmente foi a política de segurança de informação do governo do estado por meio de sua Companhia de Tecnologia da Informação do Estado de Minas Gerais (PRODEMGE), pois não foi autorizada a contratação de uma empresa terceira para desenvolver o sistema, visto que os dados de pessoal são sigilosos e não poderiam ser disponibilizados externamente. Uma vez que a decisão foi tomada pelo desenvolvimento pela própria PRODEMGE, o problema de segurança de informação foi superado, mas outros problemas surgiram, como a falta de produtividade da empresa contratada e de verba para pagamento do projeto. A ideia proposta nos dias atuais é que este sistema sirva de base para a criação de um sistema corporativo de gestão de recursos humanos para o Governo do Estado de Minas Gerais, para ser utilizado por suas secretarias na gestão de informações de pessoal, de forma integrada aos

demais sistemas governamentais existentes. Esse sistema, inclusive, está sendo muito aguardado pelas secretarias que possuem problemas similares aos da SES/MG que deram origem ao sistema.

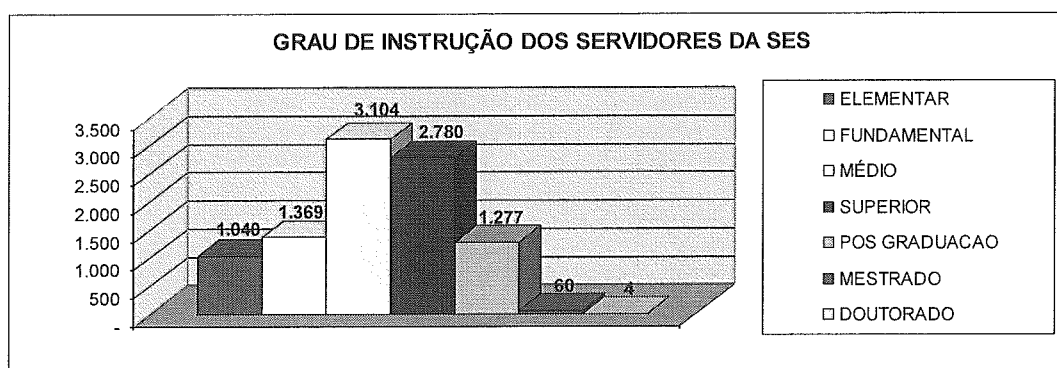
- *CAPACITARH*

Iniciado em 2007, o projeto CAPACITARH teve por objetivo central readequar a política de capacitação dos servidores da SES/MG, visando a sua profissionalização, à elevação da escolaridade e à ampliação da possibilidade de galgarem uma carreira pública, resultando em sua conseqüente valorização, possibilitando à administração pública alcançar maior eficiência e melhorar a qualidade dos serviços prestados. A equipe de RH da SES/MG elaborou um diagnóstico que motivou a criação deste projeto, apontando para o seguinte contexto da época: não sistematização da política e estratégia para a elaboração de planos de ação de formação, treinamento e desenvolvimento dos servidores, para melhor e mais amplo atendimento às demandas; carência de instrumentos de medida e indicadores de resultados dos processos de capacitação; socialização precária de novos servidores à SES/MG – Treinamento Introdutório; existência da necessidade de capacitar servidores da SES/MG para o desempenho de atividades atuais, de treinar para alterações nas funções e de desenvolver os servidores para assumir funções futuras – para melhorar o resultado da avaliação de desempenho e aumentar de produtividade; deficiência na formação de pessoas em cargos de decisão em relação às necessidades de sua função; e não otimização do investimento em ações de capacitação dos servidores.

O Gráfico 1 apresenta o grau de instrução dos servidores da SES/MG em 2007. Além do objetivo central, foram definidos objetivos específicos para o projeto, como: estabelecer estratégia para a elaboração de planos de ação de formação, treinamento e desenvolvimento do servidor da SES/MG; sistematizar a capacitação de servidores, conforme possibilidades legais e melhor atendimento às demandas; socializar novos servidores aos SES; capacitar os servidores para funções atuais; treinar os servidores para alterações nas funções; desenvolver os servidores para assumir funções futuras; catalisar processo de mudança; promover crescimento pessoal e profissional; aumentar produtividade (qualidade e rapidez); formar gestores; formar agentes multiplicadores; gerar relatórios gerenciais a respeito da capacitação dos servidores; otimizar o investimento em ações de capacitação dos servidores; e

desenvolver avaliação de capacitação com foco em reação, aprendizado, mudança de comportamento e resultados funcionais. Ficaram fora do escopo do projeto a capacitação de servidores terceirizados, consultores, estagiários, trabalhadores mirins e servidores cuja situação prevê limites legais (Decreto 44.205/2006). O projeto foi concebido com as seguintes macrofases: definir a Política de Capacitação da SES/MG; implementar processos e fluxo de capacitação da SES/MG; diagnosticar necessidades de capacitação da SES/MG; planejar Programas de Capacitação da SES/MG; executar os Programas de Capacitação da SES/MG; e avaliar os resultados da capacitação da SES/MG.

Gráfico 1 - Diagnóstico de capacitação dos servidores – SES/MG, 2007



Fonte: Dados gerados pelo Sistema de Administração de Pessoal (SISAP) do governo do estado de Minas Gerais em 15/06/2007.

Em 2008, a SEPLAG, por meio do Programa de Desenvolvimento de Gestores, realizado pela Fundação Dom Cabral, implantou um programa estruturado em quatro módulos, com duração de quatro meses, o qual contou com a participação de 78 gerentes da SES/MG, nos níveis de superintendência e diretoria. Seu principal objetivo era profissionalizar a gestão pública, por meio da formação e desenvolvimento de gestores públicos, buscando melhorar a qualidade dos serviços prestados pelas instituições públicas mineiras e alcançar os propósitos e os resultados pretendidos para o atendimento dos anseios e necessidades dos beneficiários da sociedade mineira.

Foi identificada falta de qualidade dos programas de educação vigentes na SES/MG. Por exemplo, havia um conjunto de pessoas que fazia o mesmo treinamento mais de uma vez e não conseguia alterar suas práticas de trabalho. Foi concebido, então, um Programa de Educação Permanente, com destaque para dois projetos: PEP, para médicos, e Canal Minas Saúde. Ambos serão detalhados na seção a seguir. Os métodos utilizados nesses projetos foram pautados na necessidade de alterar as práticas de trabalho por meio de treinamentos

abrangentes para todos os profissionais da saúde, valorizando a aplicação da teoria na prática e o exercício no trabalho. Escolheu-se o ensino à distância como ferramenta para se aproximar de todos os públicos-alvo, complementando com grupos de estudos para reuniões periódicas nas Unidades Básicas de Saúde, para reflexão sobre a aplicação do conteúdo na prática para melhoria dos resultados do trabalho.

Reconhecendo o corpo de profissionais como elemento fundamental para a garantia da qualidade dos serviços de saúde, a SES/MG implantou o Programa de Educação Permanente (PEP), direcionado ao desenvolvimento profissional e pessoal dos servidores, por meio da troca de experiências, do estudo em grupo e da autoaprendizagem reflexiva. O PEP tinha como propósito induzir uma cultura de mudança e renovação da prática do profissional de saúde e criar um sistema de melhoria permanente de performance, em busca da excelência no cuidado ao usuário. Destinado, inicialmente, aos médicos que atuam nas equipes da APS, o objetivo era estender o Programa a todos os profissionais das equipes de saúde, de modo que a capacitação pudesse contribuir para a redução de encaminhamentos desnecessários a especialistas e de exames e prescrições incorretas de medicamentos e tratamentos, ampliando, assim, a resolutividade da APS.

Os principais problemas enfrentados pelo PEP foram os seguintes:

- perfil profissional trazido da graduação pelos médicos participantes, muitas vezes, inadequado para a APS;
- heterogeneidade das competências técnicas dos médicos do Programa Saúde da Família;
- visão tradicional dos participantes a respeito da educação médica continuada, com demandas para cursos, aulas expositivas e outras atividades educacionais centradas na transmissão de conhecimentos;
- grande rotatividade dos médicos entre municípios e microrregiões;
- pouca valorização da educação permanente por parte de alguns gestores;
- carências físicas e materiais no contexto do trabalho e cultura institucional que frequentemente dificultam ou impedem a implantação das melhorias aprendidas nas atividades educacionais;
- pouca sensibilidade de grande parte dos professores das escolas médicas em relação à APS, não havendo interesse no engajamento nas atividades docentes do PEP.

Outra iniciativa educacional implementada pela SES para fazer com que as redes de atenção à saúde atendessem satisfatoriamente às necessidades da população foi o Canal Minas Saúde. Trata-se de um modelo educacional até então inédito, focado nos processos de trabalho e tendo como alvo as Equipes de Saúde da Família (ESF) estabelecidas nos municípios mineiros. Não obstante, é no aspecto pedagógico que se deu a maior inovação da proposta educacional: a montagem de um modelo de educação a distância que combinava a sincronização com a assistência aos alunos, utilizando um misto de mecanismos de comunicação: a televisão e a internet. Com a televisão e a exibição de aulas em tempo real, foi possível atingir a todos os educandos simultaneamente, independentemente de espaço e tempo, garantindo a uniformidade da comunicação e a eliminação de distorções decorrentes do modelo convencional presencial. O processo tornou-se também inclusivo, visto que proporcionava a todos a mesma oportunidade de acesso a um processo de aprendizagem. A utilização da internet conferiu maior grau de interatividade entre os educandos, e destes com a assistência, por meio de tutoria ativa, proporcionando oportunidades ainda maiores de aprendizado. A internet permitiu também um processo individual e participativo de avaliação das equipes, dos processos e das próprias ações do modelo de atenção à saúde. Como um repositório de experiências, favoreceu a socialização do saber, do fortalecimento das equipes e da consolidação do novo modelo de atenção à saúde.

4.1.4. Desempenho organizacional na SES-MG

A SES/MG vem utilizando a gestão de projetos para transformar e melhorar a realidade vigente, de forma alinhada com o governo de Minas Gerais, por meio da gestão das iniciativas estratégicas chamadas “Projetos Estruturadores”, com base no PMDI. Com o portfólio de projetos atual, apresentado na Figura 13, pretende implantar as Redes de Atenção à Saúde e, com isso, organizar os serviços de saúde de forma que eles possam atender melhor às necessidades da população. As ações da SES/MG enquadram-se, principalmente, na área de resultados “Vida Saudável”.

Figura 13 – Portfólio de Projetos da SES/MG em 2011



Fonte: Programação Anual de Saúde 2011 – SES/MG – disponível em www.saude.mg.gov.br. Acessado em 27/5/2011.

Para estabelecer os objetivos estratégicos a serem alcançados, foram observadas as condições de saúde da população de Minas Gerais. Os resultados finalísticos dessa área encontram-se listados e quantificados na Figura 14.

Figura 14 - Resultados finalísticos da área estratégica “vida saudável”.

	Situação Atual	2011	2023
Universalização do atendimento do PSF para a população SUS dependente (população do SUS dependente estimada em 75% do total)	62,03% (SIS-MG, 2006)	71% 70%	75%
Reduzir o APVP (Anos Potenciais de Vida Perdidos) por morte		A definir	
Reduzir a taxa de mortalidade infantil (por mil nascidos vivos)	16,1 (SINISIMAC/IBGE, 2005)	13,2 12,5	10 8
Reduzir internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial	33% (SIS-MG, 2005)	29% 27%	21% 16%
Ampliar o percentual de domicílios com acesso à rede coletora de esgoto	7,4% (SAGE/IBGE, 2006)	83% 81%	100% 98%

Fonte: PMDI 2007-2023.

Além desses resultados pactuados com o governo de Minas Gerais, a SES/MG pactua anualmente metas com o Ministério da Saúde, tendo, inclusive, sinergia com algum programa ou ação do Plano Plurianual de Ação Governamental – PPAG 2008-2011, conforme apresentado no Plano Estadual da Saúde (2008-2011) da SES/MG, disponível em www.saude.mg.gov.br.

A Tabela 3 mostra os resultados dos indicadores principais dos anos 2008, 2009 e 2010 do governo de Minas Gerais apresentados pela SES/MG ao Ministério da Saúde no “Pacto pela Vida”. Os indicadores (principais e complementares) de Atenção Básica pactuados por estado são agrupados em prioridades e possuem objetivos bem descritos, conforme apresentado nos anexos I, II e III.

ESCRITÓRIO DE PROJETOS

Os Projetos Estruturadores da SES-MG são geridos por servidores do estado que exercem a função de gestores de projetos (GP), ficando responsáveis por planejar, programar, acompanhar e avaliar o andamento de sua execução. Em sua maioria, não possuem formação específica em gestão de projetos. A instituição conta com recursos escassos e prazo determinado, pois se trata de uma organização complexa devido aos objetivos referentes à saúde, ao volume de processos, à estrutura organizacional e à organização de caráter técnico. A SES/MG possui um Escritório de Projetos cujo objetivo é apoiar o GP nos processos de gerenciamento e gerar o fluxo de informação tanto dentro da instituição quanto para os *stakeholders* externos, dentre eles o Escritório de Projetos da SEPLAG/MG, quem tem como objetivo apoiar as Secretarias e acompanhar a execução dos projetos.

O *Project Management Body of Knowledge* (PMBOK), que é um guia de conhecimento em gerenciamento de projetos que apresenta os conhecimentos necessários para se gerenciar projetos por área, define projetos como um esforço temporário empreendido para criar um produto, serviço ou resultado exclusivo. Um projeto possui um objetivo específico baseado nas necessidades dos clientes, o qual, quando alcançado, dá-se o projeto como finalizado. Um gerente de projetos deve utilizar-se de técnicas para aumentar a probabilidade de atingir o objetivo pretendido e de conhecimentos que são divididas em nove áreas e habilidades, estas exemplificadas como ser um bom comunicador, saber negociar dentre outros, a fim de alcançar o sucesso do projeto.

De acordo com o PMBOK (PMI, 2008), o gerenciamento de projetos é constituído de cinco processos que possuem um conjunto de ações que levam o projeto do início ao fim: iniciação, planejamento, execução, monitoramento e controle, e encerramento. São ligados pelos resultados produzidos, que geralmente se tornam a entrada de outro processo. Os processos de trabalho são organizados dentro das nove áreas de conhecimento: escopo, integração, cronograma, custos, qualidade, comunicações, aquisições, riscos e recursos humanos.

O estado de Minas Gerais adotou a metodologia baseada nas boas práticas de gerenciamento de projetos difundidas pelo Instituto de Gerenciamento de Projetos (PMI), por meio do PMBOK, customizado a suas necessidades de acompanhamento e implantado em todas as Secretarias de Estado. A SES/MG, como todas as secretarias, segue as orientações do GERAES – Gestão Estratégica dos Recursos e Ações do Estado, que é o escritório de gestão de projetos criado na SEPLAG para monitorar e controlar os Projetos Estruturadores. Por meio do Escritório de Projetos, pertencente à Assessoria de Gestão Estratégica e Inovação (AGEI) da SES/MG, os gestores dos Projetos Estruturadores são assessorados no planejamento, execução e controle para obter os resultados almejados. São também, funções do Escritório de Projetos: manter a alta administração do governo de Minas Gerais informada; padronizar os procedimentos de gerenciamento dos projetos; definir e utilizar as ferramentas computacionais de gerenciamento de projetos; e gerir o portfólio quanto à alocação, remanejamento e liberação de recursos.

Pôde se perceber que os profissionais possuem competência técnica em gerenciamento de projetos. Porém, para um efetivo gerenciamento de projetos é essencial que os profissionais estejam aptos tecnicamente e entendam os processos de gerenciamento de projetos, mas não devem trabalhar isoladamente. Há um esforço dos profissionais em criar uma linguagem que todos os envolvidos entendam, mas não há um alinhamento com a instituição nem com a metodologia em gerenciamento de projetos seguida pela SES/MG. Não seguir uma mesma metodologia pode implicar atrasos no projeto, mudanças de escopo durante a sua execução e, até mesmo, não alcance das metas conforme planejado, gerando insatisfação dos *stakeholders*. Apesar de identificar que a metodologia está ao alcance de todos os envolvidos nos Projetos Estruturadores, foi percebida certa resistência quanto a sua utilização. Durante entrevistas, foi percebido que a maioria dos gerentes de projetos enxerga o Escritório de Projetos como contendo profissionais que estão acompanhando apenas para repassar as informações, sejam elas positivas ou negativas, à alta administração, e não como aliados no acompanhamento e

controle dos projetos. Esse fato dificulta a implantação da metodologia e da proposta do Escritório de Projetos, apesar da intenção.

Um ponto a ser melhorado é a visão do real papel do Escritório de Projetos na instituição. Um escritório de projetos deve ser capaz de apoiar os executivos da organização na execução de suas estratégias – ou seja, acompanhar a execução, ajudar no planejamento e dar apoio metodológico; enfim, auxiliar o gerente de projetos no alcance dos resultados. Oferecer oficinas de capacitação em gerenciamento de projetos, incentivar uma carreira de empreendedor público entre os profissionais que já atuam nos projetos da SES/MG, oferecer possibilidade de participações nos congressos do PMI e incentivar a certificação em gerenciamento de projetos podem ser algumas formas de educar continuamente os profissionais ligados aos projetos, fazendo com que eles consigam trazer a metodologia para seu dia a dia.

De qualquer forma, há esse movimento de se implantar uma sistemática de acompanhamento de projetos pela SES-MG, além de se reforçar a cultura de gestão de projetos para a implementação de estratégias e pactuações com essa ferramenta de gestão de inovações aderentes à estratégia organizacional. O desafio na SES-MG ainda é instituir uma metodologia baseada em boas práticas e difundi-la internamente, para aumentar os resultados obtidos na implementação de seus projetos.

• ***PACTUAÇÃO DE RESULTADOS NO SUS e NO PPAG***

Desde 2003, como fruto das discussões derivadas do Seminário para Construção de Consensos e da *Carta de Sergipe*, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) solicitou ao Ministério da Saúde a revisão do processo normativo do SUS, a fim de se contemplar a ampla diversidade e diferenças do País, integrando ações de promoção à saúde, Atenção Primária, assistência de média e alta complexidade, epidemiologia e controle de doenças, vigilância sanitária e ambiental e fortalecimento do controle social. O processo iniciou-se em agosto de 2004, em uma oficina denominada “Agenda do Pacto de Gestão”, para dar início ao processo de revisão das normas do SUS e estabelecer as diretrizes, conteúdos e metodologia de trabalho para a elaboração de propostas para pactuação de questões fundamentais para o processo de gestão do SUS.

Os primeiros resultados obtidos constam da Portaria GM/MS 399, publicada em 22 de fevereiro de 2006, com a definição das diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde, na qual foram definidas três dimensões: Pacto em Defesa do SUS; Pacto pela Vida; e Pacto de Gestão. O Pacto pela Vida é constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos e metas, derivados da análise da situação de saúde da população e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais, como uma ação prioritária no campo da saúde que deverá ser executada com foco em resultados. O Pacto pela Vida 2006 definiu seis prioridades: saúde do idoso; controle do câncer de colo de útero e de mama; redução da mortalidade infantil e materna; fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; promoção da saúde; e fortalecimento da atenção básica.

O Pacto de Gestão estabelece as responsabilidades solidárias dos gestores, a fim de diminuir as competências concorrentes, contribuindo para o fortalecimento da gestão compartilhada do SUS. Em 2008, foi publicada a Portaria/GM 325, estabelecendo prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação. Foram acrescentadas cinco prioridades às seis já definidas em 2006: atenção à saúde do idoso; controle do câncer de colo de útero e de mama; redução da mortalidade infantil e materna; fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite e AIDS; promoção da saúde; fortalecimento da atenção básica; saúde do trabalhador; saúde mental; fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência; atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência; e saúde do homem. Os Anexos I a III apresentam os resultados de Minas Gerais do Pacto pela Saúde de 2008 a 2010.

Com base nas metas estabelecidas entre os anos, pode-se perceber que não há intenção de melhoria significativa de performance entre um ano e outro. Além disso, pode-se perceber que não há uma performance regular de alcance das metas dentro de cada ano avaliado. As Tabelas 1 e 2 apresentam um resumo dos indicadores apresentados nos Anexos I a III, tanto na meta pactuada quanto no resultado obtido. Em 2008, 59% das metas pactuadas não foram alcançadas e 41% foram alcançadas ou superadas. Em 2009, 62% das metas pactuadas não foram alcançadas. Houve, então, entre 2009 e 2008 um aumento de três pontos percentuais em não alcance de metas pactuadas com o Ministério da Saúde, o que representa uma meta a mais não alcançada. Em 2010, apenas 53% dos resultados foram apresentados no relatório emitido

contendo resultados parciais. Com esses dados disponíveis, a performance neste ano com estes resultados representavam alcance apenas de 17% das metas pactuadas.

Há, também, os indicadores da SES-MG monitorados pelo governo de Minas Gerais, por intermédio da Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão – Subsecretaria de Planejamento, Orçamento e Qualidade do Gasto. Esses indicadores fazem parte do Relatório de Monitoramento do Plano Plurianual de Ação Governamental 2008-2011. Um recorte dos indicadores do PPAG da SES-MG no contexto de recursos humanos é apresentado na Tabela 3, com destaque para esta pesquisa. Pode-se perceber que ocorreu aumento na ordem de grandeza de 10% na folha de pessoal por ano, mas que houve queda significativa nos investimentos em treinamento, capacitação, desenvolvimento e educação no contexto da SES-MG.

Tabela 1 – Indicadores principais do “Pacto pela Vida” do Ministério da Saúde pelo governo de Minas Gerais – SES/MG (2008 a 2010) – Primeira parte

Prioridade	Indicador	Unidade	Meta 2008	Resultado 2008	Meta 2009	Resultado 2009	Meta 2010	Resultado 2010
ATENCAO A SAUDE DO IDOSO	TAXA DE INTERNACAO HOSPITALAR DE PESSOAS IDOSAS POR FRATURA DE FEMUR	/10.000	23,93	22,80	23,93	24,21	24,90	20,41
CONTROLE DO CANCER DE COLO DE UTERO E DE MAMA	RAZA DE EXAMES CITOPATOLOGICO CERVICO-VAGINAIS NA FAIXA ETARIA DE 25 A 59 ANOS EM RELACAO A POPULACAO-ALVO, EM DETERMINADO LOCAL, POR ANO PERCENTUAL DE TRATAMENTO/SEGUIMENTO NO NIVEL AMBULATORIAL DAS LESOES PRECURSORAS DO CANCER DE COLO DO UTERO (LESOES DE ALTO GRAU - NIC II E NIC III)	razao	0,30	0,21	0,30	0,20	0,22	0,11
REDUCAO DA MORTALIDADE INFANTIL E MATERNA	PROPORCAO DE INVESTIGACAO DE OBITOS INFANTIS	%	27,60	11,51	27,60	24,64	42,00	...
	PROPORCAO DE OBITOS DE MULHERES EM IDADE FERTIL INVESTIGADOS	%	75,00	32,87	75,00	49,51
	COEFICIENTE DE MORTALIDADE POS-NEONATAL	%	6,00	6,80	6,00	3,83	3,97	...
	COEFICIENTE DE MORTALIDADE NEONATAL	%	4,00	2,50	4,00	4,00	9,07	...
FORTALEC. CAP. DE RESPOSTAS AS DOENCAS EMERGENTES E ENDEMIAS: DENGUE, HANSENIASE, TUBERC., MALARIA, INFLUENZA, HEPATITE, AIDS.	TAXA DE LETALIDADE POR FEBRE HEMORRAGICA DE DENGUE	%	15,40	11,00	15,40	3,43	3,50	7,57
	PROPORCAO DE CURA DE CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE PULMONAR BACILIFERA	%	67,40	68,66	67,40	74,18	74,00	8,4
	PROPORCAO DE CURA DOS CASOS NOVOS DE HANSENIASE DIAGNOSTICADOS NOS ANOS DAS COORTES	%	89,70	84,60	89,70	89,29	89,00	80,8
	PROPORCAO DE AMOSTRAS CLINICAS COLETADAS DO VIRUS INFLUENZA EM RELACAO AO PRECONIZADO	%	60,00	39,42	60,00	38,85	50,00	13,2
	PROPORCAO DE CASOS DE HEPATITES B E C CONFIRMADOS POR SOROLOGIA	%	75,00	78,88	75,00	80,99	85,00	81,24
SAUDE MENTAL	TAXA DE INCIDENCIA DE AIDS EM MENORES DE 5 ANOS DE IDADE	/100.000	1,90	1,00	1,90	0,25	1,90	0,13
ATENCAO INTEGRAL EM RISCO DE VIOLENCIA	TAXA DE COBERTURA CAPS POR 100 MIL HABITANTES	/100.000	0,55	0,51	0,55	0,57	0,65	0,64
SAUDE DO HOMEM	PROPORCAO DE MUNICIPIOS PRIORITARIOS DO ESTADO COM NOTIFICACAO DE VIOLENCIA DOMESTICA, SEXUAL E/OUTRAS VIOLENCIAS, IMPLANTADAS.	%	50,00	0,00	50,00	50,00	70,00	91,67
PROMOCAO DA SAUDE	POLITICA DA SAUDE DO HOMEM ELABORADA E PUBLICADA	%	100,00	0,00	100,00	0,00	-	-
	PREVALENCIA DE SEDENTARISMO EM ADULTOS.	%	27,50	27,60	27,50	16,90	15,20	...
	PREVALENCIA DE TABAGISMO.	%	15,50	15,60	15,50	15,40	15,60	...

Fonte: Elaborado a partir de relatórios gerados no SISPACTO – Aplicativo Pacto pela Saúde, emitido em 12/Set/2011 em www.saude.gov.br.

Tabela 2 – Indicadores principais do “Pacto pela Vida” do Ministério da Saúde pelo governo de Minas Gerais – SES/MG (2008 a 2010) – Segunda parte

Prioridade	Indicador	Unidade	Meta 2008	Resultado 2008	Meta 2009	Resultado 2009	Meta 2010	Resultado 2010
FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA	PROPORÇÃO DA POPULAÇÃO CADASTRADA PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	%	60,00	56,59	60,00	57,66	60,00	59,4
	COBERTURA DE PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA	%	13,00	13,00	13,00	11,84	-	-
	TAXA DE INTERNAÇÕES POR ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL	/10.000	40,00	22,80	40,00	29,14	7,70	6,47
	TAXA DE INTERNAÇÃO POR DIABETES MELLITUS E SUAS COMPLICAÇÕES NA POPULAÇÃO DE 30 ANOS E MAIS	/10.000	14,20	13,66	14,20	12,21	6,90	6,12
	MÉDIA ANUAL DE CONSULTAS MÉDICAS POR HABITANTE NAS ESPECIALIDADES BÁSICAS	quantidade	1,50	1,82	1,50	1,78	-	-
	PROPORÇÃO DE NASCIDOS VIVOS DE MÃES COM 7 OU MAIS CONSULTAS DE PRE-NATAL	%	59,00	63,50	59,00	64,91	66,00	...
	PERCENTUAL DE CRIANÇAS MENORES DE CINCO ANOS COM BAIXO PESO PARA IDADE	%	5,80	5,10	5,80	4,23	4,00	4,32
	COBERTURA VACINAL POR TETRAVALENTE EM MENORES DE UM ANO DE IDADE	/1.000	253	257	253	266	95,00	89,48
	PROPORÇÃO DE ÓBITOS NÃO FETAIS INFORMADOS AO SIM COM CAUSAS BÁSICAS DEFINIDAS	%	90,00	89,06	90,00	89,18	90,00	...
	TAXA DE NOTIFICAÇÃO DE CASOS DE PARALISIA FLACIDA AGUDA - PFA EM MENORES DE 15 ANOS	/100.000	56,00	62,00	56,00	1,17	-	-
PACTO DE GESTÃO	PROPORÇÃO DE DOENÇAS EXANTEMÁTICAS INVESTIGADAS OPORTUNAMENTE	%	80,00	94,80	80,00	95,29	-	-
	PROPORÇÃO DE CASOS DE DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSORIA (DNC) ENCERRADOS OPORTUNAMENTE APÓS NOTIFICAÇÃO	%	80,00	80,00	80,00	83,13	80,00	74,88
	PROPORÇÃO DA RECEITA PRÓPRIA APLICADA EM SAÚDE CONFORME PREVISTO NA REGULAMENTAÇÃO DA EC 29/2000	%	12,00	13,00	12,00	15,44	-	-
	ÍNDICE DE ALIMENTAÇÃO REGULAR DAS BASES DE DADOS NACIONAIS OBRIGATORIAS SIA-SUS, SIH-SUS, CINES, SIAB	%	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	67,88
	ÍNDICE DE CONTRATUALIZAÇÃO DE UNIDADES CONVENIADAS AO SUS, NOS ESTADOS E MUNICÍPIOS	%	60,00	43,00	60,00	58,90	-	-
	PROPORÇÃO DE ESTADOS E MUNICÍPIOS COM RELATÓRIOS DE GESTÃO APROVADOS NO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE E CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE	%	100,00	56,00	100,00	75,00	-	-

Fonte: Elaborado a partir de relatórios gerados no SISPACTO – Aplicativo Pacto pela Saúde, emitido em 12/Set/2011 em www.saude.gov.br.

Tabela 3 – Recorte de indicadores do PPAG – SES/MG – 2008 a 2010

SAÚDE – SES	2008		2009		2010	
	Programado	Executado	Programado	Executado	Programado	Executado
Executado pela Unidade Orçamentária	216.867.322,00	235.500.788,11	248.034.875,00	248.620.459,92	275.446.188,00	279.167.056,65
REMUNERAÇÃO DE PESSOAL						
ATIVO E ENCARGOS SOCIAIS	164.763.774,00	182.145.417,87	190.409.875,00	200.131.707,87	204.531.188,00	223.640.883,47
DESENVOLVIMENTO E						
CAPACITAÇÃO DO SERVIDOR (\$)	140.911,00	266.531,84	50.000,00	36.489,35	53.360,00	20.291,26
DESENVOLVIMENTO DE						
EDUCAÇÃO NA SAÚDE - ESP/MG	8.363.600,00	10.720.118,60	22.500.000,00	7.730.871,01	9.600.000,00	3.424.053,43
DESENVOLVIMENTO DE RH -						
GESTÃO DO SUS	7.050.000,00	6.628.679,38	15.000.000,00	7.400.593,34	10.000,00	402.116,84
DESENVOLVIMENTO DE TI -						
GESTÃO DO SUS	7.000.000,00	26.118.309,56	23.387.740,00	27.325.375,15	17.395.687,00	23.987.316,39

Fonte: Baseado em - RELATÓRIO INSTITUCIONAL DE MONITORAMENTO – JAN. A DEZ. DE 2010 – PLANO PLURIANUAL DE AÇÃO GOVERNAMENTAL 2008-2011. GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS – Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão – Subsecretaria de Planejamento, Orçamento e Qualidade do Gasto – BELO HORIZONTE – MG/ 2011. Disponível em www.seplag.mg.gov.br. Acessado em 12/Set/2011.

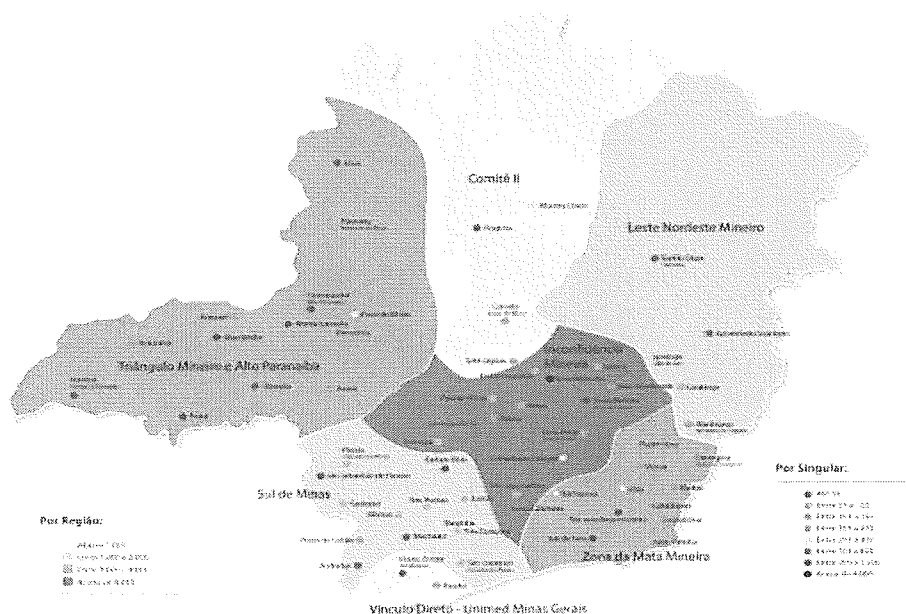
A maior parte das metas pactuadas no PPAG pela SES-MG foi alcançada ou superada. Porém, em relação às pactuadas com Ministério da Saúde, isso não ocorreu, o que mostra que o sistema de planejamento e pactuação interno ao governo de Minas não possui os mesmos critérios de pactuação/negociação que o Ministério da Saúde. Há, também, hipóteses que não puderam ser explicitadas nas entrevistas realizadas sobre esse fato, por exemplo: desalinhamento do Ministério da Saúde com a realidade dos estados brasileiros, desalinhamento político entre as esferas da união e do estado e flexibilização de pactuação do governo do estado com as secretarias. Entretanto, não se pode afirmar que nenhuma dessas questões ocorreu, sendo apenas hipóteses construídas com base na análise do contexto.

4.2.Caso 2 - Cooperativa de Trabalho Médico – Unimed Minas Gerais e Unimed Belo Horizonte

4.2.1. Contextualizando a Unimed em Minas Gerais e em Belo Horizonte

A Unimed em Minas Gerais (Figura 5) possui 5 Intrafederativas e 1 Comitê II, 62 Unimed singulares, 14.304 médicos cooperados e 1.927.408 clientes. Cobre 645 municípios.

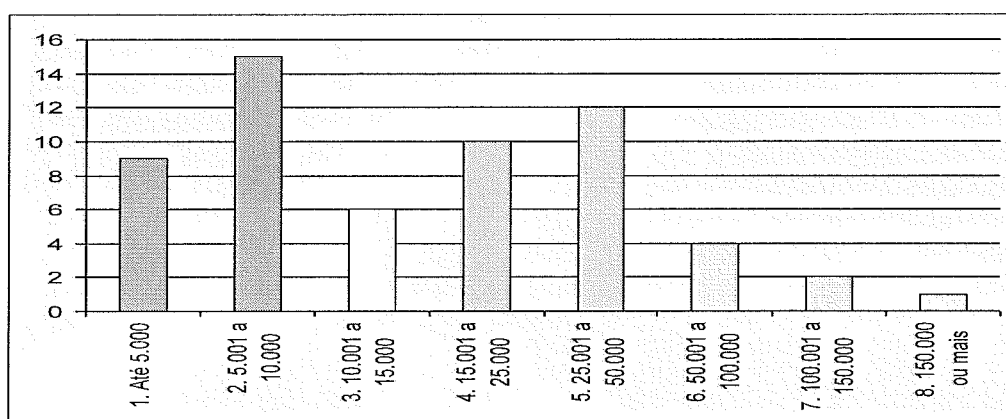
Figura 15 - A Unimed em Minas Gerais



Fonte: Chaves, 2009.

Há Unimeds de diversos portes, conforme apresentado no Gráfico 2, sendo que a única que possui mais de 150.000 clientes é a Unimed Belo Horizonte, a qual apresenta o melhor modelo de gestão (representado em seus resultados). Essa singular foi escolhida para ser base para esta pesquisa.

Gráfico 2 - Distribuição de Unimeds em Minas Gerais por porte



Fonte: Chaves, 2009.

O maior sistema cooperativo de trabalho médico do mundo é uma iniciativa brasileira que mudou o perfil da medicina suplementar no país: a Unimed. Criada como alternativa para as medicinas de grupo baseadas no capital, a primeira cooperativa surgiu em 1967, em Santos, São Paulo. Além da preservação do caráter liberal da profissão médica, as cooperativas se diferenciam por não visar lucro e atuar com vistas ao resgate da ética e do papel social da Medicina.

Em meados da década de 60, os institutos previdenciários foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), prometendo a democratização da saúde. Contudo, as más condições de atendimento oferecidas pelo sistema público de saúde abriram espaço para a crescente atuação das empresas de medicina de grupo, que acabaram desencadeando um processo de mercantilização do setor da saúde no Brasil. Contrários a essa tendência, um grupo de médicos liderados por Edmundo Castilho, então, presidente do sindicato médico da cidade de Santos, funda a União dos Médicos - Unimed, com base nos princípios do cooperativismo. Surge assim, a primeira cooperativa médica do Brasil, administrada nos moldes de uma empresa, mas sem fins lucrativos.

Médicos de várias cidades paulistas visitam a cidade de Santos, interessados na experiência pioneira da Unimed. Alguns meses mais tarde, mais de 30 Unimeds seriam fundadas no estado de São Paulo. Novas cooperativas médicas são fundadas em diversas cidades do Brasil. Surgem as Federações, com o objetivo de padronizar os procedimentos operacionais e estimular a troca de experiências entre as Unimeds de um mesmo Estado. É criada a Unimed do Brasil, Confederação Nacional das Cooperativas Médicas, que congrega as Unimeds de todo o país. Uma década após a fundação da primeira cooperativa médica, já existiam 60 Unimeds em todo o Brasil. A Unimed entra em uma fase de consolidação e crescimento acelerado. Aproximadamente 100 novas cooperativas são fundadas e a Unimed desenvolve uma estrutura operacional complexa em todo o território nacional

(Documentação interna da Unimed-BH, 2003).

Em 1971, Unimed-BH constituía-se na primeira experiência de cooperativismo de trabalho médico em Minas Gerais, em meio a um movimento nacional das entidades da categoria, alarmadas com as rápidas mudanças no mercado de trabalho. Consolidava-se na época um modelo de intermediação do trabalho médico por grupos privados, tendo como principais referências os ambulatórios e o assalariamento dos profissionais. O propósito das cooperativas era suprimir essa intermediação, permitindo a organização dos médicos para firmar contratos de prestação de serviços e atender diretamente os clientes. Sem finalidade lucrativa e de propriedade coletiva, seu principal objeto era a defesa econômica e social dos médicos cooperados, ao gerar oportunidades de trabalho e renda para seus associados.

A partir de 1998, com a edição da Lei dos Planos de Saúde, a regulamentação da saúde suplementar alterou profundamente o mercado. Uma combinação de fatores – alta dos custos da assistência médica, envelhecimento populacional, aumento da utilização dos serviços de saúde e rapidez das inovações tecnológicas – trouxe novas pressões para as operadoras. A Unimed-BH iniciou, então, um ciclo de profissionalização e modernização da sua gestão – planejamento estratégico e investimentos na formação e qualificação da equipe, na organização dos processos, em tecnologia da informação e no desenvolvimento de novos produtos –, de modo a adequar-se à nova realidade do mercado. Essas ações consolidaram a liderança da Cooperativa e a transformaram em referência de gestão e de qualidade na saúde.

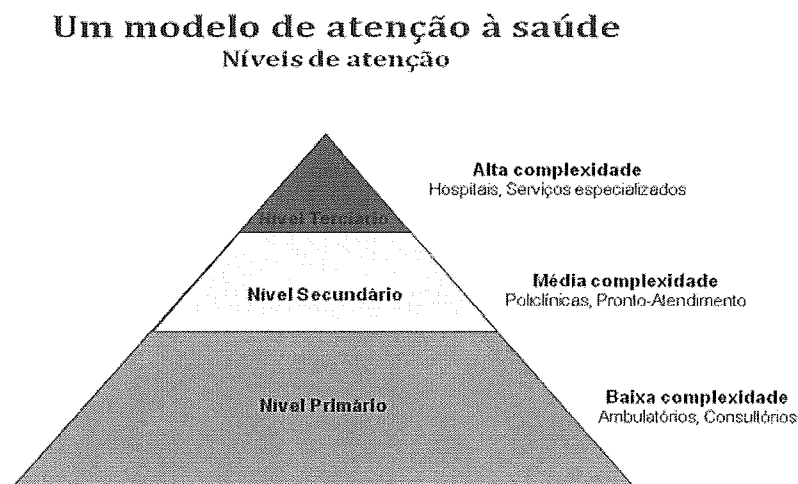
Em resumo, aos trinta anos de existência, a Unimed BH tornou-se a maior cooperativa do sistema Unimed, medido pelo *ranking* da Agência Nacional de Saúde Suplementar em 2002. A Unimed, como instituição, é uma cooperativa de trabalho médico, detentora de um plano de

saúde, que atende sua carteira de clientes, contratando prestadores de serviços de saúde, tais como hospitais, clínicas e laboratórios. Como tal, é a administradora das demandas de saúde dos seus clientes, visto que o principal agente de saúde, o médico, é o próprio dono da cooperativa. Sua estrutura de produção é baseada na gestão das ofertas e demandas destes agentes.

4.2.2. Inovação na Unimed Belo Horizonte

Em 2006 e 2007, o planejamento estratégico construído na Unimed-BH para 2015 foi pautado na inovação no modelo de atenção à saúde, contendo projetos que convergem para este objetivo. A Figura 16 destaca um modelo genérico de atenção à saúde, em que se mostra que existem vários tipos de atenção à saúde. É importante destacar que há integração em todos os níveis e mobilidade dos clientes entre os diversos níveis. Se o nível primário não for resolutivo, os níveis acima ficarão sobrecarregados. Por exemplo, um cliente com hipertensão poderá ter boa qualidade de vida se contar com um atendimento no nível primário (consultas regulares, acompanhamento adequado, informações sobre medicamentos). Se esta atenção básica não for efetiva, ele irá necessitar de atendimento de urgência com frequência e de internações, podendo ter diversos problemas, como a necessidade de hemodiálise e até de um transplante renal. Ou, então, ele poderá ter a sua doença agravada, gerando problemas em órgãos como olhos e rins, e fazendo maior uso de atendimentos de urgência, internações e cirurgias.

Figura 16 - Modelo de Atenção à Saúde na Unimed BH



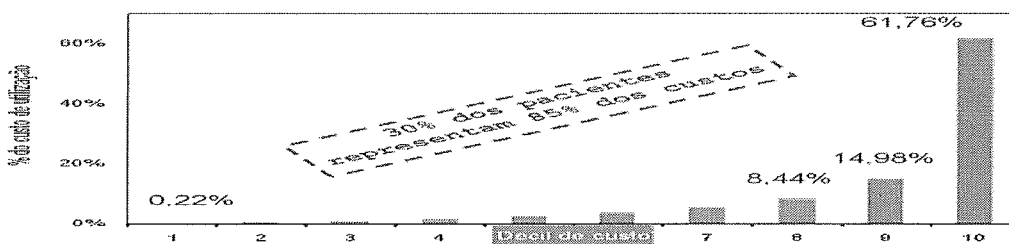
Fonte: Documentação interna da empresa gerada em 2007.

Sabe-se que os custos em saúde têm aumentado no contexto mundial. Porém, não há correlação entre o aumento do custo da saúde e a melhoria da expectativa de vida. Há motivos para o aumento dos custos de saúdes, e eles são interligados, como: transição demográfica, transição epidemiológica, incorporação tecnológica e deficiências de informações para a gestão. A aquisição de novos equipamentos caros (incorporação tecnológica), sem valor agregado à saúde do cliente é um exemplo disto. Todavia, é possível melhorar as condições de saúde da população com investimentos em outros tipos, tais como a prevenção de doenças ou a promoção da saúde. Mudanças nas características da população e na forma de se fazer atenção à saúde são determinantes para os gastos em saúde e para os resultados que serão obtidos.

Sobre a transição demográfica, cada vez há menos crianças e pessoas jovens e mais pessoas idosas. Este é um fenômeno mundial. As famílias têm menos filhos e as condições de saúde têm melhorado de forma que a expectativa de vida tem aumentado. De forma geral, os custos da atenção à saúde nos doentes idosos são bem maiores que os custos em doentes mais jovens (há exceções, como recém-nascidos em CTI). O problema em questão não é ter cada vez mais idosos, e sim cada vez mais idosos doentes. Nesse contexto, há a escalada das doenças crônicas sob o ponto de vista da transição epidemiológica. Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (2005), as mortes causadas por doenças infecciosas, condições maternas e perinatais e deficiências nutricionais combinadas devem diminuir em 3% nos próximos dez anos. Há algumas décadas, as pessoas morriam principalmente de doenças infecciosas e agudas. Como houve o desenvolvimento das técnicas na saúde e mais saneamento básico, muitas doenças infecciosas vêm causando menos mortes. Esse desenvolvimento das técnicas na saúde faz também com que as pessoas doentes possam viver mais tempo com as suas doenças – há cada vez mais pessoas com doenças crônicas. Estima-se que no mesmo período os óbitos devidos às doenças crônicas devem aumentar em 17%. De todas as mortes no mundo, 60% são devidas a doenças crônicas. Os fatores de riscos das doenças crônicas são generalizados, porém, de riscos comuns e modificáveis, como dieta insalubre, inatividade física e consumo de tabaco. Essa modificação depende de assimilação de conhecimento e de mudança de hábito por parte das pessoas, o que pode ser complexo. A cada ano, pelo menos 4,9 milhões de pessoas morrem em decorrência do consumo de tabaco, 2,6 milhões de pessoas morrem como consequência de estarem acima do peso ou serem obesas, 4,4 milhões morrem em decorrência de níveis totais de colesterol elevados e 7,1 milhões de pessoas morrem por causa de pressão sanguínea elevada (OMS, 2005).

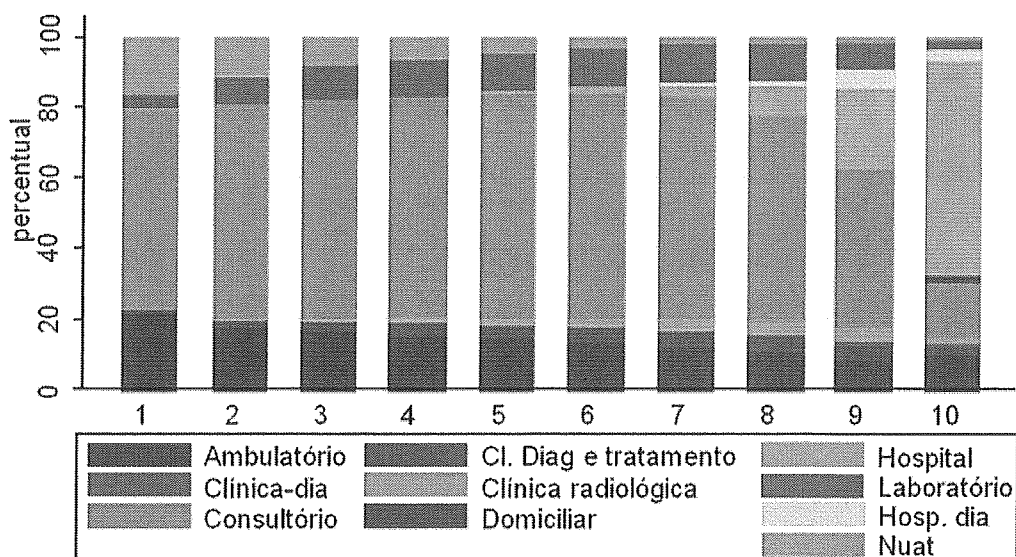
A concentração do risco na Unimed-BH é apresentada no Gráfico 3. No eixo horizontal, foram colocados os custos, em ordem crescente. Cada faixa representa 10% da carteira de clientes. Ao se analisar a distribuição do custo de utilização entre nossos clientes, constata-se que apenas 10% deles concentram 62% dos custos e 25% correspondem a 75% dos custos totais. Para reduzir os custos assistenciais da Unimed-BH, qualquer ação que seja feita nestes clientes com alto custo é mais efetiva que qualquer medida nas outras faixas de custo.

Gráfico 3 - Distribuição do custo de utilização da Unimed-BH (fev/2002 a jul/2004)



Fonte: Dados gerados nos sistemas internos da Unimed-BH em 2006.

Gráfico 4 - Distribuição do custo de utilização dos clientes da Unimed-BH (fevereiro/2002 a julho/2004) – por tipo de gasto



Fonte: Dados gerados nos sistemas internos da Unimed-BH em 2006.

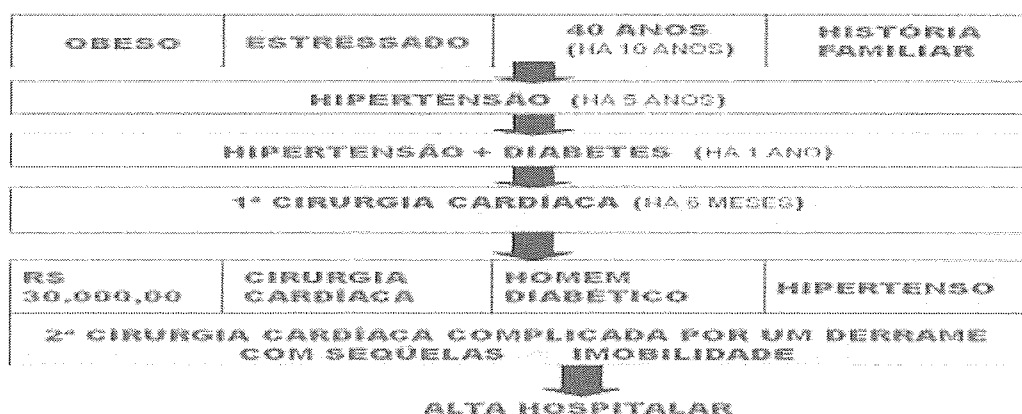
A maior parcela dos custos na faixa de maior gasto deve-se às internações, conforme pode ser verificado no Gráfico 4. As medidas capazes de reduzir o número de internações poderiam reduzir significativamente o custo assistencial global da Unimed-BH. As políticas de prevenção de doenças e de promoção da saúde são efetivas na redução de internações, nos

atendimentos de urgência e no uso de tecnologias de alto custo. Nesse contexto, um novo modelo de negócio torna-se necessário.

O planejamento estratégico construído pela Unimed-BH em 2006/2007, com horizonte temporal de 2015, estabeleceu seu negócio como Soluções em Saúde, que se traduz na organização de relacionamentos e competências para oferecer aos clientes ações integradas de assistência, prevenção de doenças e promoção da saúde, gerando satisfação e resultados para pessoas e empresas. Após ter alcançado os objetivos de se tornar referência como modelo de gestão no mercado nacional de saúde, a Unimed-BH busca construir um modelo integrado e sustentável de atenção à saúde. A missão da empresa foi colocada como “Prover soluções em saúde, valorizar o trabalho médico e assegurar a satisfação dos clientes”. A visão estratégica foi: “Ser referência como sistema sustentável de soluções em saúde até o ano de 2015”.

O programa principal para ser conduzido na implementação do planejamento estratégico é a Gestão de Risco em Saúde. Um exemplo da lógica deste programa será descrito com base no diagrama apresentado na Figura 17, o qual mostra uma situação que, infelizmente, é comum no último bloco (de cima para baixo): uma pessoa ser internada para ser operada de um problema grave, trazendo consigo vários fatores de risco. Os custos financeiros e sociais da internação são altos.

Figura 17 – Exemplo de Gestão de risco em saúde



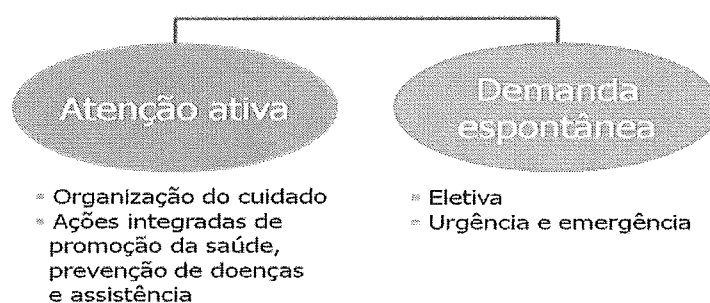
Fonte: Documentação interna da empresa gerada em 2007.

Quanto mais precoce for a intervenção no cuidado da saúde do paciente, maiores serão os benefícios para a sua qualidade de vida e haverá redução dos custos assistenciais. Em

qualquer etapa em que se iniciar a intervenção haverá benefícios. Por exemplo, se este paciente fosse acompanhado quando estava no terceiro bloco, suas doenças poderiam ter sido estabilizadas, e ele poderia não ter sido submetido a uma cirurgia cardíaca. Na última fase, o monitoramento pode fazer com que o paciente mesmo com sequelas tenha a melhor qualidade de vida possível e não desenvolva outras doenças associadas (comorbidades). Esse modelo foi baseado na proposta de Leavell & Clark (1965), apresentado na Figura 19.

A estratégia de abordagem para a mudança do modelo foi o incentivo e a gestão aplicada para transformar demandas espontâneas em atenção ativa, conforme Figura 18.

Figura 18 - Estratégia para a mudança do modelo na Unimed-BH



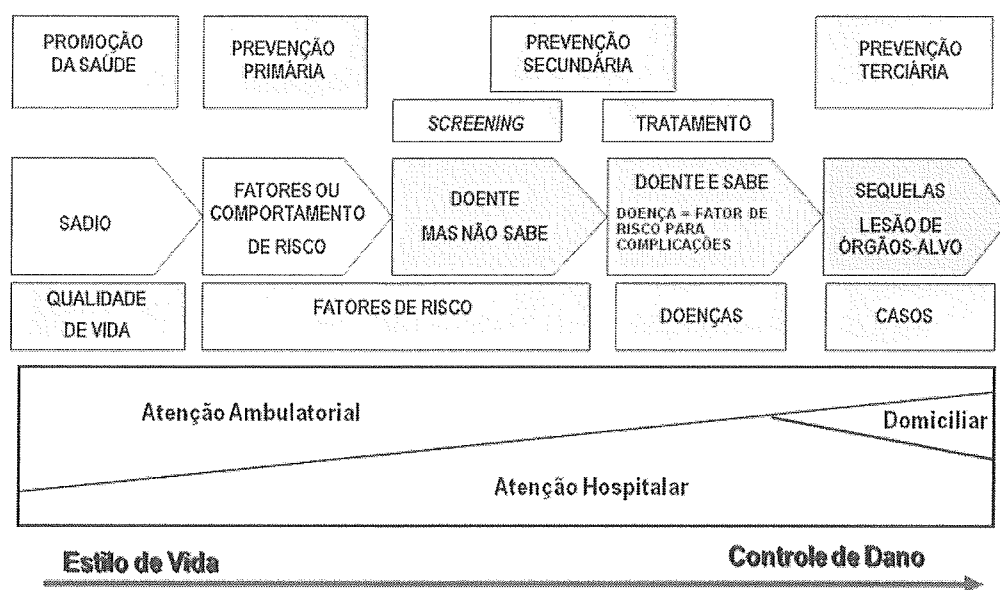
Fonte: Documentação interna da empresa gerada em 2007.

A maior parte do sistema de saúde, tanto público quanto privado, baseia-se na demanda espontânea. Quando a pessoa fica doente, procura a assistência que julga mais pertinente ou é levada a ela nos casos de urgência e emergência. Na atenção ativa, o conceito é que a saúde da pessoa seja gerenciada por ela própria e pelo sistema de saúde em todos os estágios de sua vida, qualquer que seja o seu estado de saúde atual. A intenção da Unimed-BH é que a Atenção Ativa prevaleça sobre a Demanda Espontânea. A demanda espontânea sempre vai existir, mas não deveria ser a forma predominante de atenção à saúde. Esse modelo parte do princípio de estratificação pela condição de saúde, como apresentado na Figura 20.

As ações para a inovação do modelo são determinadas pela sua condição de saúde. Para cada grupo de pessoas com determinadas condições há um conjunto de ações para se realizar a atenção ativa. As setas dentro da pirâmide da Figura 20 indicam que há mobilidade entre os diversos estratos. A descida significa uma melhora na condição de saúde e a subida, uma piora. A assistência à saúde deve ser adaptada a esta mobilidade. O cuidado deve estar sempre

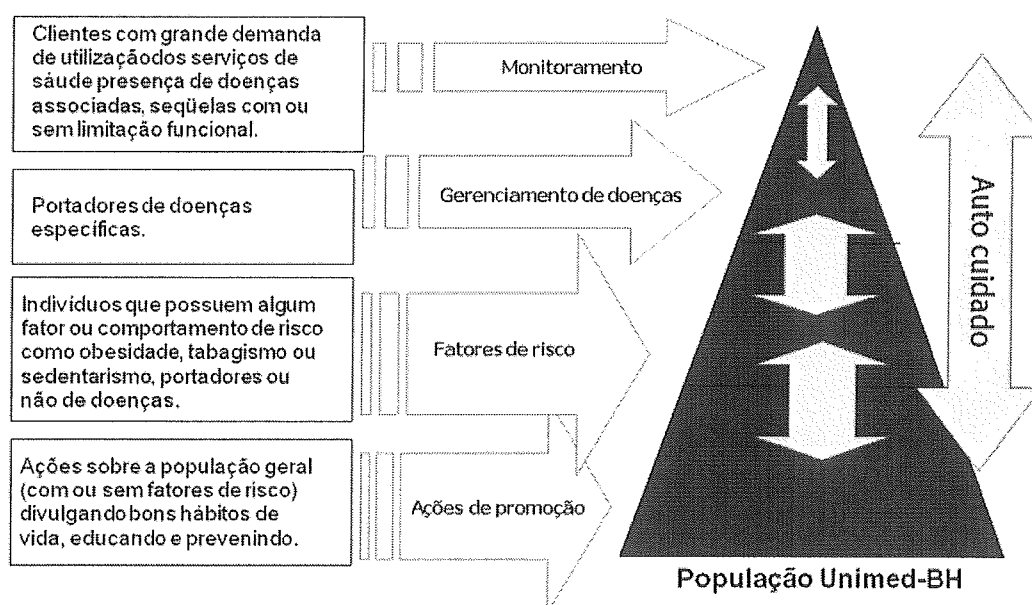
presente, independente da condição de saúde das pessoas. Esse diagrama é baseado no modelo apresentado por Leavell & Clark (1965), representado na Figura 19, sobre intervenção e curso da doença.

Figura 19 - Intervenção e curso da doença



Fonte: Documentação interna da empresa gerada em 2007, baseada em Leavell & Clark (1965).

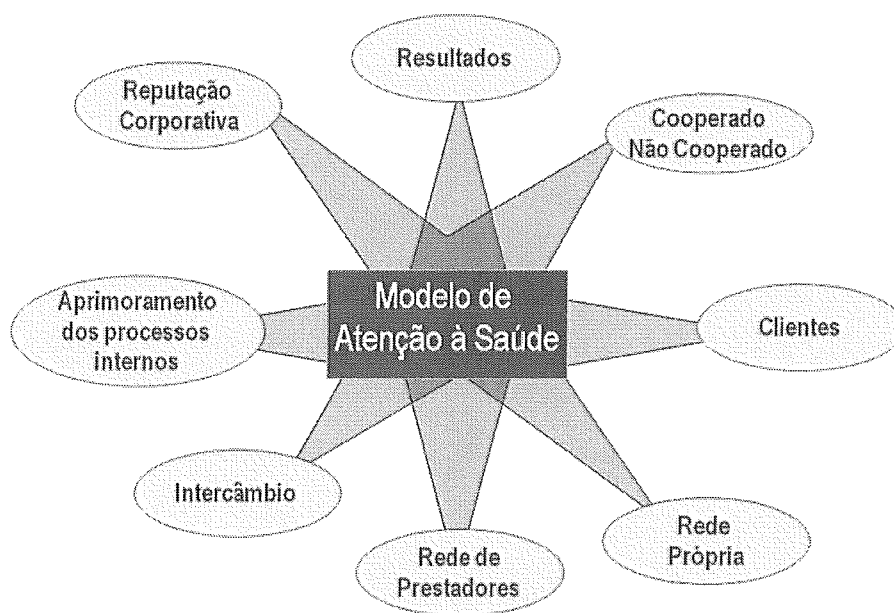
Figura 20 - Estratificando pela condição de saúde



Fonte: Documentação interna da empresa gerada em 2007.

O modelo de Atenção à Saúde proposto no Planejamento Estratégico da Unimed-BH possui nove eixos de discussão, tendo como eixo central a inovação do modelo, conforme apresentado na Figura 21. A discussão sobre o aumento dos custos na saúde era feita há vários anos na Unimed-BH. Em 2005, aconteceu um ciclo de debates e oficinas de trabalho para se idealizar o modelo de negócio da Unimed para o ano de 2015. A Diretoria trouxe um documento de campanha denominado “Crescimento e Participação”, no qual destaca a importância da inovação do modelo de atenção para que se obtenham resultados para os cooperados de forma sustentável no longo prazo. O conjunto dessas discussões foi sintetizado nas diretrizes estratégicas de longo prazo, que são os eixos de discussão do Planejamento Estratégico apresentados na Figura 21, os quais possuem metas para viabilizar o alcance do Planejamento Estratégico de longo prazo 2007-2015.

Figura 21 - Planejamento Estratégico da Unimed-BH e a implantação do novo modelo



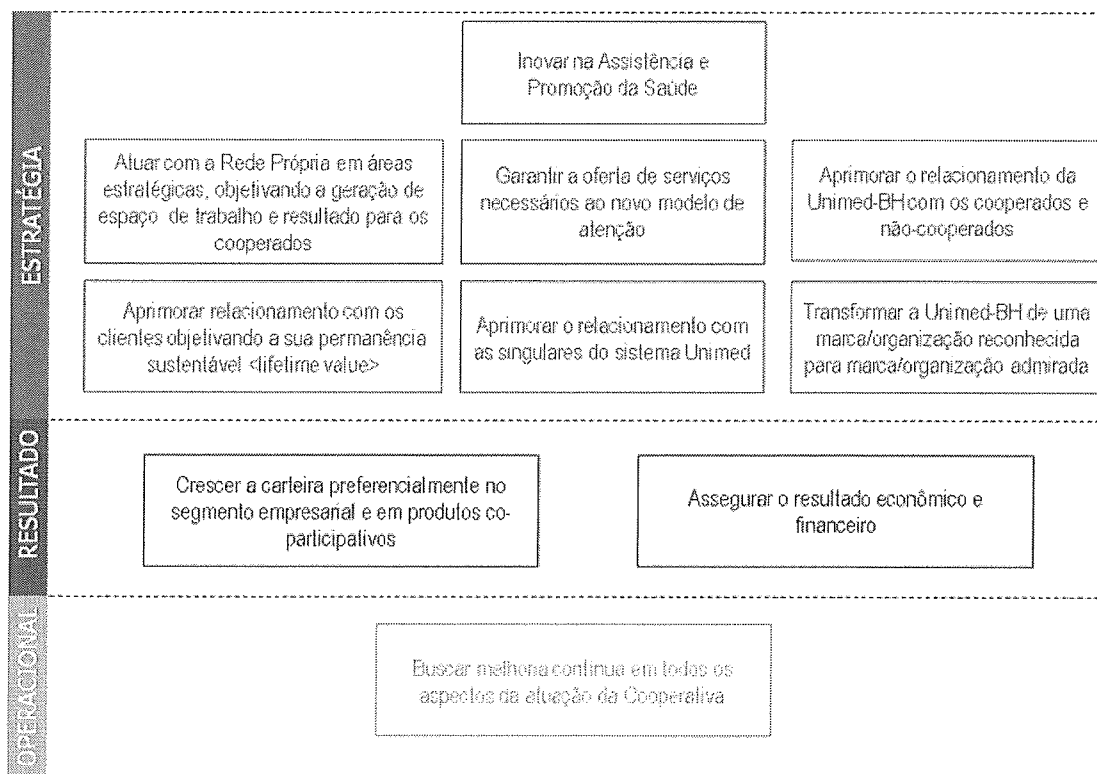
Fonte: Documentação interna da empresa gerada em 2007.

Há três tipos de objetivos estratégicos no Plano 2007-2015 da Unimed-BH, conforme apresentado na Figura 22:

- a) Operacionais, com ênfase em fornecer o suporte necessário ao bom funcionamento da Cooperativa dentro do novo modelo. Encontram-se aqui vários projetos e planos de ação com foco estrutural e de melhoria contínua, levando-se em conta as necessidades de pessoas, processos e tecnologia.

- b) O resultado, que contemplam as ações para o aumento e a fidelização da carteira de clientes, assim como a obtenção de resultados econômico-financeiros que deem suporte à implementação do modelo e tragam retorno ao cooperado.
- c) Estratégicos, onde se destacam os projetos e os planos de ação que geram as mudanças necessárias para o novo modelo. Nota-se que este conjunto de objetivos tem perfeita sintonia com a declaração de propósitos da cooperativa, que está cada vez mais desenvolvendo e entregando soluções em saúde. A Figura 23 mostra com maior detalhe o objetivo “Inovar na Assistência e Promoção da Saúde”.

Figura 22 - Objetivos estratégicos da Unimed-BH 2007-2015

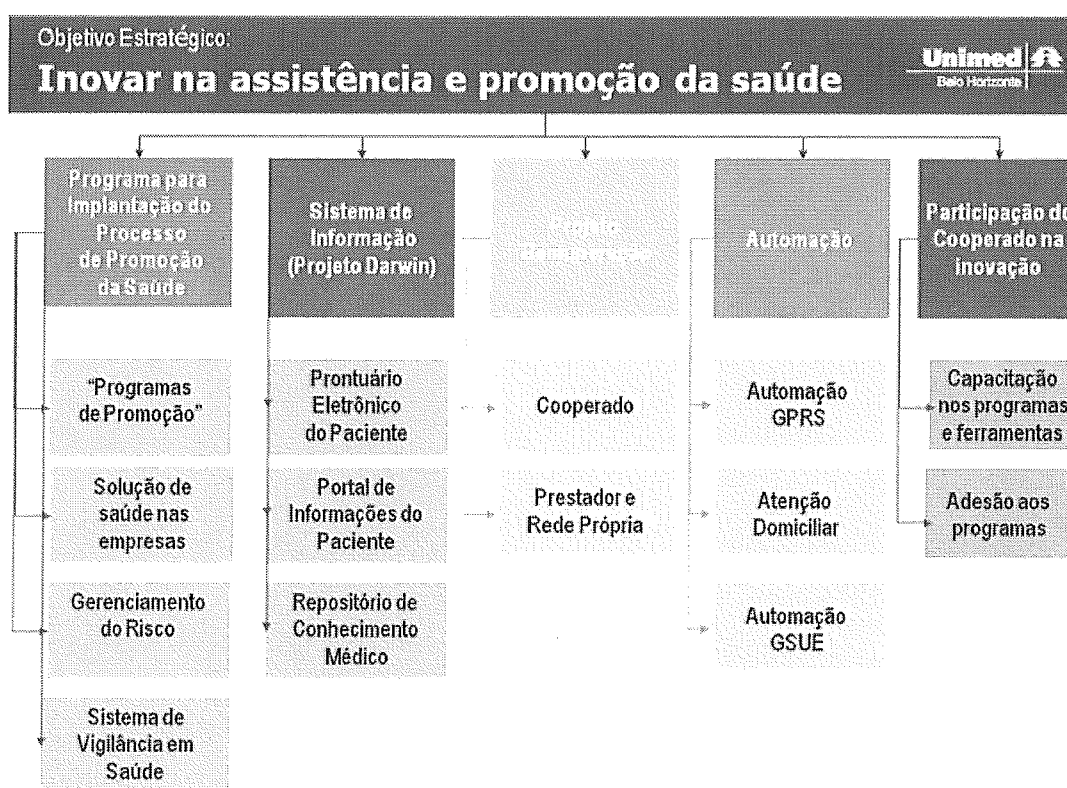


Fonte: Documentação interna da empresa gerada em 2007.

Cada um desses objetivos é verificado por meio de um conjunto de metas e indicadores, alguns específicos para alguns setores, outros envolvendo vários setores e outros envolvendo a cooperativa como um todo. Deste conjunto, foram destacadas oito metas, sendo várias no contexto do objetivo estratégico “Inovar na assistência e promoção da saúde”, apresentado na Figura 23, para que todos os colaboradores possam acompanhar o andamento da estratégia, o desempenho da cooperativa e os resultados alcançados. Essas metas foram pactuadas,

inclusive, no Programa de Participação nos Resultados, que poderia gerar mais um salário anual, proporcionalmente ao percentual de alcance das metas. Vale destacar que foram também selecionadas dentre as oito metas, aquelas relacionadas a: indicadores de resultado operacional, crescimento de carteira de cliente, índice de utilização e implantação de modelos de responsabilidade social.

Figura 23 - Objetivo estratégico Unimed-BH: Inovar na assistência e promoção da saúde



Fonte: Documentação interna da empresa gerada em 2007.

As metas estabelecidas para o objetivo estratégico apresentado na Figura 23 foram:

- PROGRAMA PARA IMPLANTAÇÃO DO PROCESSO DE PROMOÇÃO
 - PROGRAMAS DE PROMOÇÃO
 - Estruturação de programas de prevenção primária e promoção da Saúde para os clientes da Unimed-BH
 - Incentivo ao autocuidado e práticas de atividade física
 - Apoio às iniciativas de saúde pública (por exemplo, dengue)
 - Vacinação
 - Programa de cessação de tabagismo
 - Programa de reeducação alimentar

- Descrição das políticas de saúde da mulher, saúde da criança e saúde do idoso
 - PROJETO GESTÃO DE RISCOS
 - Gestação de alto risco
 - *Screening* (colo uterino, cólon, mama)
 - Gerenciamento de doenças: saúde cardiovascular
 - Gerenciamento de doenças: asma infantil
 - Gerenciamento de doenças: diabetes
 - Descrição de indicadores de processos e resultados
 - Implantação do *call center* clínico
 - SOLUÇÃO DE SAÚDE NAS EMPRESAS
 - Estruturação do relacionamento da promoção da saúde com as empresas clientes:
 - Estabelecer interface com Saúde Ocupacional, realizar diagnóstico de saúde, implantar programas de promoção da saúde, encaminhar relatório analítico e plano de ação para empresas contratantes
 - SISTEMA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
 - Melhorar o índice de cobertura de mamografia, papanicolaou, pesquisa de sangue oculto nas fezes
 - Notificação de grupos de risco pelos cooperados
- SISTEMA DE INFORMAÇÃO (PROJETO DARWIN)
 - PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE
 - Projeto Prontuário Eletrônico – obter o registro clínico eletrônico de 80% dos atendimentos, até 31/12/2007, nos serviços próprios existentes e em funcionamento em 2006.
 - Item de controle associado: número total de campos preenchidos, em 2007, nos serviços próprios existentes e em funcionamento em 2006.
- PROJETO REMUNERAÇÃO
 - Projeto de Mudança na Remuneração de cooperados e prestadores
 - Ter implantada de forma automatizada em, no mínimo, dois prestadores (um próprio e um contratado), a nova modalidade de remuneração para emergência, para no mínimo oito síndromes.
 - Ter automatizada a nova modalidade de remuneração para cooperados em Programa Saúde Cardiovascular e Programa Diabetes Mellitus.
- AUTOMAÇÃO
 - Projeto de automação das gestões de regulação, urgência e emergência, dentre outros processos críticos.
- PARTICIPAÇÃO DO COOPERADO NA INOVAÇÃO
 - CAPACITAÇÃO NOS PROGRAMAS E FERRAMENTAS
 - Realizar 21 temas de capacitação em 2007 com média de satisfação de 85% e ter presença de pelo menos 40% dos cooperados e não

cooperados convidados para os programas de capacitação a serem realizados em 2007.

- ADESÃO AOS PROGRAMAS

- Ter adesão de 20% dos cooperados convidados para os programas de gerenciamento de doenças.

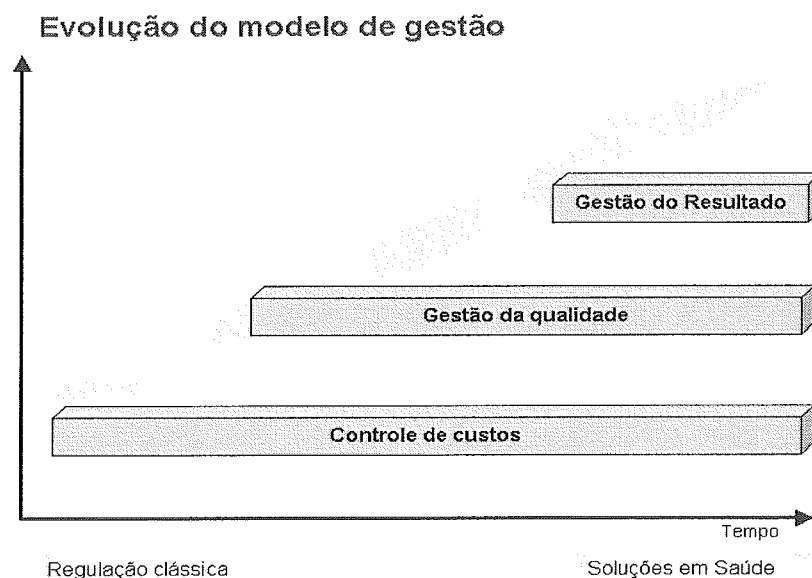
Foi a primeira vez que a Unimed-BH incluiu metas de atenção à saúde entre as metas globais. Foram selecionados três exames que são utilizados na prevenção de três doenças importantes do ponto de vista da qualidade de vida dos clientes e dos custos envolvidos no seu tratamento. A Mamografia é utilizada na prevenção do Câncer de Mama, o Papanicolau na prevenção do Câncer de Colo Uterino e a Pesquisa de Sangue Oculto nas fezes, na prevenção do Câncer de Cólon Intestinal. A primeira contribuição individual é manter estes exames “em dia”, fazendo com que todos os seus conhecidos façam o mesmo. As metas envolvem muitos departamentos da empresa simultaneamente, sendo que a participação individual poderá variar de colaborador a colaborador, mas todas as equipes seriam muito envolvidas para as metas serem alcançadas.

Como a remuneração dos serviços e profissionais de saúde é baseada no modelo tradicional, que é todo baseado na doença, e não na saúde, é essencial que a cooperativa adeque a forma de remuneração ao novo modelo baseado na boa qualidade da assistência à saúde. Isso é feito de forma gradativa. Em 2007, a Unimed-BH escolheu como pilotos o atendimento de oito síndromes atendidas nos pronto-atendimentos e a participação dos cooperados nos programas de saúde cardiovascular e diabetes. Nos serviços de emergência, o que se busca é remunerar de forma mais justa, de acordo com a complexidade e com o resultado da intervenção do médico. O tradicional é que o médico receba o mesmo valor para atender uma infecção simples na garganta e um infarto agudo do miocárdio, que possuem complexidades e esforço de atuação muito diferente. No novo modelo de remuneração, a complexidade do caso influirá na remuneração do médico.

Quanto aos programas de promoção da saúde, a intenção é que haja três componentes na remuneração do médico que atua nos cuidados dos clientes: inclusão no programa; acompanhamento do cliente dentro do programa (adesão ao tratamento); e resultado da intervenção do médico neste acompanhamento do cliente. O piloto nos dois programas selecionados diz respeito à inscrição do cliente nos programas específicos. O modelo para a remuneração para todo o ciclo de acompanhamento teve ampla discussão, envolvendo superintendência, diretoria, conselhos e outros representantes de cooperados.

No movimento de formulação estratégica da Unimed-BH, paralelo à elaboração da visão, missão, mapa estratégico e concepção dos projetos, foram construídos modelos de maturidade que apontaram a evolução necessária ao longo do tempo de perspectivas inerentes à estratégia organizacional. Os modelos estão apresentados nas figuras 24 a 29 e foram construídos para as seguintes perspectivas: gestão, atenção à saúde, comercialização, desenvolvimento de cooperados e prestadores, remuneração da rede e gestão da informação.

Figura 24 - Modelos de maturidade no Planejamento Estratégico da Unimed-BH – Evolução do modelo de gestão



Fonte: Documentação interna da empresa gerada em 2006.

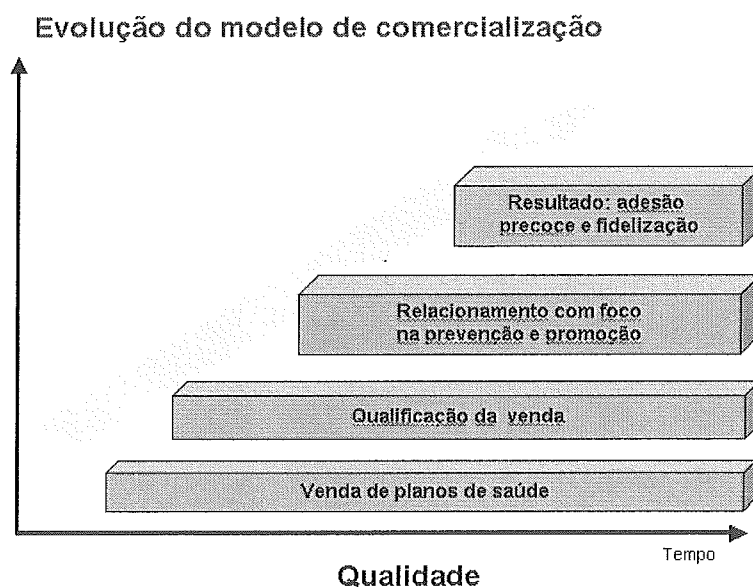
Para a construção desses modelos, foram inicialmente levantados os projetos que estavam em andamento na empresa pelo Escritório de Gestão de Projetos (EGP), que conduziu essa frente de trabalho. Foram feitas também entrevistas com os superintendentes, para coletar as expectativas para o futuro das áreas subordinadas hierarquicamente a eles. Além disso, os gestores das áreas foram entrevistados para o mapeamento da situação atual e do histórico de evolução de seu departamento. Após todos esses levantamentos, foram coletados os objetivos estratégicos e o portfólio de projetos definido de curto, médio e longo prazo. Assim, com a análise e a concatenação dessas informações levantadas, inserindo o raciocínio de causa e efeito, foram construídos os modelos de maturidades para as perspectivas citadas, conforme apresentados nas figuras 24 a 29, para nortear os patamares esperados na trajetória das áreas de alcance da visão estratégica definida para a empresa até 2015. Os projetos do portfólio foram encaixados nos níveis dos modelos de maturidade para fins de priorização de iniciativas estratégicas para o curto e o longo prazo.

Figura 25 - Modelos de maturidade no Planejamento Estratégico da Unimed-BH – Evolução do modelo de atenção à saúde



Fonte: Documentação interna da empresa gerada em 2006.

Figura 26 - Modelos de maturidade no Planejamento Estratégico da Unimed-BH – Evolução do modelo de comercialização



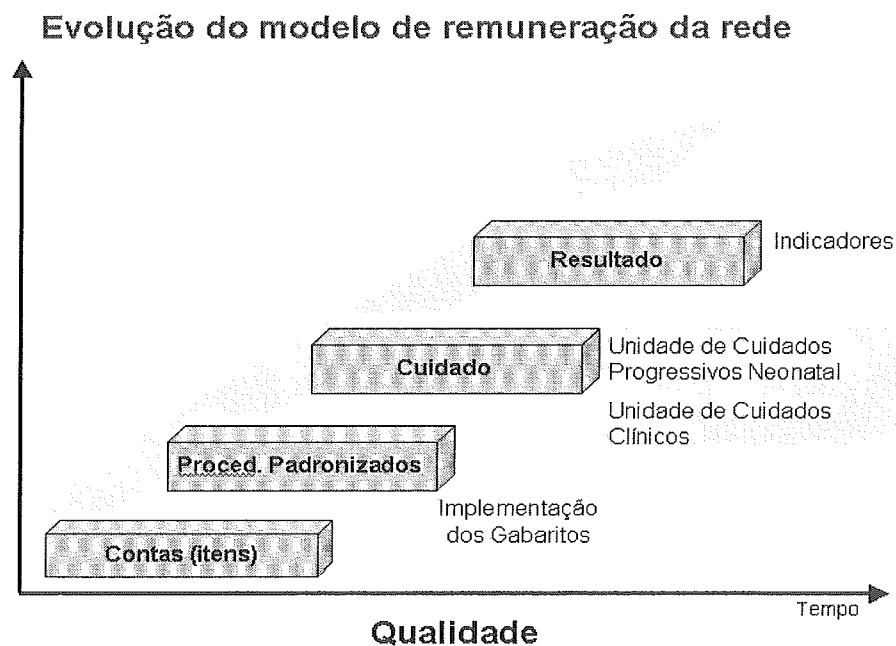
Fonte: Documentação interna da empresa gerada em 2006.

Figura 27 - Modelos de maturidade no Planejamento Estratégico da Unimed-BH – Evolução do modelo de desenvolvimento de cooperados e prestadores



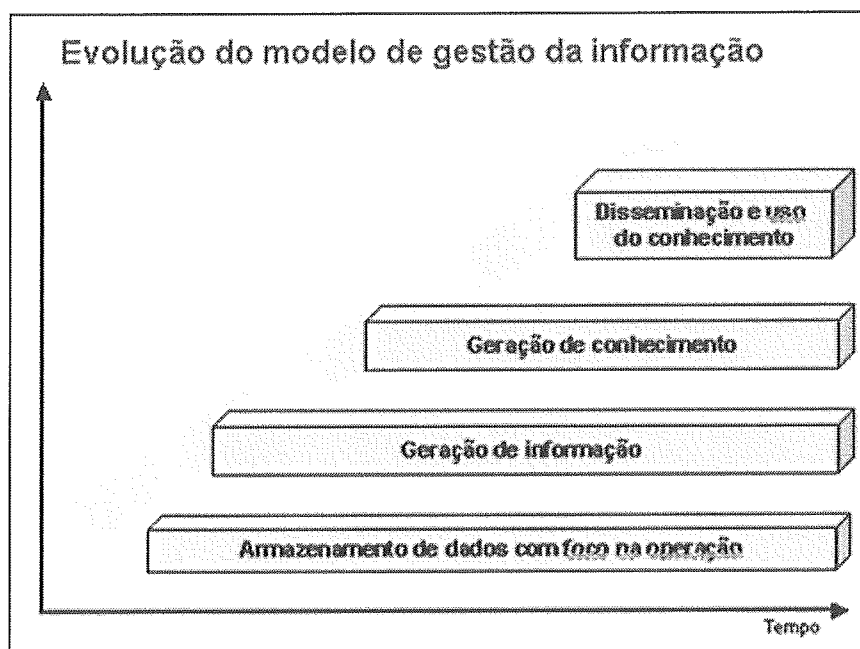
Fonte: Documentação interna da empresa gerada em 2006.

Figura 28 - Modelos de maturidade no Planejamento Estratégico da Unimed-BH – Evolução do modelo de remuneração da rede



Fonte: Documentação interna da empresa gerada em 2006.

Figura 29 - Modelos de maturidade no Planejamento Estratégico da Unimed-BH – Evolução do modelo de gestão da informação



Fonte: Documentação interna da empresa gerada em 2006.

Como resultado da formulação do Planejamento Estratégico 2015 da Unimed-BH, pautado, principalmente, nos levantamentos dos projetos pela avaliação dos modelos de maturidade estabelecidos por evolução das dimensões apresentadas nas figuras 24 a 29, foram definidos os projetos estratégicos de curto, de médio e de longo prazo. Cada projeto foi agrupado em dimensões e montados em painéis de evolução, conectados aos modelos de maturidade construídos coletivamente com as lideranças da instituição e profissionais chaves, tendo como facilitador o Escritório de Projetos.

4.2.3. Competências na Unimed Belo Horizonte

Segundo declara Rodrigues (2003), a Unimed BH teve um marco importante em seu estilo de gestão com a assunção da Diretoria eleita em 1998. Houve uma reavaliação de conceitos administrativos e de política de recursos humanos, gerando reestruturação funcional e estratégica na organização, com a profissionalização da administração, visto que os executivos foram substituídos por profissionais experientes em suas respectivas áreas de

atuação no mercado. Do ponto de vista estrutural, buscou-se mudar o processo de tomada de decisão, para ser mais fundamentada e técnica. Buscou-se também uma nova formulação estratégica – nesse momento, com a contratação de uma consultoria externa, que apresentou diretrizes baseadas em um diagnóstico que apontou para as seguintes mudanças: revisão e racionalização de processos; redução de despesas nos processos; implementação de novos fluxos gerenciais e de controle; e alteração do organograma visando facilitar as implementações propostas.

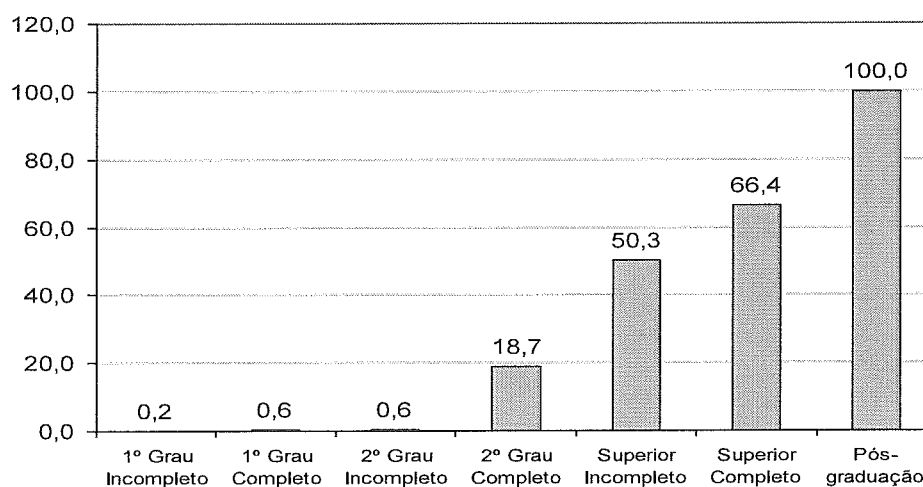
No novo organograma proposto pela consultoria e implementado pela cooperativa, a Diretoria (formada por membros eleitos pelos cooperados) deixava de ter uma atuação na linha direta com as gerências, por meio da criação de superintendências. Ela ficaria mais focada no estabelecimento de objetivos e no acompanhamento de resultados, com os respectivos superintendentes. A intenção, confirmada posteriormente, foi agilizar a tomada de decisão, profissionalizar a estrutura operacional, voltada para resultados, e diminuir conflitos, a partir da melhoria da comunicação. Ficou, então, mais claro o papel estratégico para a Diretoria e os Conselhos, transferindo a função executiva para os superintendentes, assessores e gestores. Para obter a melhoria de resultados, as principais diretrizes estratégicas apontadas no momento foram: uso intensivo de sistemas de informação gerencial, implantação de uma política de gestão de recursos humanos e melhoria no atendimento ao cliente.

Após a formulação da estratégia, chegou-se à conclusão de que a realidade da cooperativa, sem pessoal devidamente qualificado, não era promissora para o alcance das metas estabelecidas. Para a transformação organizacional proposta, foram contratados profissionais qualificados, pois os que existiam até então possuíam, em grande parte, apenas o ensino médio, para um novo cenário, conforme apresentado no Gráfico 5. O intuito foi criar um contexto que permitiria melhor delegação de responsabilidades também nos níveis operacionais, com pessoas mais qualificadas.

A política de gestão de recursos humanos implantada para garantir a adequada exploração do potencial de RH, tanto na seleção quanto na preparação e retenção, está apresentado na Figura 30. Seu objetivo principal consistia em lidar com uma nova cultura organizacional em implantação, possibilitando levar as equipes a resultados eficazes. Nesse momento, foi contratada uma consultoria, que inseriu o conceito de análise do perfil antropológico como instrumento de seleção e desenvolvimento de pessoas, com os seguintes preceitos (os quais, inclusive, foram incorporados na política de recursos humanos da Unimed-BH): comunicação

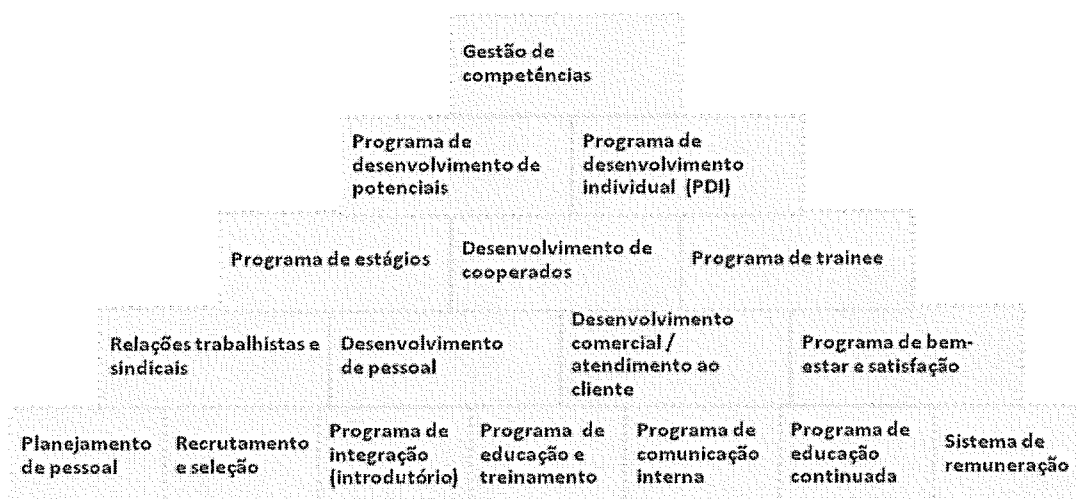
dialogica; transformação da cultura empresarial; incorporação da cultura da informação e do conhecimento; atualização da competência profissional e pessoal; constituição de equipes e lideranças de trabalhadores do conhecimento; e estabelecimento de processos de estratégia empresarial e pessoal eficazes.

Gráfico 5 - Nível de escolaridade dos colaboradores da Unimed-BH (2004, % acumulado)



Fonte: Documentação interna da organização, 2005.

Figura 30 - Política de Gestão de Recursos Humanos da Unimed-BH

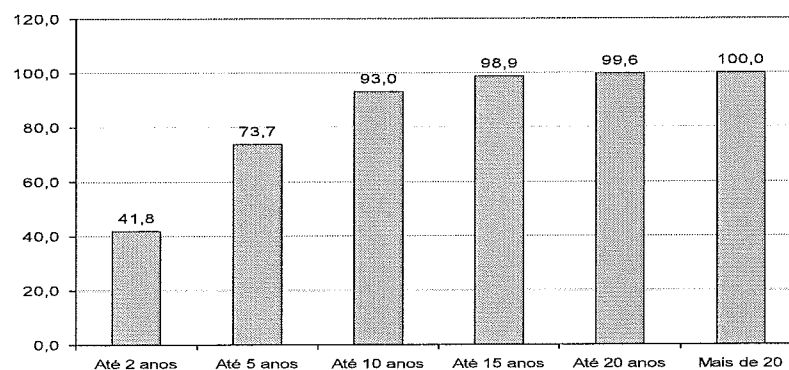


Fonte: Documentação interna da organização, 2005.

Por influência das consultorias externas, foi criado um grupo de trabalho interno multifuncional, com as principais lideranças da cooperativa, cujo objetivo era pensar, constantemente, no andamento do negócio e nas métricas desejáveis para o gerenciamento.

Ao longo dos anos, os programas e os processos da política de gestão de recursos humanos da Unimed-BH (apresentados na Figura 30) foram implantados. Foram utilizadas algumas consultorias externas para a realização deles gradualmente, chegando-se a um patamar em 2005 de implantação de 100%. Em 2007, com a eleição da nova Diretoria e com a evolução do contexto socioeconômico em que a cooperativa estava inserida, contratou-se uma nova consultoria para fazer a revisão dos principais processos e programas vinculados a essa política, com destaque para cargos e salários. Um desafio ainda estava latente na organização, conforme apresentado no Gráfico 6: a de retenção das pessoas.

Gráfico 6 - Tempo de permanência dos funcionários (2004, % acumulado)



Fonte: Documentação interna da organização, 2005.

Nesse ano, houve mudanças nas principais lideranças da organização, com a substituição de praticamente todos os executivos superintendentes e assessores. Houve mudança também na posição no organograma da empresa da Gerência de Desenvolvimento Humano e Organizacional (DHO), que era até então ligada à Assessoria Estratégica de Gestão, a qual por sua vez era ligada à Presidência. A DHO virou uma gerência da Superintendência de Comercialização. Essa mudança não teve fundamento técnico, mas apenas político, pois o superintendente era o que possuía mais poder na instituição, em função dos resultados comerciais alcançados na administração anterior. Esse superintendente foi promovido alguns anos depois para o cargo de superintendente geral. Nesse momento, a DHO foi incorporada por uma nova superintendência, que respondia também pelo setor jurídico. Entre a transição do DHO entre esses setores, as decisões de movimentação interna e externa passavam diretamente ao superintendente comercial, com a diretriz de reduzir custos de pessoal com o aumento de resultados. Durante um tempo, o assessor estratégico de gestão, antes de ser desligado, assumiu o setor DHO e a condução do projeto da consultoria externa contratada. Em um horizonte de quatro anos de gestão da nova diretoria, três assessores ou

superintendentes responderam pela área de Recursos Humanos, sendo que em 2011 houve mais uma alteração, com o desligamento da assessora que até então estava respondendo pela área. As mudanças constantes de lideranças de GRH e de posicionamento na estrutura organizacional dificultaram a expansão do modelo de gestão por competências para outros processos de GRH, principalmente depois do ano de 2007.

A Unimed-BH é a maior operadora de planos de saúde fora do eixo Rio-São Paulo. É também a maior compradora privada de serviços de saúde do estado. Segundo a gestora de recursos humanos, o foco da área de está em apoiar a cooperativa no desenvolvimento de suas lideranças e em sua proposta de ser reconhecida como uma das melhores empresas para se trabalhar, promovendo a conscientização para a prática da promoção da saúde de todos os seus colaboradores, além de dar suporte à expansão da cooperativa, com a contratação e o treinamento de novos colaboradores. Ela acrescenta: “Na Cooperativa, o RH atua de forma estratégica e alinhada aos objetivos da organização. Nosso principal foco encontra-se no desenvolvimento de lideranças e no monitoramento da cultura e clima interno”. Segundo a gestora, a Unimed-BH definiu como sua visão de futuro tornar-se referência como sistema de saúde sustentável até no ano de 2015, acrescentando: “Por isso, a cooperativa está empenhada no desenvolvimento de um modelo de atenção ativa à saúde dos clientes, sem esperar que adoçam ou demandem atendimento, como ocorre nos modelos tradicionais de assistência médica”. A gestora explica, ainda, que as soluções pressupõem o autocuidado e devem apoiar os clientes em sua opção por uma vida mais saudável, o que se traduz no conceito “Saúde Sempre”, utilizado pela Unimed-BH desde 2007. A gestora reforça: “Este desafio só é possível com a participação e o envolvimento de todos os colaboradores e dos cooperados e esta é uma das razões pelas quais o RH investe em treinamento e integração das equipes e no desenvolvimento das lideranças, que têm papel fundamental neste processo”.

4.2.4. Desempenho organizacional na Unimed Belo Horizonte

- *Escritório de Projetos na Unimed Belo Horizonte*

Com o objetivo de acelerar a resposta aos principais desafios encontrados na gestão de projetos, a Unimed-BH partiu de um modelo de escritório de projetos (EGP) departamental para um modelo corporativo, ligado à gestão estratégica da organização. O Escritório de

Projetos passou a ser a área da empresa que possui uma visão geral de todo o portfólio de projetos gerenciados. Assim, visa à melhoria da eficiência no planejamento e à condução desses projetos, auxiliando na tomada de decisões, pois gera informações rápidas sobre cada um dos projetos existentes.

A Unimed-BH foi a primeira Unimed do sistema a possuir um escritório de projetos (desde abril de 2002), sendo, inclusive, referência para as demais empresas do sistema do País. Antes da criação do EGP, as principais dificuldades encontradas eram: projetos não alinhados à estratégia da organização; muitas necessidades e pouca priorização; recursos alocados não adequados e com disponibilidade insuficiente; ausência de patrocínio da alta direção; falta de visão sistêmica das demandas; interfaces interdepartamentais pouco maduras; e cultura com relação à utilização de métodos.

O EGP é o centro de apoio e orientação ao planejamento, execução e controle dos projetos e planos de ação. É responsável pela utilização das melhores práticas de gerenciamento de projetos, de tal forma que a organização possa implementar suas estratégias e alcançar seus objetivos. A missão do EGP é gerar resultados e conhecimentos por meio de projetos e planos de ação para a Unimed-BH. A visão construída em 2006 foi: “Ser reconhecido pela Unimed-BH como área geradora de resultados no que se refere à resolução de problemas, inovações e evolução do negócio”. A unidade organizacional foi criada com posição estratégica de *staff*, com parceria direta de outros dois setores com afinidade em sua atuação: Escritório de Reestruturação de Processos (ERP), que atuava para revisar os processos antes das intervenções de mudanças, para a identificação de problemas e oportunidades de melhorias, auxiliando, inclusive, na definição do escopo e da abrangência dos projetos; e Inteligência da Informação, que gera informações das bases de dados para apoiar estudos do setor. Todos os três setores eram organizados em um Núcleo de Inteligência Corporativa (NIC).

A atuação do EGP na Unimed tinha os seguintes objetivos: capacitar a metodologia de gestão de projetos; assessorar o Comitê Executivo na indicação do líder do projeto, analisar a carteira de projetos, visando ao planejamento estratégico; priorizar os projetos; elaborar o orçamento anual; monitorar a carteira de projetos; assessorar gestores e líderes de projeto na criação, priorização, definição de escopo e iniciação dos projetos e estudos de viabilidade econômica de projetos; disponibilizar informações sobre o andamento e desempenho do projeto; e garantir documentação consistente ao final de cada projeto.

Em 2006, com base nos resultados e na credibilidade de sua atuação, o EGP assumiu também a responsabilidade de ser o setor facilitador para a formulação estratégica e o acompanhamento da implementação da estratégia, por meio de acompanhamento dos projetos corporativos. Houve, então, uma mudança em seu nome para Escritório de Planejamento e Projetos (EPP). Foi criado um fluxo macro para a formulação e revisão da estratégia organizacional. Os projetos foram classificados em: “Estruturantes” – fundamentais para as bases de sustentação, para a estrutura e para o processo, sendo originados do diagnóstico realizado pelos moldes do Prêmio Nacional de Qualidade (PNQ); e “de Desenvolvimento” – oportunidades que devem ser exploradas, sendo originados do novo “Modelo de Atenção à Saúde”, definido no planejamento estratégico de 2015 da empresa.

• *Sistemática de gestão de desempenho na Unimed Belo Horizonte*

A gestão de desempenho na Unimed-BH tem por objetivos: garantir a execução da estratégia da organização; e fornecer fundamentos para correção de rumos. A Figura 31 apresenta um resumo de diretrizes estratégicas avaliadas na gestão de desempenho na empresa.

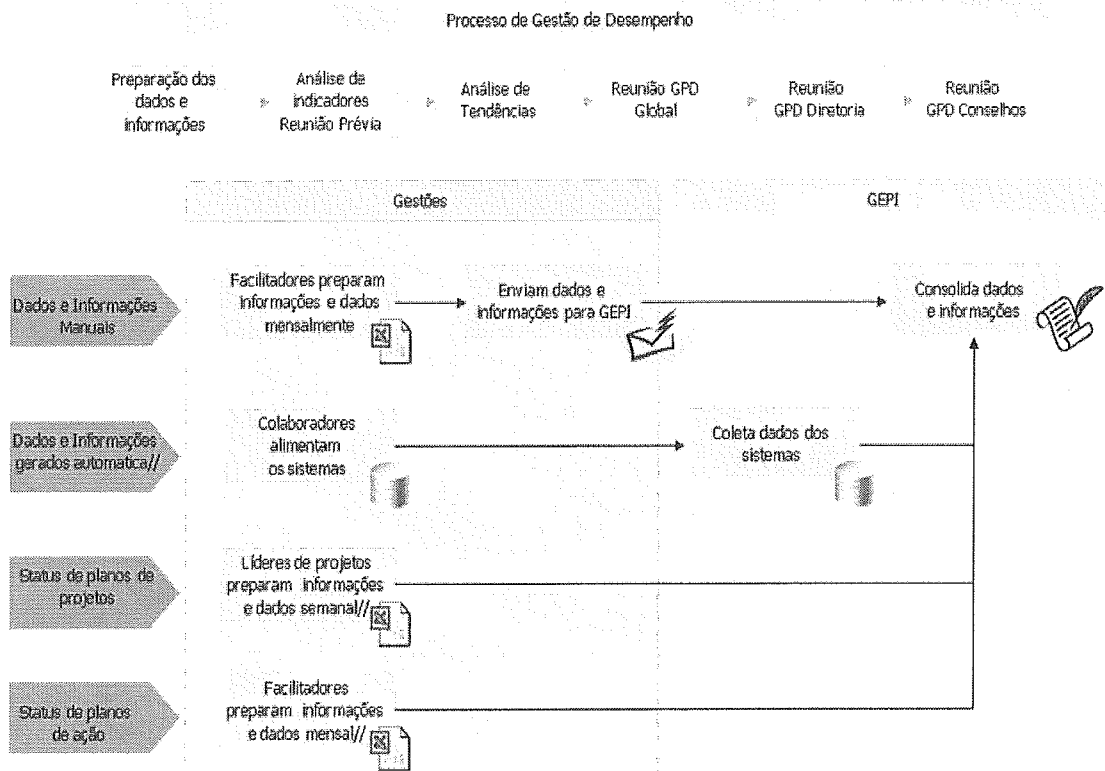
Figura 31 – Objetivo do processo de gestão de desempenho na Unimed BH



Fonte: Documentação interna da empresa gerada em 2007.

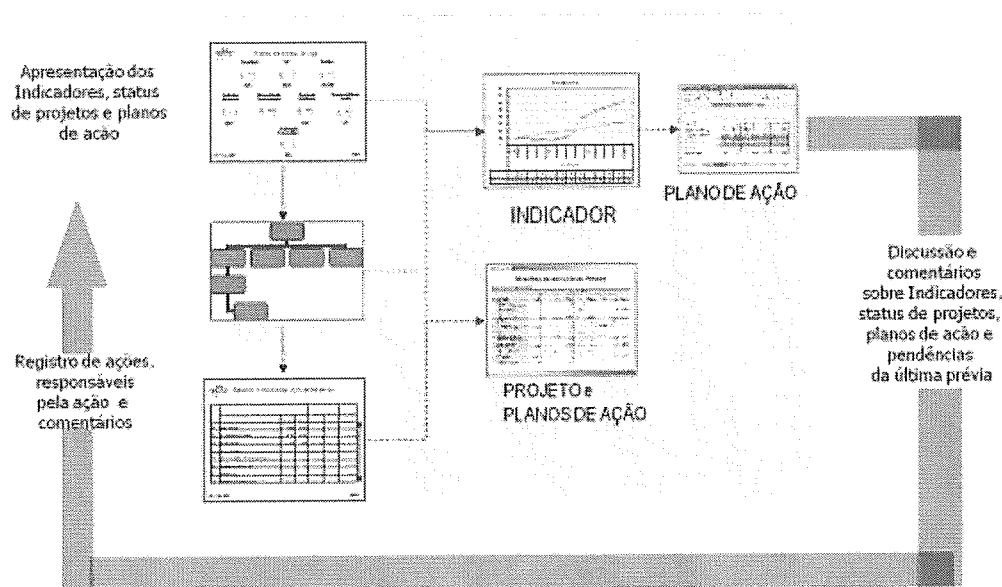
A Figura 32 mostra o processo de gestão de desempenho, pautado principalmente na análise de informações fornecidos pelas áreas ou obtidas nos sistemas de informações gerenciais gerados automaticamente, além do acompanhamento do status dos projetos e dos planos de ação estratégicos da empresa. A Gerência de Planejamento e Informações (GEPI), anteriormente nomeada de “Núcleo de Inteligência Corporativa” (NIC), é responsável pela consolidação e análise das informações, com apoio direto do Escritório de Gerenciamento de Projetos – EGP (Project Management Office – PMO). A base do método é conhecida como “Gerenciamento pelas diretrizes”, com reuniões de periodicidades distintas, para acompanhamento dos resultados pelos públicos interessados (superintendentes, diretores e conselheiros). Nessas reuniões, não são esperadas surpresas, visto que há análises prévias de indicadores, em que os gerentes e superintendentes constroem justificativas de desvios de forma coletiva, conforme apresentado no fluxo da Figura 33.

Figura 32 – Processo de gestão de desempenho na Unimed-BH



Fonte: Documentação interna da empresa gerada em 2007.

Figura 33 – Gestão de desempenho na Unimed-BH – Análise de indicadores: Dinâmica das prévias



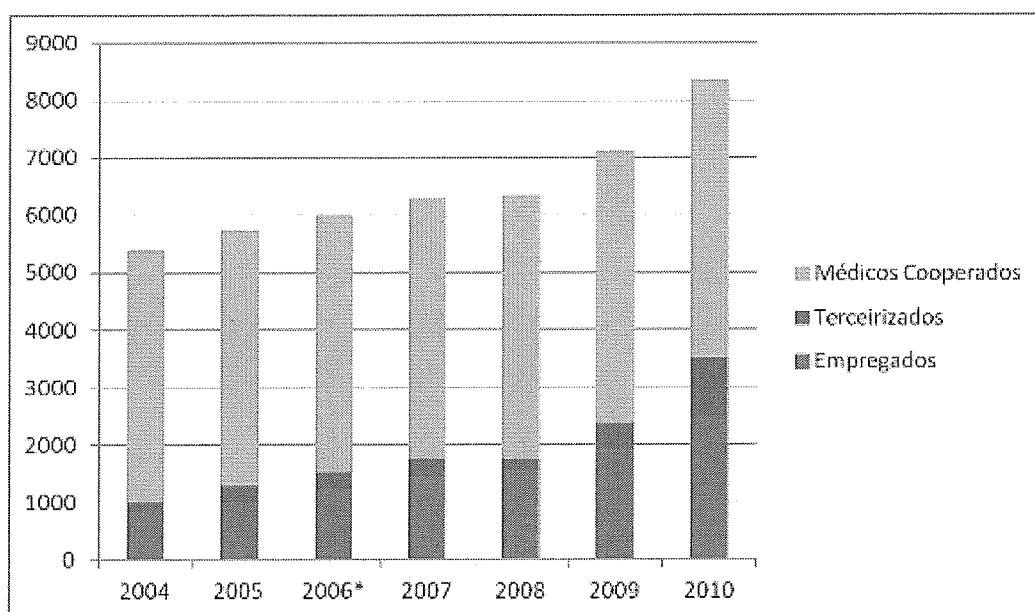
Fonte: Documentação interna da empresa gerada em 2007.

• **BALANÇO SOCIAL DA UNIMED BELO HORIZONTE**

A Unimed-BH elabora, desde 2005, seu balanço social, seguindo o modelo Ibase, adaptado para o Sistema Unimed. Essas informações são publicadas nos consolidados produzidos pela Federação das Unimeds de Minas Gerais e pela Unimed do Brasil, distribuídos a todo o Sistema Unimed, aos parceiros sociais e à imprensa. No balanço social, são divulgados indicadores de corpo funcional, de organização e gestão, econômicos e sociais internos e externos, dentre outras informações. O Gráfico 7 mostra a evolução dos colaboradores da Unimed-BH de 2004 a 2010.

No balanço social, há também indicadores de remuneração, escolaridade, benefícios, inclusão de mulheres e negros, dentre outros. O Gráfico 8 mostra a evolução dos investimentos em benefícios para cooperados e empregados de 2007 a 2010, citando-se dentre eles: capacitação, participação em resultados, bonificações, alimentação e saúde.

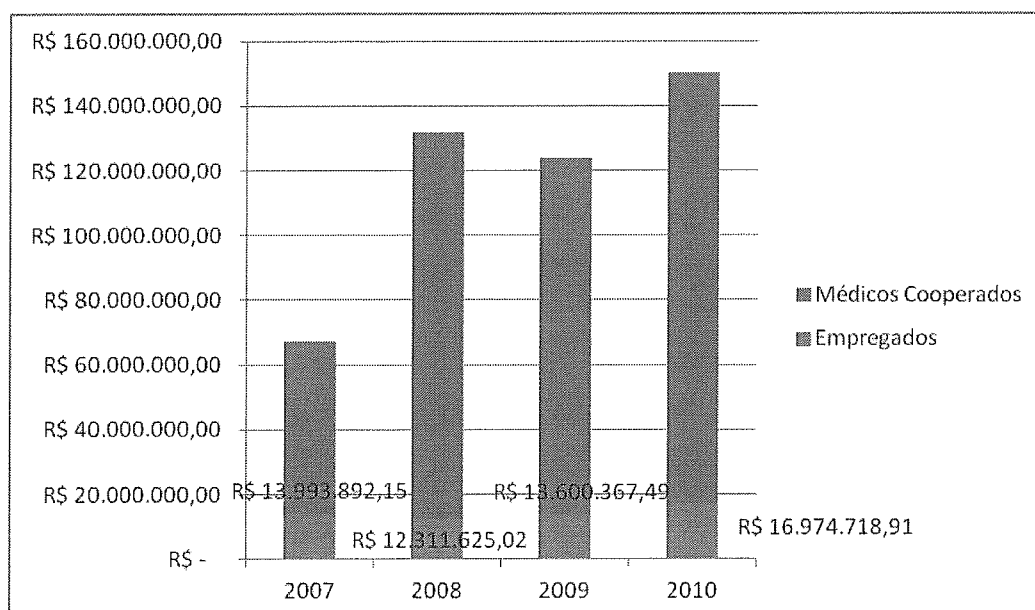
Gráfico 7 – Evolução dos colaboradores da Unimed-BH de 2004 a 2010



Fonte: Elaborado a partir dos Balanços Sociais divulgados em 2005, 2008 e 2010.

* Dados de 2006 estimados linearmente, por não ter sido divulgado nos Balanços Sociais.

Gráfico 8 - Evolução dos investimentos em benefícios para cooperados e empregados de 2007 a 2010 na Unimed-BH



Fonte: Elaborado a partir dos Balanços Sociais divulgados em 2008 e 2010.

Tabela 4 - Investimento em capacitação de empregados por receita na Unimed-BH

Ano	Ingressos e Receitas Brutos (mil R\$)	Investimento em Capacitação Profissional de Empregados (mil R\$)	Proporção
2004	749.843,79	598,60	0,0798%
2005	866.744,84	615,78	0,0710%
2007	1.197.881,48	478,02	0,0399%
2008	1.347.743,18	452,90	0,0336%
2009	1.509.722,45	458,22	0,0304%
2010	1.708.399,39	925,22	0,0542%

Fonte: Elaborado a partir dos Balanços Sociais divulgados em 2005, 2008 e 2010.

Tabela 5 – Proporção de admissões e demissões de empregados na Unimed-BH

Ano	Admissões - A	Saídas e Demissões - S	A / S	Total de Empregados em 31/Dez - T	Turnover [(A+S)/2]/T
2004	306	198	1,55	823	0,31
2005	324	174	1,86	981	0,25
2007	456	262	1,74	1429	0,25
2008	529	385	1,37	1573	0,29
2009	762	403	1,89	1932	0,30
2010	1579	1011	1,56	2500	0,52

Fonte: Elaborado a partir dos Balanços Sociais divulgados em 2005, 2008 e 2010.

Tabela 6 – Gastos Unimed-BH 2000-2005 (Valores em milhares de reais)

ANO	INVESTIMENTO	DESPESAS OPERACIONAIS
2000	6.983	-
2001	3.632	-
2002	10.692	45.610
2003	34.991	57.175
2004	5.374	56.952
2005	11.151	63.796

Fonte: Relatórios de Gestão da Unimed-BH de 2000 a 2005.

Deu-se destaque a alguns indicadores de recursos humanos nas tabelas 4 e 5, para fundamentar que a política de RH da instituição é mais voltada à substituição dos colaboradores (alto *turn-over*) do que ao investimento em sua capacitação e desenvolvimento. A Unimed-BH privilegia a contratação de profissionais já formados pelo mercado, de especialistas e de pessoal com experiência na área de atuação em que serão alocados. Nesse contexto, o investimento em capacitação é baixo. No horizonte de 2004 a 2010, não chegou a

0,08% da receita o investimento em capacitação de colaboradores. A tabela 6 apresenta o investimento da empresa, apurando-se picos no horizonte de 2000 a 2005, sendo que as despesas operacionais também tiveram evolução nesse período.

Nos relatórios de gestão da Unimed-BH, podem-se verificar o aumento contínuo ou a manutenção de indicadores de resultados, como satisfação do cliente, satisfação do cooperado, índice de utilização, despesas operacionais, evolução dos ativos, receita operacional bruta, patrimônio líquido, carteira de clientes (Tabela 7), evolução do volume de vendas e valores médios pagos ao médico cooperado. Desde 2007, os relatórios de gestão possuem capítulo específico para apresentar os resultados relacionados à inovação do modelo de atenção a saúde, com comportamento evolutivo crescente também.

Tabela 7 - Evolução da carteira de clientes 2006-2010

ANO	CLIENTES	% CRESCIMENTO
2006	614.457	-
2007	702.052	14%
2008* <i>Crise econômica mundial</i>	743.971	6%
2009	834.437	12%
2010	966.549	16%

Fonte: Relatórios de Gestão da Unimed-BH de 2010, disponível em www.unimedbh.com.br.

4.3.Caso 3 - Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais

4.3.1. Contextualização do IPSEMG

Todo sistema de previdência existe para prover a segurança do grupo familiar e o bem-estar social do trabalhador quando cessar sua atividade produtiva. No Brasil, pode-se dizer que a história da Previdência Social teve início em 1888, quando foi regulamentado o direito à aposentadoria dos empregados dos Correios. Na época, também se criou a Caixa de Socorros em cada Estrada de Ferro do Império. A Caixa Beneficente dos Servidores Públicos do Estado de Minas Gerais foi instituída pela Lei 588, de 6 de setembro de 1912, demonstrando posição de vanguarda do estado no cenário nacional. Ao longo dos anos, a Caixa Beneficente foi transformada em Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais, passou a ter personalidade jurídica própria e ampliou o leque de benefícios para o segurado, instituindo a assistência financeira, médica ambulatorial e odontológica, além da criação de uma cooperativa.

Ao final da Segunda Guerra Mundial, a Previdência Social ganhou impulso no mundo inteiro. O Decreto-Lei 1.416, de 24 de novembro de 1945, aprovou o novo regulamento da “Previdência”, alterando sua denominação para “Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais” (IPSEMG) e tornou obrigatória a inscrição de todos os servidores públicos civis do estado. O mesmo decreto-lei instituiu a pensão à família do servidor falecido e a aposentadoria por invalidez aos operários do estado e dos municípios e, ainda, determinou a construção do Hospital de Base da Previdência, que veio a ser inaugurado em 1971, iniciando suas atividades em março de 1972. Atualmente, o IPSEMG tem por finalidade prestar assistência previdenciária, por meio do Regime Próprio de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais, assistência médica, hospitalar, farmacêutica, odontológica e complementar a seu beneficiário.

Ao longo de seus cem anos, o IPSEMG procurou oferecer ao funcionalismo público do estado de Minas Gerais os melhores serviços nas áreas de Previdência e Assistência Médica e Odontológica. Criou em torno de si uma grande estrutura, que atualmente conta com um hospital próprio – Hospital Governador Israel Pinheiro (HGIP), em Belo Horizonte, com 540 leitos, 30 CTI adulto e 6 infantis, além de Pronto Socorro e serviços auxiliares –, um

atendimento odontológico próprio (com 189 dentistas) e um Centro de Especialidades Médicas, que atendeu cerca de 327.000 consultas/2007 em mais de vinte especialidades. Para atender todo o seu público, o IPSEMG conta com 3.874 funcionários. Fora da Região Metropolitana de Belo Horizonte, disponibiliza, entre serviços próprios e terceirizados, uma rede de hospitais, clínicas, laboratórios, médicos e dentistas, distribuídos em cerca de oitenta cidades do interior.

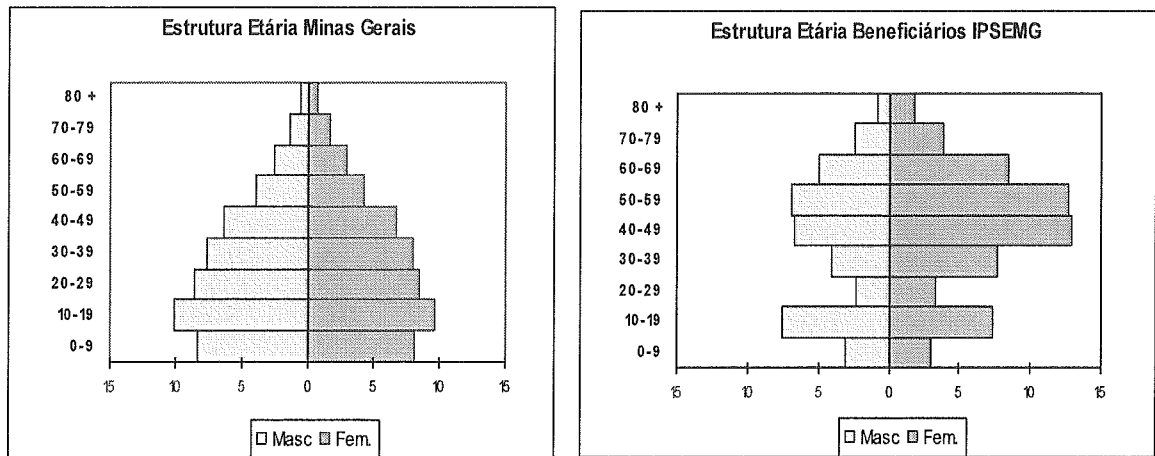
As fontes de recursos para financiar toda esta estrutura (exceto a previdência) são a contribuição mensal do servidor público (3,2% do salário descontado em folha) e a participação do governo estadual (50% sobre a contribuição do servidor). A elevação dos custos administrativos e da área médico-hospitalar (manutenção, equipamentos, procedimentos, honorários, etc.), aliadas a uma deficiente política de gestão de custos, está colocando o equilíbrio e a credibilidade do Plano de Saúde em risco. A expectativa de inviabilidade do atual plano é evidente e torna-se extremamente urgente que se façam mudanças que garantam a manutenção e a melhoria desses benefícios ao servidor estadual. Os principais pontos de atenção desse contexto são: regulamentação e política de assistência do plano; sistemas de gestão e controle de processos deficientes e/ou inadequados; serviços da rede própria (atendimento e custo), fora dos padrões de mercado; rede referenciada no interior incompatível com as necessidades básicas regionais; acessibilidade restrita a estas redes; perfil do usuário com concentração negativa de faixa etária/renda/geografia, com a maioria dos beneficiários formada por idoso, mulher, de baixa renda e residente no interior, conforme Tabela 8, Gráfico 9 e Figura 34; financiamento atual e futuro com projeções de forte desequilíbrio econômico.

Tabela 8 - Distribuição por gênero e faixa de idade dos beneficiários do IPSEMG

Faixas de Idade	Homens		Mulheres		Total	
	Número	%	Número	%	%	Número
00 – 09	26.368	51	25.014	49	6,10	51.382
10 – 19	64.741	51	62.615	49	15,00	127.356
20 – 29	19.767	42	27.831	58	5,60	47.598
30 – 39	34.531	35	65.156	65	11,80	99.687
40 – 49	57.330	34	109.508	66	19,70	166.838
50 – 59	58.484	35	108.128	65	19,60	166.612
60 – 69	41.840	37	71.588	63	13,40	113.428
70 – 79	20.593	39	32.534	61	6,30	53.127
80 +	7.106	32	15.118	68	2,60	22.224
Total	330.760	39	517.492	61	100,00	848.256

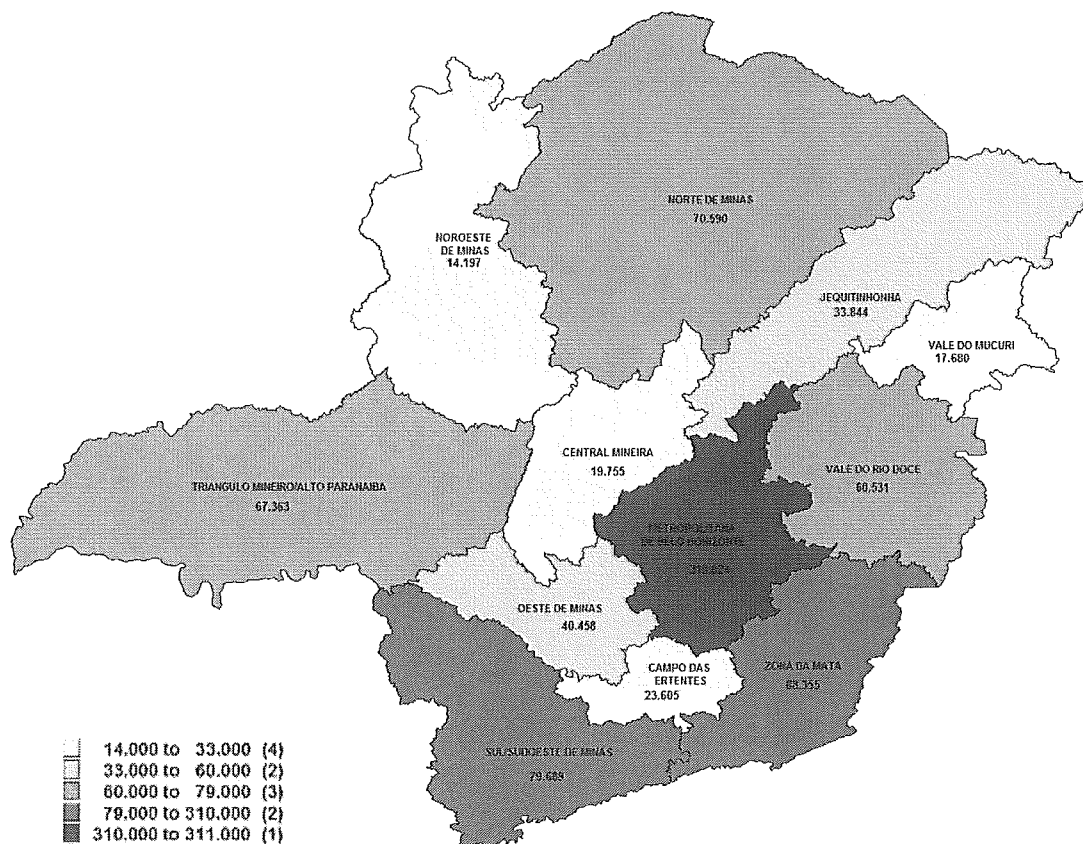
Fonte: Sistema CADU – IPSEMG, Janeiro 2008

Gráfico 9 - Estrutura etária da população de Minas Gerais e IPSEMG



Fonte(s): 1) Datasus (2007) – IBGE, Projeção da População
2) Sistema CADU – IPSEMG, Janeiro 2008

Figura 34 - Distribuição dos beneficiários por mesorregião de Minas Gerais



Fonte: IPSEMG CADU, 2008.

Lastreado pela Lei Complementar Estadual 64, de 25/03/2002, com modificações na LC 77, de 13/01/2004, a regulamentação do plano de saúde do IPSEMG não foi definida claramente em nenhum momento posterior, mesmo considerando o Decreto 42.897. Houve a preocupação com a forma de custeio e com a definição dos beneficiários, originando o que vem a ser um dos grandes problemas do plano atual: a isenção de contribuição garantida aos dependentes, com uma população estimada em três vezes (cônjuge e dois filhos) sobre a base contribuinte. Além disso, não se definiu o produto (coberturas e serviços) a ser utilizado com regras definidas e fatores moderadores de uso. A norma existente deixa totalmente em aberto o acesso a qualquer procedimento médico e cirúrgico, desde que haja orçamento para isso. Como questões relativas ao orçamento são desconhecidas pela maioria dos colaboradores, milhares de procedimentos foram e são realizados sem o devido lastro, comprometendo o saldo de caixa e sendo sustentado (orçamentado) conseqüentemente pelo governo do estado de Minas Gerais.

A inserção do plano atual aos modernos e disponíveis sistemas de gestão e controle de processos é bastante recente. Até há bem pouco tempo, quase tudo era feito de forma manual. Esse retardo tecnológico impediu várias ações que poderiam ser aplicadas em sistemas de controle, acompanhamento e gestão. Além disso, houve a uniformização de uma cultura enraizada em valores ultrapassados da administração moderna. Apenas há alguns anos o IPSEMG preocupou-se em recuperar esse tempo perdido, mediante a implementação de sistemas que possibilitem uma melhor visão interna. Mas ainda são falhos, pois não se comunicam e produzem algumas informações não confiáveis. Essa lacuna tecnológica encobriu falhas, afastou usuários e fornecedores e impediu ações corretivas. A rede referenciada disponível nas cidades do interior e dirigida aos usuários das regiões onde moram está totalmente incompatível com as premissas básicas de atendimento de um plano de saúde. Há poucos hospitais disponíveis e, até, ausência deles em regiões de grande população de usuários, como Uberlândia, Varginha, Sete Lagoas e João Monlevade.

O desconhecimento do plano por parte dos servidores também é evidente. Aqueles que precisam dele não o sabem usar ou o utilizam inadequadamente, gerando insatisfação de um lado e excesso de procedimentos de outro. A dependência do servidor do estado em relação ao Plano de Saúde do IPSEMG é claramente observada no perfil do usuário com salários até R\$ 1.058,00: cerca de 80% deles o tem como único plano. Informações mais detalhadas se encontram na Tabela 9. Este nível de provento dificulta o acesso a planos particulares, que, em média, chegam a custar três vezes mais. Cerca de 42% da população dos usuários têm

mais de 50 anos de idade e ainda são beneficiados pelo sistema solidário de contribuições (% sobre salário). Um sistema atuarial de custos baseado em faixa etária elevaria muito o custo para estas pessoas.

Tabela 9 - Distribuição dos clientes do IPSEMG que possuem outro plano de saúde, por faixa de renda e localidade

Tipo de usuário do IPSEMG	Ativo					
	%	Localização		Renda familiar		
		Capital (%)	Interior (%)	até R\$1.058 (%)	R\$ 1.058 a R\$ 2.400 (%)	acima de R\$ 2.400 (%)
Não, só o IPSEMG	64	51	67	84	67	31
Sim possui outro plano	35	49	33	15	33	69
Total	100	100	100	100	100	100
Preço médio que paga pelo plano	R\$ 182,41			R\$ 182,41		
Numero médio de beneficiários de plano alternativo	3,07			3,07		
Tipo de usuário do IPSEMG	Aposentado					
	%	Localização		Renda familiar		
		Capital (%)	Interior (%)	até R\$1.058 (%)	R\$ 1.058 a R\$ 2.400 (%)	acima R\$ 2.400 (%)
Não, só o IPSEMG	52	43	55	71	49	33
Sim possui outro plano	48	57	45	29	51	67
Total	100	100	100	100	100	100
Preço médio que paga pelo plano	R\$ 269,57			R\$ 269,57		
Numero médio de beneficiários de plano alternativo	2,34			2,34		
Tipo de usuário do IPSEMG	Pensionista					
	%	Localização		Renda familiar		
		Capital (%)	Interior (%)	até R\$1.058 (%)	R\$ 1.058 a R\$ 2.400 (%)	acima R\$ 2.400 (%)
Não, só o IPSEMG	65	65	66	83	50	28
Sim possui outro plano	35	35	34	17	50	72
Total	100	100	100	100	100	100
Preço médio que paga pelo plano	R\$ 229,91			R\$ 229,91		
Numero médio de beneficiários de plano alternativo	1,95			1,95		

Fonte: Pesquisa Vox Populi encomendada pelo IPSEMG, 2005.

As perspectivas de perda de receitas com a não adesão ao plano por parte dos maiores salários do estado poderiam inviabilizar a tentativa de estruturação de financiamento e manutenção deste plano. Para que isso não ocorra, torna-se necessário estudar uma forma em que a participação contributiva dos dependentes seja agregada e atrair ou manter os usuários de média e alta renda, oferecendo a eles planos diferenciados em serviços e, conseqüentemente, em preços. Muitas são as dificuldades, mas várias são as oportunidades de se reestruturar e criar um Plano de Saúde que seja motivo de satisfação do servidor público do estado de Minas

Gerais, além de ser sustentável economicamente. As entidades correlatas ao IPSEMG no Brasil convivem com problemas similares, as quais estão apresentadas nos Quadros 7 e 8, com comparativos da estrutura dos planos de saúde de algumas.

Quadro 7 - Comparativo da estrutura dos planos de saúde dos servidores de outros estados brasileiros

UF	Instituto	Modelo	Número Usuários	Contribuição Usuários	Orçamento Anual (R\$×1000)	Participação do Estado
BA	PLANSERV	Facultativo	437.000	8% a 10%	548.000	33,0%
CE	ISSEC	Obrigatório	121.795	-	32.000	100,0%
GO	IPASGO	Facultativo	637.504	6,8% a 12,5%	350.000	33,0%
PE	SASSEP	Obrigatório	214.000	nd	155.000	47,0%
RS	IPERGS	Facultativo	150.000	4,0%	69.000	50,0%
SC	IPESC	Facultativo	186.570	4,5%	nd	50,0%
SP	IAMSPE	Obrigatório	1.600.000	2,0%	408.000	nd

Fonte: Apresentações do VII CONIASSP – Conselho Nacional das Instituições de Assistência à Saúde do Servidor Público – Campo Grande – MS – 2007.

Quadro 8 - Entidades correlatas ao IPSEMG

Entidade	Estado
ACREPREVIDÊNCIA - INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DO ESTADO DO ACRE	Acre
IPASEAL SAÚDE - INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES DO ESTADO DE ALAGOAS	Alagoas
PLANSERV - PLANO DE ASSISTÊNCIA AOS SERVIDORES PÚBLICOS E ESTADUAIS DA BAHIA	Bahia
GDF SAÚDE: INAS - INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS SERVIDORES DO DISTRITO FEDERAL	DF
IPASGO - INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSIST. DOS SERVIDORES DO ESTADO DE GOIÁS	Goiás
SEPLAN - GERÊNCIA DE PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO	Maranhão
MATSAÚDE - MATO GROSSO SAÚDE	Mato Grosso
CASSEMS - CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS SERVIDORES DO MATO GROSSO DO SUL	Mato Grosso do Sul
SAS - SISTEMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE	Paraná
IRH-SASSEP - SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE AO SERVIDOR DO ESTADO DE PERNAMBUCO	Pernambuco
IAPEP SAÚDE - INSTITUTO DE ASSIST. E PREVIDÊNCIA DO PIAUÍ	Piauí
IASERJ – INST. DE ASSIST. DOS SERVIDORES DO RIO DE JANEIRO	Rio de Janeiro
IPERGS - INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DO RIO GRANDE DO SUL	Rio G. do Sul
IPESC - INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DE SANTA CATARINA	Santa Catarina
IAMSPE – INST. DE ASSIST. MÉDICA AO SERVIDOR PÚB. ESTADUAL	São Paulo
IPES - INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DO SERGIPE	Sergipe

Fonte: Documentação interna ao IPSEMG, 2011.

As políticas de saúde têm a responsabilidade de nortear as ações de promoção, prevenção, reabilitação e tratamento de condições de saúde de determinada população. Nesse sentido, é fundamental haver diretrizes para a alocação de recursos financeiros e humanos, planejamento e organização de serviços, como a implantação de uma arquitetura de rede que considere as condições sociodemográficas e epidemiológicas dessa população. O conceito e as práticas de saúde do IPSEMG são fundamentados no modelo científico, no qual, ao longo de mais de um século, os profissionais foram formados e os serviços organizados. Este modelo calca-se em elementos estruturais, como especialização, tecnicismo e mecanicismo, e na cura de doenças, que acabaram por influenciar o trabalho em saúde do século XX.

Como na maioria das instituições correlatas, esses conceitos estão bem presentes no IPSEMG, pois obedecem à lógica da concentração de recursos na assistência médica. Como consequência, ocorreu a consolidação do espaço hospitalar como ambiente hegemônico da prática médica no Instituto. Quanto à organização do trabalho em saúde observada nos serviços de atendimento do IPSEMG, identificou-se a fragmentação das ações em torno dos usuários, tais como: ausência da hierarquização do acesso, constatada por meio de atendimentos ambulatoriais realizados no serviço de urgência e emergência; marcação focada na disponibilidade da agenda, e não na necessidade premente do beneficiário; não identificação de equipe multiprofissional executando um trabalho interdisciplinar; além dos serviços próprios, existe o modelo de remuneração por procedimento, utilizado na rede credenciada; reducionismo das atividades relacionadas aos Programas de Promoção de saúde; indicadores insuficientes de resultados em saúde; ausência de comunicação entre os atores da assistência, dada a observação da repetição de consultas, exames complementares e falta de compartilhamento destas informações; e centralização do atendimento em contradição com a descentralização dos servidores. O modelo atual de organização do IPSEMG, como inúmeros outros planos do País, não leva em consideração a transição demográfica e epidemiológica da população alvo, como também não estabelece novos formatos de assistência que consigam minimizar os custos assistenciais crescentes.

A distribuição dos beneficiários do IPSEMG por órgão estadual está apresentada na Tabela 10, a qual evidencia a grande concentração de beneficiários de educação (professores). A Tabela 11 apresenta a distribuição dos beneficiários entre titulares (ativos e inativos), dependentes e pensionistas. O Instituto possui um problema cadastral sobre os dependentes dos titulares, pois eles não são todos cadastrados no sistema de Cadastro Único (CADU) pelo titular, apenas quando se necessita do plano de saúde. Inclusive, nas unidades de atendimento

ao beneficiário (Postos UAI, Centros e Agências Regionais) o maior tipo de atendimento é relacionado ao assunto Cadastro. Estima-se que, no mínimo, o número de dependentes seja igual ao de titulares, mas há a hipótese de chegar até três vezes. De qualquer forma, o Instituto trabalha com o número de beneficiários registrados, o que será também tomado como referência nesse estudo.

Tabela 10 - Quantidade de beneficiários do IPSEMG, por órgão estadual

Entidade de Origem	Beneficiários	Frequência (%)	Acumulado (%)
Secretaria de Educação	555.155	65,45	65,45
Polícia Civil – SSPMG	32.046	3,78	69,22
Tribunal de Justiça	24.795	2,92	72,15
Departamento de Estradas de Rodagem	23.355	2,75	74,90
Secretaria Saúde	21.273	2,51	77,41
Fhemig	16.306	1,92	79,33
Secretaria Fazenda	12.757	1,50	80,83
Secretaria Justiça	9.913	1,17	82,00
Secretaria Defesa Social	6.650	0,78	82,79
Assembléia Legislativa	6.330	0,75	83,53
Secretaria de Planejamento e Gestão	5.939	0,70	84,23
Secretaria do Trabalho	3.389	0,40	84,63
Instituto Estadual de Florestas	3.184	0,38	85,01
Outros órgãos e entidades	127.164	14,99	100,00%
TOTAL	848.256	100	

Fonte: Sistema CADU - IPSEMG, Janeiro 2008.

Tabela 11 – Distribuição dos beneficiários e dependentes do IPSEMG

	Beneficiários	Percentual
Titulares (ativos e inativos)	460.090	54,24%
Dependentes	353.539	41,68%
Pensionistas	34.627	4,08%
Total	848.256	100,00%

Fonte: Sistema CADU - IPSEMG, Janeiro 2008.

A rede de assistência à saúde do IPSEMG é constituída por prestadores de serviços em dois grupos: rede de assistência própria; e rede credenciada. O modelo de organização da oferta de serviços assistenciais de saúde do IPSEMG baseia-se na capacidade de utilização dos serviços próprios constituídos. Sua complementação se realiza por meio de serviços credenciados, com tetos contratuais gerenciados na restrição orçamentária do Instituto e do Governo.

A Tabela 12 destaca a distribuição da rede assistencial na Capital e no interior, além da natureza do serviço prestado. Pode-se verificar que a maioria da rede de assistência encontra-

se no interior (78,4%) e que a maioria dos serviços é prestada na rede credenciada (76,6%), que, por sua vez, está em 96,1% no interior.

Tabela 12 – Rede assistencial própria e credenciada no IPSEMG (Capital e interior) – 2007

Especificação	Capital				Interior				Total Geral (100%)	% (ser)
	Próprio (%)	Credenciado (%)	Total (100% Q/C)	% (TG)	Próprio (%)	Credenciado (%)	Total (%Q/C)	% (TG)		
Médicos	508 (98,4)	8 (1,6)	516	23,6	108 (6,5)	1.565 (93,5)	1.673	76,4	2.189	46,1
Dentistas	196 (85,2)	34 (14,8)	230	18,8	97 (9,8)	896 (90,2)	993	81,2	1.223	25,8
Hospitais	1 (20)	4 (80)	5	3,5	0	139 (100)	139	96,5	144	3,0
Clínicas	0	85 (100)	85	19,2	0	357 (100)	357	80,8	442	9,3
Laboratórios	2 (20)	10 (80)	12	2,9	0	405 (100)	405	97,1	417	8,8
Outros Profissionais	177 (100)	0	177	53,8	19 (12,5)	133 (87,5)	152	46,2	329	7,0
Total de Serviços	884 (86,2)	141 (13,8)	1.025 (100)	21,6	224 (6,0)	3.495 (94,0)	3.719 (100)	78,4	4.744	
Serv. Próprio.	Capital		884	79,8	Interior		224	20,2	1.108	100
Credenciados			141	3,9			3.495	96,1	3.636	
Total Geral	Serviços próprios		1.108	23,4	Credenciados		3.636	76,6	4.744	

Fonte: Dados fornecidos pelas gerências do IPSEMG, 2007.

Com relação ao planejamento de oferta de serviços à população beneficiária do IPSEMG, não foi identificado qualquer modelo de planejamento e organização formal para a construção da rede de serviços de saúde na Capital e no interior. Os credenciamentos eram feitos até então com base em interesses políticos, como intervenção de deputados para credenciar um prestador em sua região. O planejamento explicitado consistiu em organizar a oferta de serviços de forma centrada nos serviços próprios, especialmente concentrados na Capital do estado. Mas os números apresentados na Tabela 12 isso permitem confirmar. O planejamento da oferta de serviços é uma ferramenta importante para a obtenção da equidade de acesso aos serviços de saúde, como também para a organização de serviços, para responder às necessidades estimadas da população beneficiária. A organização de uma rede de serviços é um requisito básico para que um sistema de saúde promova melhoria na condição de saúde de determinada população no tempo.

A área de Tecnologia da Informação do IPSEMG é responsável pelo gerenciamento dos sistemas gestores da Sede, HGIP, Centro de Especialidades Médicas, Odontológico, infraestrutura da Capital e interior, telefonia e suporte. Porém, não existiam normas específicas para regulamentar seus procedimentos. As ações de TI são definidas de acordo

com a demanda dos usuários dos sistemas ou conforme as necessidades de infraestrutura. Não havia um planejamento integrado dessa atividade com os objetivos assistenciais da instituição. A capacidade de atendimento da área está vinculada aos recursos terceirizados contratados, para suporte ou para desenvolvimento, entre as empresas credenciadas pela PRODEMGE e pela *Powerlogic*. Os principais sistemas de informação em uso no IPSEMG na área de saúde são: Sistema de Infraestrutura e Segurança Operacional (SISSO), Sistema de Arrecadação (AREC), Sistema de Cadastro Único (CADU), Sistema de Autorização Eletrônico (SAE) e Sistema de Assistência Descentralizada (SADS).

A Tabela 13 compara a contribuição per capita média do IPSEMG de 2006 com alguns dados de mercado, mostrando que ficou inferior a média de mercado, ao mesmo tempo em que proporção de idosos em relação a sua população representa o dobro do que a do setor suplementar. Esse fato exige uma reformatação da política de financiamento da assistência à saúde dos servidores ativos e inativos do estado de Minas Gerais, que deve estar atrelada às condições sociodemográficas dessa população. Em 2011, diante da crise financeira do governo do estado de Minas Gerais, o IPSEMG teve condições de apresentar uma nova proposta de financiamento do plano de saúde, baseada em estudo elaborado pela consultoria contratada. Essa nova proposta é considerada ainda intermediária, pois existe a intenção de reformular mais ainda o financiamento do plano de saúde e de melhorar suas condições, a ponto de se transformar a instituição em ter um plano de saúde mais sustentável. Basicamente, a proposta englobou o seguinte: cobrança de coparticipação; cobrança de valor para dependente maior de 18 anos, estendendo o limite de idade para 30 anos (até então o limite era 21 anos); cobrança de valor para demais beneficiários que não pagam plano de saúde; possibilidade de retorno ao plano de saúde sem pagamento retroativo, porém com cumprimento de carência para uso de procedimentos; e o reajuste do valor do plano de saúde e do limite mínimo de pagamento.

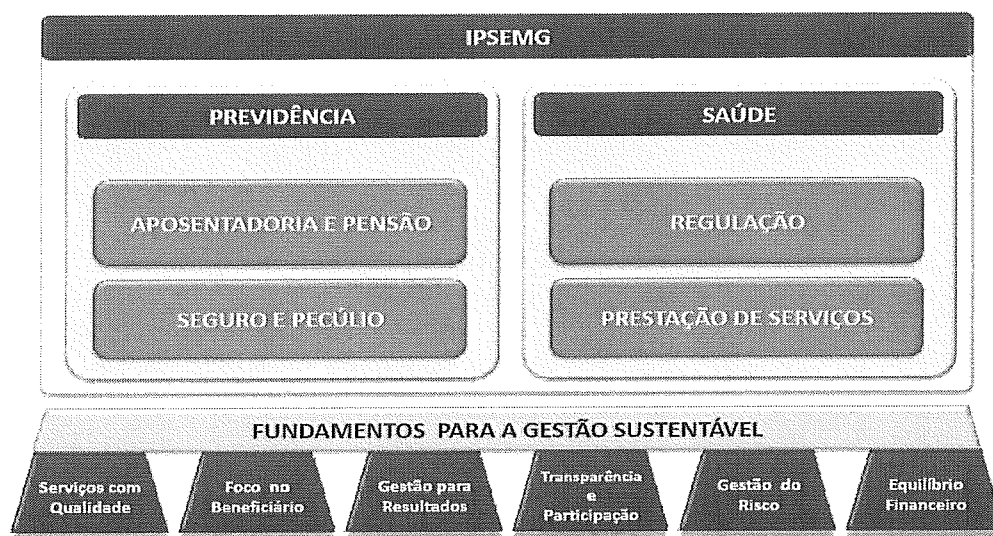
Tabela 13 - Comparação do gasto per capita do IPSEMG com o mercado

Tipo	Per capita/2006	Diferença (R\$) para IPSEMG	Diferença (%) para IPSEMG
IPSEMG	35,70	0	0
Cooperativa	113,27	77,57	217,28
Medicina grupo	79,64	43,94	123
Seguradora	178,17	142,47	399,07
Agregado	91,59	55,89	156,55

Fonte: ANS, 2007.

A administração 2011-2014 do IPSEMG contratou uma consultoria para ser facilitadora da formulação de um novo planejamento estratégico do IPSEMG. A Presidência forneceu algumas diretrizes para a elaboração do Planejamento Estratégico (Figura 35) que apresenta pilares como fundamentos para a gestão sustentável para suas áreas de negócio (Previdência e Saúde). Uma premissa usada no Planejamento Estratégico foi também a evolução da gestão no governo de Minas Gerais, resgatando desde a primeira geração, com foco no equilíbrio fiscal (Choque de Gestão: 2003-2006), passando pela segunda geração, com foco na melhoria do desempenho gerencial, visando obter resultados (Estado para Resultados: 2007-2010), até chegar na terceira geração, com foco no estado em rede (Gestão para a Cidadania: 2011-2014), que, por sua vez, possui os seguintes pilares: transparência, prioridades claras, participação com qualidade, engajamento da sociedade civil (ouvir e pactuar) e com os conceitos norteadores de fim público, não estatal e Estado Aberto e em rede.

Figura 35 – Diretrizes estratégicas IPSEMG – 2011-2014



Fonte: Documentação interna ao IPSEMG, 2011.

Para a área da Saúde, foram definidos dois grupos, como dois subnegócios: Regulação/Gestão do Plano de Saúde e Prestação de Serviço em Recursos Próprios. Para Gestão do Plano de Saúde, as diretrizes foram: cálculo atuarial, análise epidemiológica, análise estatística, auditoria (prévia, concorrente e pós), gestão da rede credenciada, regras e processos para cobertura, financiamento e foco no beneficiário. Para a Prestação de Serviços em Recursos Próprios (HGIP, CEM e Odontológico), as diretrizes foram: promoção da saúde, qualidade, eficiência e ser referência para regulação da rede credenciada.

Após o estabelecimento das diretrizes, algumas lideranças do Instituto foram envolvidas com o apoio da consultoria contratada para a análise de ambiente interno e externo e a criação de uma identidade organizacional, com missão, visão, negócio, crenças e valores, para, então, se chegar a mapas estratégicos. Foram definidos grupos de trabalho para cada negócio (Previdência, Plano de Saúde, Recursos Próprios), que, por sua vez, geraram a identidade organizacional de cada negócio em questão, para a consultoria elaborar, então, o material corporativo. Como produto final, foi obtido o mapa estratégico da Assistência à Saúde (Figura 36), dos Recursos Próprios (Figura 37) e o Corporativo (Figura 38), todos com as perspectivas do *Balanced ScoreCard*. As crenças e os valores corporativos estabelecidos foram: Eficiência, Equidade, Humanismo, Ética, Profissionalismo, Qualidade e Transparência.

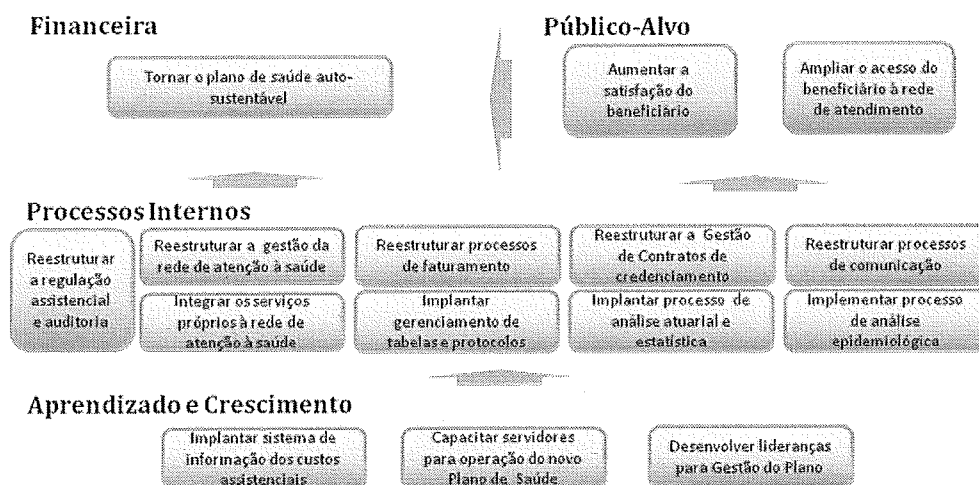
Figura 36 – Mapa estratégico IPSEMG – Plano de Saúde

MAPA ESTRATÉGICO

Plano de Saúde

Visão 2014 *Ser reconhecido pela excelência em saúde suplementar para todos os servidores públicos estaduais e seus dependentes.*

Missão *Assegurar ao beneficiário do IPSEMG acesso à prestação de serviços de atenção à saúde, com financiamento sustentável, por meio da gestão de uma rede regionalizada e qualificada.*



Fonte: Documentação interna ao IPSEMG, 2011

Figura 37 – Mapa estratégico IPSEMG – Recursos próprios

MAPA ESTRATÉGICO RECURSOS PRÓPRIOS

Visão - 2014: Ser reconhecida pela excelência na prestação de serviços de atenção à saúde

Missão: Prestar serviços integrados de atenção à saúde aos beneficiários com qualidade, sustentabilidade e em consonância com a rede assistencial do IPSEMG



Fonte: Documentação interna ao IPSEMG, 2011

Figura 38 – Mapa estratégico corporativo do IPSEMG

MAPA ESTRATÉGICO CORPORATIVO DO IPSEMG

Visão 2014: Ser reconhecido pela excelência na gestão e no atendimento ao beneficiário em saúde e previdência.

Missão: Assegurar e prestar serviços integrados de atenção à saúde e de concessão e manutenção dos benefícios previdenciários de forma regionalizada, com qualidade e sustentabilidade.



Fonte: Documentação interna ao IPSEMG, 2011

Após a elaboração dos mapas estratégicos, os próximos passos foram: definir os responsáveis pelo acompanhamento de cada objetivo estratégico; estabelecer indicadores e metas para cada objetivo estratégico; validar as metas com a presidência; elaborar os planos de ação para cada meta e projetos; e elaborar e implementar a sistemática de acompanhamento de resultados. A sistemática foi implementada apenas ao final de 2011, mas pela inexperiência dos envolvidos e pela falta de conhecimento de conceitos e metodologias de planejamento estratégico, não se obtiveram ainda resultados desse movimento. O sucesso na condução de alguns projetos devia muito mais ao fato de se ter liderança capaz e presente por parte do gestor de projeto do que à sistemática de acompanhamento em si, diferente do restante do governo de Minas Gerais, em que se devia ao fato de haver uma sistemática de acompanhamento eficaz no contexto do Estado para Resultados, com a presença do governador e demais lideranças governamentais.

4.3.2. Inovação no IPSEMG

O modelo de atenção do IPSEMG proposto no contexto do novo planejamento estratégico está centrado no beneficiário e possui as seguintes características: porta de entrada organizada ao sistema de saúde; capacidade de atender a demanda do beneficiário de forma integral e abrangente; fortalecimento do vínculo entre o beneficiário e a equipe de saúde; gerenciamento da atenção à saúde de forma coordenada; e uso intensivo da informação. A organização dos serviços é decorrente do conhecimento das necessidades de saúde desta população, com base na Atenção Primária à Saúde (APS), pois é a porta de entrada do sistema, responsável pela organização do cuidado à saúde do servidor e de sua família ao longo do tempo. Com esse intuito, foi estruturada de forma a responder pela maior parte das necessidades em saúde, incluindo diversos tipos de serviços, desde preventivos até reabilitadores. Integra o cuidado entre a utilização e a dispersão geográfica.

A concretização dessas características está norteada por princípios específicos, definidos a seguir:

- Princípio 1 - Garantir aos beneficiários do plano acesso à Atenção Primária de Saúde de forma regular e extensiva, não se restringindo ao atendimento episódico de eventos agudos. Para tanto os serviços de Atenção Primária serão oferecidos de forma descentralizada nas regiões definidas, sendo necessário:

- Identificar e definir rede de serviços integrando diferentes níveis de complexidade, organizadas em regiões preestabelecidas, com acesso por meio de protocolos para encaminhamento entre os diferentes níveis;
- Disponibilizar sistema de registro de informações individuais de saúde, compartilhado entre as equipes multiprofissionais nos diferentes níveis de complexidade;
- Criar uma central única de atendimento com autorização, controle, regulação e relacionamento para gerenciar os recursos assistenciais disponíveis e organizar os encaminhamentos entre os diferentes níveis de complexidade;
- Preparar e programar serviços de assistência remota aos beneficiários, suportados por tecnologias de informação e comunicação, para orientação à distância de acordo com as necessidades identificadas e com protocolos e programas específicos.
- Princípio 2 - Integrar suas ações àquelas propostas pelo estado referentes à saúde de seus servidores. Dessa forma, tem interface com as diferentes secretarias para a abordagem de problemas de saúde relacionados ao trabalho e à promoção de saúde no local de trabalho, sendo necessário:
 - Formular, em conjunto com a SEPLAG, ações de saúde visando à promoção primária, à educação para o autocuidado, à detecção precoce de doenças e à prevenção de doenças relacionadas ao trabalho;
 - Desenvolver, em conjunto com a SEPLAG, intervenções tendo como referência os princípios da promoção de saúde no local de trabalho.
- Princípio 3 – Estruturar-se de forma a evitar a fragmentação dos serviços. A oferta de serviços contempla os diferentes níveis de complexidade, na busca da integralidade da atenção. Para tanto, deve ocorrer o compartilhamento de informações entre os diferentes serviços, prestadores e profissionais tendo como referência o beneficiário.
- Princípio 4 – Melhorar o aproveitamento dos recursos humanos do setor de saúde. Para tanto, preconizam-se novos modelos de equipe de saúde, que exigem habilidades de comunicação, técnicas de mudança comportamental, educação do paciente e habilidades de aconselhamento para auxiliar os beneficiários, sendo necessário:
 - Identificar e contratar equipes multiprofissionais para trabalhar de forma integrada na atenção primária;
 - Promover a educação permanente para a capacitação e atualização destas equipes;
 - Organizar os recursos de telessaúde para apoiar as equipes de atenção nos diferentes níveis de complexidade;

- Propor formas de remuneração da equipe de APS vinculadas ao cumprimento de metas acordadas.
- Princípio 5 – Posicionar o indivíduo e a sua família como focos do modelo de atenção do IPSEMG. Uma consequência desse foco é a necessidade de conhecer tanto as necessidades de saúde como seus valores, suas crenças e sua percepção com respeito à utilidade, eficácia e credibilidade dos serviços de saúde, sendo necessário:
 - Conhecer as necessidades dos beneficiários mediante a: realização de inquéritos epidemiológicos amostrais e censitários, contemplando aspectos sociodemográficos, estilo de vida, morbidade referida, utilização de serviços preventivos, saúde mental, percepção da própria saúde e qualidade de vida; e a definição de um conjunto básico de informações que devem ser colhidas, desde o cadastramento do beneficiário no plano e atualizado nas oportunidades de contato com este.
 - Preparar e implantar atividades de educação em saúde focadas no autocuidado, na promoção de estilo de vida saudável, na prevenção de doenças e na corresponsabilidade do indivíduo, da família e da comunidade no cuidado à saúde.
- Princípio 6 - Enfatizar a prevenção, uma vez que a maioria das condições crônicas pode ser evitada e muitas de suas complicações podem ser prevenidas, sendo necessário:
 - Oferecer informações aos beneficiários sobre os meios e o impacto das medidas de prevenção na qualidade de vida, na ocorrência de doenças e na longevidade;
 - Incorporar aos serviços de atenção primária às diretrizes de prevenção para as quais haja evidências de custo efetividade (detecção precoce de doenças por meio de *screening* e outros métodos, aconselhamento em saúde etc.).

O IPSEMG está buscando a atualização tecnológica tanto na gestão quanto na assistência. Busca, inclusive, usar padrões de telessaúde, por meio da implantação em seus serviços próprios de um sistema de gestão clínica, integrado com resultados de seu laboratório próprio e com sistema (em implantação) de digitalização de exames (raio X, tomografia, mamografia), com uso de PACS (*Picture Archiving and Communication System*). Dessa forma, tanto no Hospital Governador Israel Pinheiro (HGIP), quanto no Centro de Especialidades Médica (CEM) e, futuramente, no Odontológico, os profissionais de saúde poderão utilizar interfaces para o gerenciamento do registro do paciente e a melhoria na assistência, tendo acesso aos exames realizados anteriormente. No sistema de PACS, os laudos serão desenvolvidos pelos médicos, independente da unidade em que eles estiverem (a

distância). Para essas intervenções inovadoras, projetos estratégicos foram criados, gerenciados de forma compartilhada e capitaneado pelo assessor-chefe de sistemas e infraestrutura de TIC do Instituto.

Figura 39 – Macroprocessos do Modelo de Atenção à Saúde do IPSEMG



Fonte: PRIMEIRO CADERNO DE GESTÃO SUSTENTÁVEL DO IPSEMG (Agosto/2011)

Além desses movimentos, o IPSEMG contratou ex-funcionários da Unimed Belo Horizonte para implantar boas práticas de gestão de plano de saúde na instituição. Trouxe profissionais que trabalharam nessa empresa em diversos movimentos, como planejamento estratégico, gestão de informações, gestão de projetos, implantação de políticas de promoção da saúde, sistemas de informações e implantação de novos modelos de atenção à saúde. Assim, o IPSEMG também utilizou o modelo de Leavell & Clark (1965) (Figura 19), gerando proposta de macroprocessos de um novo modelo de Atenção à Saúde a ser implantado no instituto (Figura 39), com diretrizes que foram apresentadas no Primeiro Caderno de Gestão Sustentável do IPSEMG, divulgado em agosto/2011.

O Sistema de Saúde no qual está inserido o IPSEMG, com seu modelo de remuneração aos prestadores por serviços prestados, transformou-se em um comércio de serviços, no qual o cliente/consumidor, munido de um cartão em tudo semelhante a um cartão de crédito, porém sem fatura a pagar no final do mês, demanda livremente serviços, muitas vezes,

desnecessários e os prestadores são remunerados não pela resolubilidade de seu serviço, mas pelo volume produzido, não se opondo à demanda dos clientes.

Este cenário, aliado à crescente incorporação de novas tecnologias, ao envelhecimento populacional e à maior prevalência das doenças crônico-degenerativas, vem pressionando os custos e comprometendo a solvência dos planos de saúde em geral e do IPSEMG em particular. Essa situação justifica a alteração do modelo de atenção passivo (sob a demanda do cliente) para um modelo de atenção ativa, no qual o Instituto busca em sua base de clientes as informações sobre aqueles portadores de doenças crônicas ou em idade de risco para alguns tipos de câncer e organiza sua atenção, informando-lhes quais exames devem realizar e sua periodicidade, quais as complicações mais comuns e como preveni-las e identificá-las precocemente e disponibilizando profissionais de saúde para esclarecer pequenas dúvidas por telefone.

A situação é de tal magnitude que, atenta à transição epidemiológica e demográfica, a Agência Nacional de Saúde Suplementar, por meio da IN 001 de 30/12/2008, em consonância com a política de governo de incentivar as ações preventivas nas diversas formas de Atenção à Saúde, promove o incentivo às práticas preventivas, ao permitir que o investimento nesta área seja contabilizado como ativo, melhorando o desempenho econômico-financeiro das empresas e, mais recentemente, permite o incentivo financeiro por parte das operadoras à adoção de hábitos saudáveis por seus clientes.

Trata-se, sem dúvida, de um grande desafio, pois é preciso que implantar um modelo de atenção ativa coexistente com a cultura de procura espontânea e livre utilização dos serviços de saúde. O investimento neste novo modelo de atenção, no qual o cliente volta a ser visto em sua integralidade e cuidado por equipe multiprofissional, sempre alinhado às melhores práticas estabelecidas por consensos nacionais, e diante da ausência destes por consensos internacionais, é uma das metas a serem alcançadas no IPSEMG com a implementação do projeto Atenção Ativa e Promoção da Saúde.

Para pautar o novo modelo de Atenção à Saúde, foi proposta uma nova rede de prestadores, após estudo executado por uma consultoria sobre oferta *versus* demanda em todo o estado. Para a gestão da nova rede proposta, tornou-se necessário conceber e implantar um processo de regulação e auditoria mais consistente. Para tal, o IPSEMG buscou as seguintes parcerias, apresentadas na Figura 40.

Figura 40 - Parcerias para regulação e auditoria no IPSEMG



Fonte: Elaborado pelo autor.

Houve a necessidade de contratar uma empresa de treinamento para replicar em suas unidades próprias no interior a nova forma de trabalho de auditoria preventiva, concorrente, retrospectiva (contábil e de qualidade) e analítica (análise de informações). Para os serviços próprios, para evitar potenciais problemas de relacionamento interno, foi contratada uma empresa de auditoria para exercer as distintas auditorias em nome da instituição, além de propor mudanças de práticas por meio de estabelecimento ou melhoria de protocolos.

Houve a necessidade também de estabelecer uma parceira com o Hospital Universitário para melhor legitimidade de alguns pareceres jurídicos com suporte técnico-científico, revisão de protocolos (nas perspectivas de segurança do paciente, qualidade, efetividade e envolvimento do paciente, dentre outros), segunda opinião em casos cardiológicos e oncológicos (alto custo) e avaliação de incorporação de novas tecnologias. Buscou-se também parceiro para estabelecimento de protocolos e programas de promoção da saúde, desde o estabelecimento de critérios de elegibilidade para os programas até a sua execução, seja por telemonitoramento, atenção domiciliar ou campanhas. Para a regulação das movimentações entre baixa, média e alta complexidade da rede, buscou-se também um parceiro para transporte médico (aéreo e terrestre), com uma central de regulação própria em articulação com a central de regulação do instituto, a fim de se decidir pelos transportes sob a perspectiva

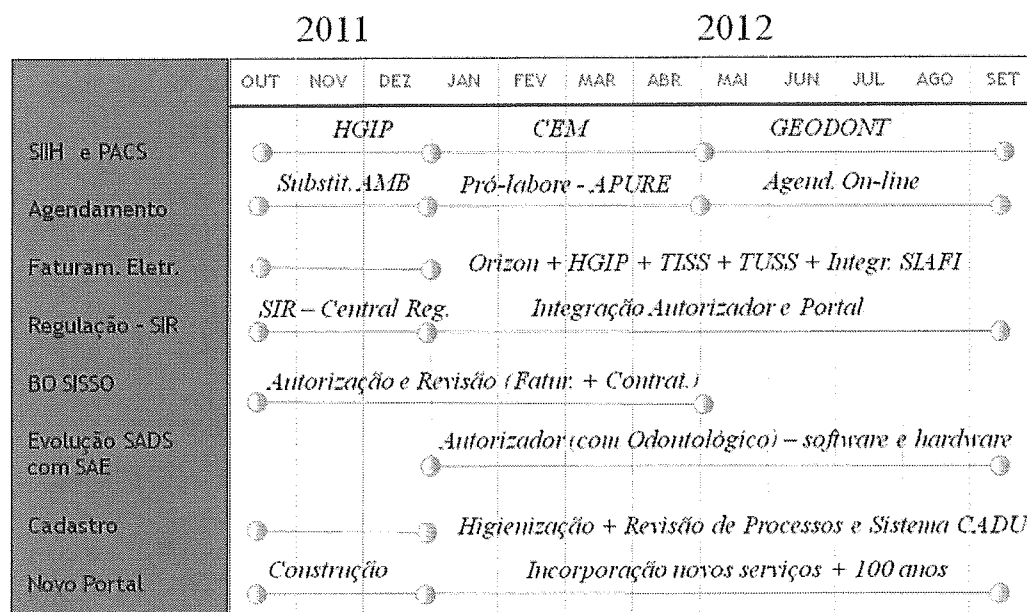
de urgência e emergência. Para o monitoramento das agendas dos médicos na Capital e interior e com o objetivo de implantar um agendamento on-line de consultas, buscou-se uma parceria com uma associação de cooperativas médicas para gerenciar o trâmite de informações para tal objetivo, além do repasse e auditoria dos pagamentos de honorários. Muitas dessas parcerias, entretanto, estão em andamento para se fechar convênios e contratos, principalmente por mudarem o modelo interno existente, levando tempo para a adesão interna dessa proposta.

O IPSEMG buscou práticas existentes no SUS (SES-MG), ANS e no sistema Unimed, para incorporá-las. No SUS, foram consideradas boas práticas na SES-MG a forma de trabalho da Central de Regulação, os princípios de definição do Plano Diretor de Regionalização e o Modelo de Atenção à Saúde. Na ANS, foram consideradas boas práticas a Tabela Unificada de Saúde Suplementar (TUSS) e o padrão/protocolo de comunicação TISS – Troca de Informação de Saúde Suplementar. Na Unimed Belo Horizonte, foram consideradas boas práticas o sistema de bonificação de prestadores, os programas de promoção da saúde, os critérios de credenciamento de prestadores, o uso de sistemas (agendamento on-line de consultas, por exemplo) e as políticas de relacionamento com o cliente. Pelo fato de o IPSEMG não ser regulamentado pelo SUS nem pela ANS, ele pode ter a flexibilidade de buscar o que há de melhor nos dois sistemas para incorporar em suas práticas. A diretriz de inovação colocada na instituição foi de uso intensivo de *benchmarking*, ao invés da busca de inovações radicais, a fim de se buscar lições aprendidas e boas práticas já confirmadas em outro contexto, para catalisar e aumentar a chance de sucesso na implementação da inovação na instituição.

Os projetos de sistemas estratégicos no IPSEMG para 2011/2012 estão apresentados na Figura 41, baseando principalmente no *benchmarking* feito na Unimed Belo Horizonte e SES-MG. A primeira linha apresenta a evolução da implantação de um Sistema de Integrado Informações Hospitalares (SIIH), integrado com um sistema de digitalização e visualização de exames de imagens (PACS). Este sistema foi iniciado para ser instalado no hospital próprio, para, então, ser expandido para os ambulatorios e chegar aos serviços próprios odontológicos. Ao término da implantação, haverá um banco de dados de prontuário único do beneficiário nos serviços próprios, além de se ter mais informações sobre os serviços prestados nesses. Além dessa frente de trabalho, há também a evolução do sistema de agendamento, que no passado era feito pessoalmente e com grandes filas, passando a ser feito no *call center* (central

de atendimento por telefone) com intenção de se implantar um agendamento on-line, com apuração automatizada de honorários. Outra frente de trabalho em andamento, com intensa atividade em 2011, é a de faturamento eletrônico. Em outubro/2011, mais de 80% do faturamento recebido já estava no formato eletrônico – esse percentual diz respeito a quantidade de contas, mas não a volume financeiro recebido. Neste projeto, há também a frente de trabalho encarregada de iniciar faturamento do hospital próprio, para gerenciamento de seu resultado comparativamente, como se fosse um prestador externo. Há, também, o movimento para incorporar a codificação TUSS e o padrão de comunicação TISS. A central de regulação está recebendo também um sistema informatizado para a abertura dos processos, anexando laudos e pedidos para avaliação médica. Esse sistema estará integrado com o sistema de gerenciamento de contratos e de autorização do instituto. Estará também integrado no portal (internet), para que o prestador e/ou beneficiário possa entrar com os pedidos de autorização de procedimentos. Apesar de já existir um sistema de inteligência de negócio na instituição, ele precisa receber a dimensão dos procedimentos autorizados. Esse projeto (BO SISSO) está em andamento, com ajuste das dimensões existentes (contratos e faturamento), para possibilitar estudos comparativos entre eles, a fim de apoiar as decisões com base nesse sistema de apoio ao executivo.

Figura 41 – Projetos de sistemas estratégicos no IPSEMG – 2011/2012



Fonte: Elaborado pelo autor.

Há também a frente de trabalho de desenvolvimento de interface própria de autorização, que hoje é contratada no mercado. Nem o SUS nem a Unimed contratam esse sistema, por ser estratégico. Além disso, o valor de mercado desse serviço contratado, comparando em um estudo de viabilidade econômico-financeira, é dez vezes maior do que as despesas anuais inerentes a assumir esse serviço. Para se resolver problemas de cadastros, há também projeto de higienização do Sistema de Cadastro Único (CADU) e revisão de processos. Em outubro/2011, cerca de 60% dos problemas (inconsistências) já estavam resolvidas. Essa informação é base para qualquer estudo da carteira de beneficiários, desde o ponto de vista epidemiológico até o atuarial. Outro sistema também em andamento é o novo portal, para consolidar a internet como o principal mecanismo de comunicação com o beneficiário, o prestador de serviço em saúde e o fornecedor, funcionário, dentre outros públicos do instituto.

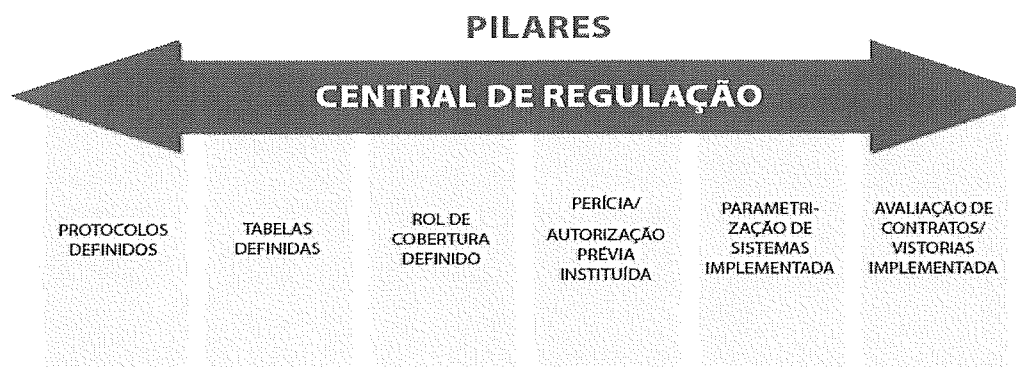
Na relação com seus prestadores de serviço em saúde, o IPSEMG buscou também estabelecer em seu Núcleo de Credenciamento alguns pilares e fundamentos para se estabelecer critérios até então inexistentes, para se planejar a contratação da rede de prestadores. Os critérios de qualificação da rede propostos foram:

- Certificações de entidades reconhecidas, como ONA, ISO e PALC, ou demais selos de qualidade;
- Sinergia com programas PROHOSP, Maternidade de alto risco e Hospital amigo da criança;
- Mortalidade institucional;
- Taxas de mortalidade e infecção hospitalar, segundo o Ministério da Saúde;
- Formação acadêmica: doutorado, mestrado e especialização;
- Título de especialista;
- Conclusão e tempo de residência médica;
- Experiência profissional e publicações.

Para cumprir com o papel de intervir nos processos de prestação de serviços, alterando ou orientando a sua execução, o controle de oferta e demanda deve ser feito por meio de fluxos e protocolos assistenciais para os serviços de saúde. Um dos maiores desafios da regulação é manter o equilíbrio entre a demanda por assistência à saúde, a qualidade dos serviços prestados e os recursos disponíveis. Para tanto, o IPSEMG visa: reestruturar sua central de regulação e adotar instrumentos de controle semelhantes aos utilizados pelos demais planos de saúde, como protocolos, tabelas e rol de cobertura definidos; incrementar o sistema de

perícia e autorização prévia de exames e procedimentos; criar parâmetros de sistemas; e realizar a avaliação de contratos e vistorias (Figura 42). A meta é organizar a Central de Regulação, com equipes trabalhando 24 horas por dia, sete dias por semana.

Figura 42 – Pilares da regulação e auditoria no IPSEMG



Fonte: PRIMEIRO CADERNO DE GESTÃO SUSTENTÁVEL DO IPSEMG (Agosto/2011).

Para a autorização dos procedimentos, a Central de Regulação avaliará:

- se o medicamento, equipamento ou material têm seu registro devidamente atualizado perante os órgãos públicos responsáveis (ANVISA) e se tal registro está de acordo com a utilização pretendida;
- o risco que tal tecnologia pode apresentar ao paciente se mal empregado;
- os benefícios assegurados ao cliente;
- a qualidade e quantidade dos trabalhos realizados com tal indicação, assim como os resultados obtidos;
- a relação custo *versus* benefício;
- a possibilidade de o local onde a tecnologia for aplicada estar adequado; e
- a eficácia de tal proposta e sua efetividade.

A Central de Regulação será responsável também pela avaliação e monitoramento de situações e indicadores, tais como:

- Prestadores que mais solicitam exames de diagnose e propor normas/protocolos de regulação.
- Paciente da rede internado há mais de vinte dias, inclusive com visita hospitalar (propor desospitalização direcionando para hospitais de retaguarda ou para cuidados domiciliares).

- Pacientes que internam mais de cinco vezes no último ano analisado, pacientes que realizam mais exames que o normal e propor vinculação aos Programas de Promoção à Saúde ou encaminhamento para prestadores mais efetivos.
- Prestadores responsáveis por 60% das despesas, verificando: valor apresentado, valor pago, % de glosas, quantidade de internações mensais, tempo médio de permanência, % de internações clínicas *versus* % de internações cirúrgicas; custo médio por fatura; e custo médio por paciente/dia.

Está em andamento estudo para a revisão do plano de saúde, com os seguintes pilares/pressupostos:

- necessidade de rever o financiamento e a política de subsídios da assistência à saúde;
- necessidade de dar opções de plano para os beneficiários;
- necessidade de considerar a idade como critério de valor do plano, mantendo a política de subsídio de acordo com a remuneração;
- estudo e revisão da coparticipação e dos dependentes do plano;
- projeção de necessidade de serviços de saúde com base nos parâmetros do Ministério da Saúde para a saúde suplementar;
- necessidade de melhorar a eficiência e efetividade da rede própria;
- necessidade de melhorar a autogestão para que ela se torne sustentável;
- existência de uma rede credenciada e de uma rede própria de prestação de serviços;
- existência de uma estrutura de autogestão organizacional para a gestão do plano;
- existência de rede própria como um prestador de serviço do plano de saúde do IPSEMG, submetendo-se às regras contidas no plano;
- conhecimento de que a carteira de beneficiários do plano é predominantemente de mulheres e idosos, o que eleva o custo do plano;
- necessidade de uma rede regionalizada de serviços de saúde;
- fixação de parâmetro de cobertura o rol de procedimento da ANS 2010;
- remuneração dos prestadores referenciada na tabela CBHPM; e
- estabelecimento de período de carência de uso do plano segundo as regras da ANS para novos beneficiários e para quem decide retornar ao plano, após período de desligamento.

4.3.3. Competências no IPSEMG

A Tabela 14 demonstra como os recursos humanos do IPSEMG estão distribuídos, conforme suas unidades principais, sendo os escriturários (ensino médio) a maioria de seus colaboradores da área administrativa. No interior, esse cargo é superior a qualquer outro cargo, até assistencial.

Tabela 14 – Distribuição dos colaboradores do IPSEMG por unidade

Unidade	Quantidade
Hospital Governador Israel Pinheiro	2.087
Centro de Especialidades Médicas	316
Sede IPSEMG	670
Odontológico – Capital	416
Interior (unidades administrativas e assistenciais)	701
Total	4.190

Fonte: IPSEMG - Departamento de Gestão de Pessoal, 2008.

A Tabela 15 apresenta os números de servidores do IPSEMG no exercício 2010 (ativos e inativos), com os respectivos valores de despesas anuais vinculados. Para uma receita de aproximadamente 700 milhões de reais, cuja fonte é, basicamente, o subsídio do governo do estado de Minas Gerais e as contribuições de seus beneficiários, a despesa anual com servidores representa, conforme a Tabela 15, cerca de 240 milhões de reais. Em 2011, o valor investido em treinamento orçado era de aproximadamente R\$ 260.000,00, mas foram cortados R\$ 220.000,00, chegando então a um valor destinado a treinamento dos servidores ativos de R\$ 40.000,00, o que representa cerca de 0,006% da receita do instituto.

Tabela 15 – Número de Servidores do IPSEMG (Exercício 2010)

Servidores	Número	%	Despesa anual (R\$)	%
Ativos	3384	57	132.475.911	55
Inativos	2791	43	109.128.917	45
Total	6027		241.604.828	

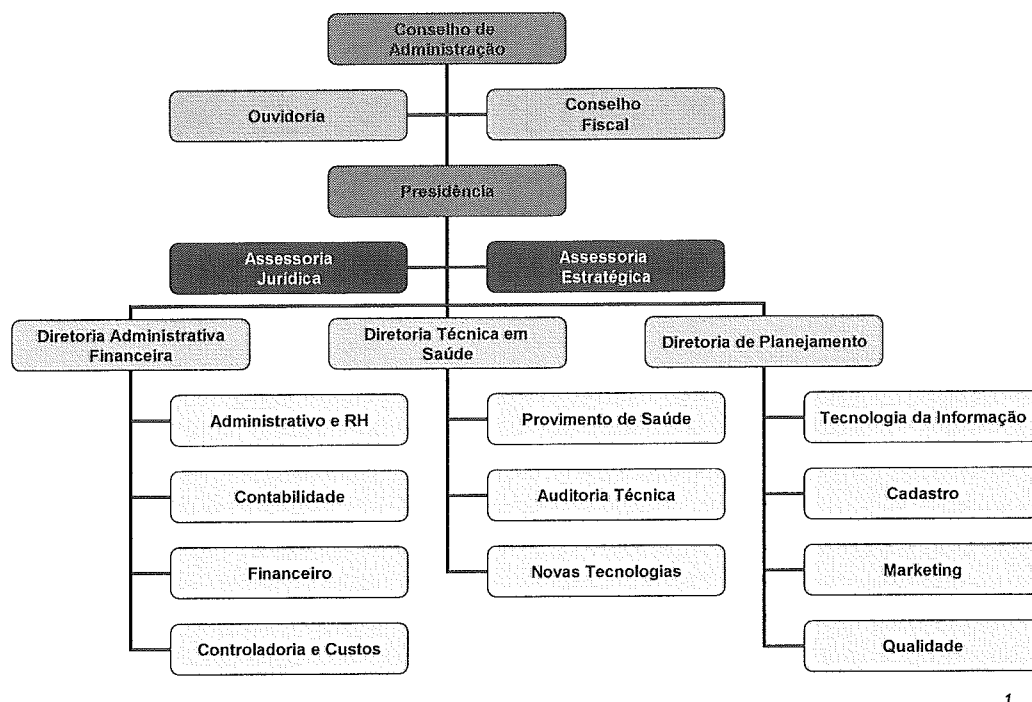
Fonte: PRIMEIRO CADERNO DE GESTÃO SUSTENTÁVEL DO IPSEMG (Agosto/2011)

Uma consultoria contratada pelo IPSEMG propôs uma nova estrutura organizacional para a gestão do plano de saúde, caracterizada ser enxuta, com especialização em gestão de saúde (Figura 43). A estruturação reflete a preocupação em dotar o Instituto de uma arquitetura organizacional que permita a execução com eficácia e eficiência de suas tarefas administrativas, assim como a gestão do modelo assistencial, em sintonia com os outros atores do sistema. Porém, a administração que assumiu em 2011 o IPSEMG propôs um organograma diferente (Figura 44). Esse organograma buscou manter os conselhos previamente existentes (Conselho de Beneficiários, Conselho Deliberativo e Conselho Fiscal), instituindo uma Diretoria Executiva, formada pela Presidência, Vice-Presidência, auditor chefe seccional, chefe do gabinete, assessora chefe de comunicação social, assessora chefe de políticas e regulação em saúde, procurador chefe, diretor de saúde, diretor de previdência e diretor de planejamento, gestão e finanças. Essas três diretorias foram mantidas no organograma, com mudança de responsabilidade da Diretoria de Saúde, que ficou com foco na gestão dos serviços próprios (HGIP, CEM e Odontológico). A responsabilidade pela gestão do plano de saúde ficou para a unidade nova, chamada “Assessoria de Políticas e Regulação em Saúde” (APRES), que possui três núcleos gestores: Núcleo de Credenciamento (contratação de prestadores), Núcleo de Procedimentos e Auditoria (central de regulação, gestão da tabela de procedimentos, definição de protocolos assistenciais, auditoria médica) e Núcleo de Gestão de Informações e Contas em Saúde (faturamento com prestadores e gestão das informações do plano de saúde, incluindo epidemiológicas, atuariais e estatísticas). Há de se destacar também a criação da Gerência de Recursos Humanos, que até então existia no Instituto como uma gerência de recursos humanos e logística.

Após seis meses de gestão, foi proposto pela administração do IPSEMG 2011-2014 um novo organograma, para reforçar o alcance dos desafios priorizados no Planejamento Estratégico elaborado pela instituição em parceria com uma consultoria contratada. A proposta está apresentada na Figura 45. Destacando as principais mudanças em relação ao organograma vigente até, então, a Assessoria de Políticas e Regulação em Saúde foi transportada para ficar no nível de diretoria, com a divisão do Núcleo de Gestão de Informação e Contas em Saúde em dois, para que houvesse gestores focados em cada uma das responsabilidades, que, inclusive, inclui processos críticos na instituição (faturamento e gestão de informação). Foram criadas também duas assessorias: Assessoria de Gestão Estratégica e Custos (no lugar do

Gabinete) e Assessoria de Sistemas e Infraestrutura de TIC, para atualização tecnológica do instituto, necessária para se alcançar o Planejamento Estratégico (sistemas e infraestrutura).

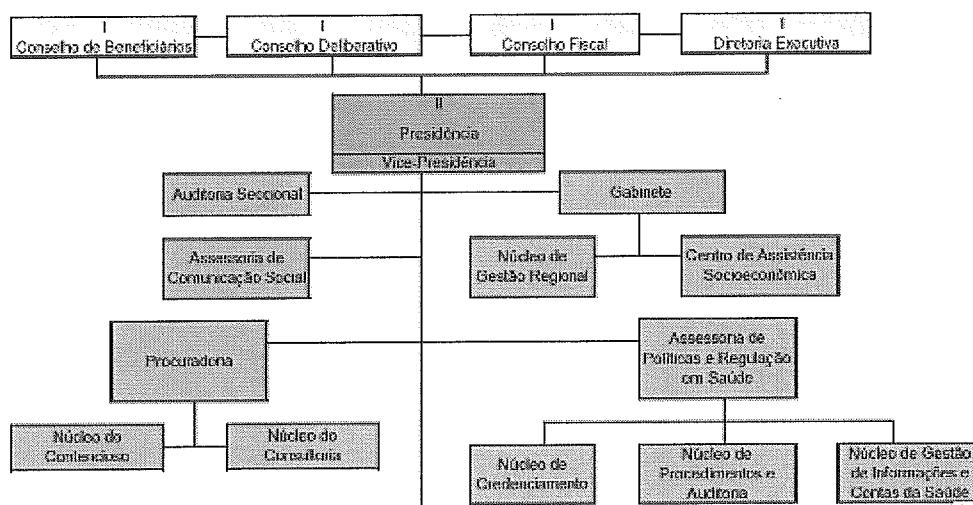
Figura 43 - Organograma proposto ao IPSEMG para gestão do plano de saúde



1

Fonte: Documentação interna ao IPSEMG, 2008

Figura 44 – Primeiro organograma proposto pela administração 2011-2014 do IPSEMG

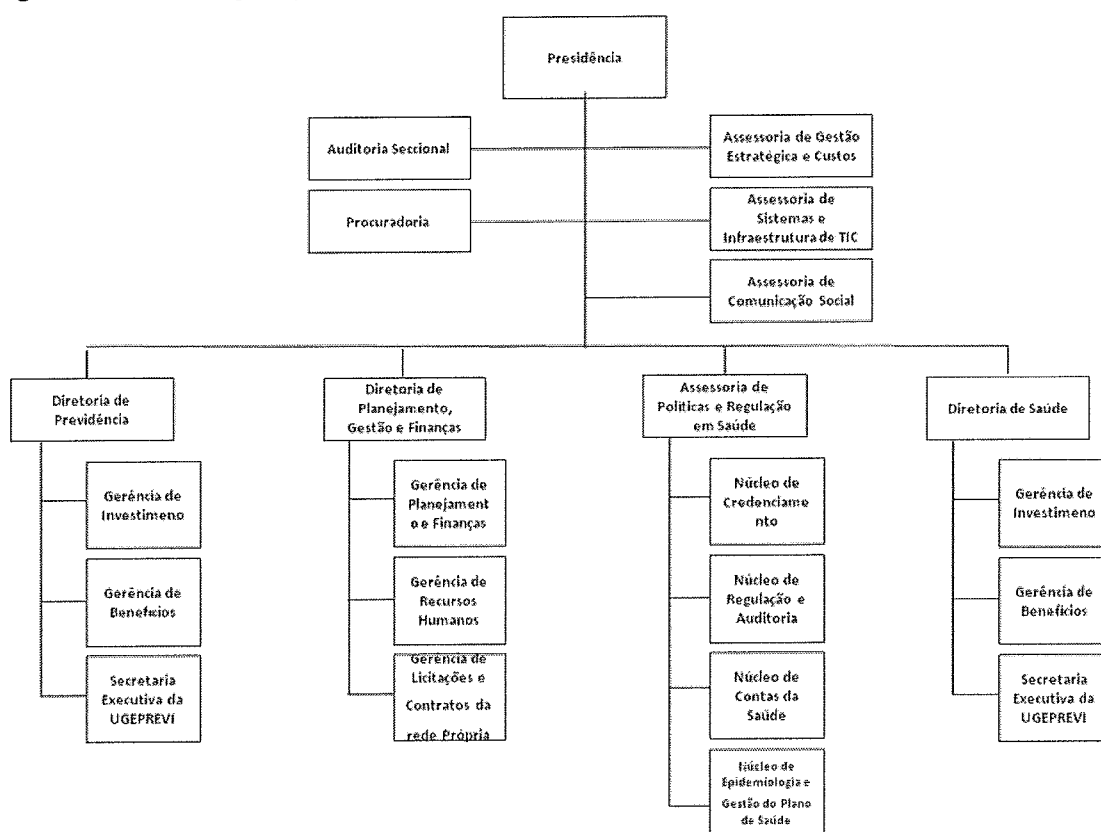


Fonte: Documentação interna ao IPSEMG, 2011.

Mesmo implementando as alterações no organograma e substituindo lideranças da instituição, para adotar uma nova política de gestão de pessoas no IPSEMG, reconheceu-se a necessidade de colocar em dia uma longa agenda de demandas e pendências, cujos encaminhamentos e soluções estão reclamando a realização de várias forças-tarefas e tempo para implementá-las, podendo ser exemplificadas:

- Pagamento de acordo com a legislação e laudos vigentes dos adicionais de insalubridade e periculosidade aos servidores que fazem jus e ainda não recebem a partir de setembro de 2011.
- Posicionamento, progressão, promoção, reposicionamento e pagamento dos servidores nas carreiras de auxiliar, técnico, analista de seguridade social e médico, o qual beneficiará 5.266 servidores até outubro de 2011.
- Concessão de vale-transporte para os servidores do interior de Minas Gerais: pagamento dos vales a partir de setembro para os servidores em exercício em municípios com população acima de 100.000 habitantes.

Figura 45 – Novo organograma do IPSEMG – Administração 2011-2014



Fonte: Documentação Interna ao IPSEMG, 2011.

A política de recursos humanos deve abarcar ações contemplando todo o ciclo de gestão de pessoas, como proposta. Alguns exemplos são:

- Planejamento da força de trabalho – em andamento, juntamente com o processo de acreditação na ONA;
- Realização de processo seletivo e concurso – em andamento processo seletivo;
- Definição do perfil dos servidores do IPSEMG;
- Gestão de carreiras com progressão e promoção – em andamento;
- Política de capacitação e educação permanente - em andamento;
- Medicina e segurança do trabalho – em andamento, juntamente com o processo de acreditação na ONA;
- Redução do absenteísmo – estudos em andamento;
- Avaliação de desempenho;
- Política remuneratória – agenda apresentada, com reajuste de 5% em outubro e 5% em abril de 2012 e data-base em 1º de outubro;
- Carreiras e tabelas – início dos estudos no final do ano, após reposicionamento nas carreiras atuais, que ocorrerá em outubro;
- Concessão de benefícios (aposentadoria, adicionais de tempo de serviço, ADE, prêmio por produtividade) – o mapeamento dos processos para que a concessão ocorra no menor tempo possível será realizado e os estudos estão em andamento.

Para a implementação dessas questões, o Instituto buscou o apoio de uma profissional que foi superintendente de recursos humanos na SES-MG. A intenção foi catalisar o processo com experiências adquiridas na implantação em uma instituição pública de boas práticas, tratando as demandas como projetos e formando lideranças internas, para dar continuidade às rotinas implantadas. Para se chegar à gestão de competências, o Instituto precisa ainda cumprir seus compromissos firmados acima e construir a credibilidade com as lideranças internas e colaboradores. Alguns gestores de recursos humanos já passaram pelo cargo, que exige muita atuação voltada para as demandas de departamento de pessoal, restando pouco tempo para atuações estratégicas, o que será um obstáculo para se chegar a um modelo de gestão por

competências de fato. De qualquer forma, a iniciativa de se buscar boas práticas em outra instituição será um facilitador para o processo.

4.3.4. Desempenho organizacional no IPSEMG

Para que o IPSEMG atenda às necessidades de seus beneficiários, torna-se imperativo o estabelecimento de determinados parâmetros, aqui denominados “Padrão de Serviços”. Não serão apresentados neste trabalho os resultados desses indicadores, pois não há ainda meios de medi-los, estando em implantação processos e sistemas para tal, com previsão de início de medição para 2013.

Foi constatado que no IPSEMG há medição de indicadores de acordo de resultados, mas não há projetos estruturadores para acompanhamento do governo do estado de Minas Gerais. Foi identificado também que há inconsistência na forma de geração de informações internamente, pois, dependendo da pessoa que gera a informação, ela pode sair bem diferente. Enfim, não há uma sistemática institucional para a geração de informações e o acompanhamento do desempenho organizacional. A intenção é utilizar mais softwares de monitoramento do tipo *Data Warehouse* para consolidar dados dos diversos sistemas existentes, a fim de gerar relatórios institucionais para acompanhamento gerencial do desempenho organizacional.

Os padrões de serviços derivam da política de saúde adotada pelo IPSEMG a partir de seu novo planejamento estratégico, a qual coloca a necessidade do usuário como centro da organização dos serviços e adota a Atenção Primária como estratégia para o atendimento destas. Portanto, o conhecimento das necessidades de saúde dos beneficiários constitui um pressuposto básico para a organização do IPSEMG. Estes parâmetros orientam a contratação e as atividades da operadora de serviços. A manutenção e a análise desses indicadores deverão se tornar prática institucional, para ser possível verificar o cumprimento dos padrões e o alcance das metas estabelecidas. Para tal, foi estabelecido um conjunto de indicadores como necessários para tal acompanhamento, agrupados nas seguintes categorias: número de consultas por usuário ano (média populacional); informações sobre a gestação e o parto; e vigilância de fatores de risco. Outros indicadores ligados diretamente a padrões de serviços definidos também serão acompanhados, agrupados em demográficos, epidemiológicos e econômico-financeiros. Entretanto, a realidade ainda presente sobre a gestão de desempenho é o acompanhamento dos indicadores do Acordo de Resultados de forma mais efetiva, não

tendo ainda de forma estruturada o acompanhamento dos demais indicadores de assistência à saúde.

Existiu apenas o lançamento de dois Cadernos de Gestão, com alguns números e comparativos, cujos dados foram apresentados em algumas partes deste trabalho como fonte de informação, mas não foi identificada uma sistemática de gestão interna deles, apresentando, inclusive, baixa qualidade de dados, com inconsistências em fontes de informação.

A atual administração do IPSEMG possui vários desafios, como pode ser visto ao longo da apresentação deste caso. Há necessidades e intenções sob diversos aspectos, incluindo a dimensão de gestão de recursos humanos, que precisa resolver uma agenda de passivo de administrações anteriores, e incluindo também a dimensão de gestão de inovação, cuja prática é inexistente. Entretanto, foram apresentadas várias intenções que se encontram em planejamento e que, pelo passivo também existente de uma instituição centenária que não recebeu espaço anteriormente para profissionalização e incorporação de boas práticas de gestão, não foram ainda implementadas.

5. ANÁLISE DE RESULTADOS

Para se fazer uma análise conjunta dos resultados dos casos, apresenta-se, inicialmente, o Quadro 9, com um resumo das informações obtidas para as categorias de análise anteriormente apresentadas no Quadro 5. No Quadro 9, procurou-se fazer um apanhado dos principais resultados obtidos na pesquisa para cada um dos casos estudados. Em seguida, são apresentadas algumas reflexões sobre as práticas das instituições estudadas sobre as categorias de análise (inovação e competências): é apresentada a análise das práticas de gestão de recursos humanos e de gestão por competência nas organizações estudadas, para, então, apresentar uma estrutura organizacional inspirada nas práticas dessas instituições para gestão da inovação e monitoramento do desempenho organizacional, cujo nome dado foi “Escritório de Gestão Estratégica”, pautada com gestão intensiva de projetos, orientada a resultados e integrada com outras tecnologias gerenciais, como uma possibilidade de articulação entre as dimensões estudadas neste trabalho.

Essa estrutura organizacional foi baseada na principal ferramenta de gestão da inovação identificada nos casos estudados: Escritório de Gestão de Projetos. Em verdade, esta prática foi encontrada na SES-MG e na Unimed-BH, mas entende-se que é uma tendência para o IPSEMG, visto que essa instituição está se baseando nas boas práticas das outras duas para a implantação de mudanças em seus processos de gestão. Nos casos da SES-MG e da Unimed-BH, essa estrutura organizacional é responsável também pelas funções relacionadas à gestão estratégica, com o levantamento e gestão de desempenho por meio de indicadores e projetos e da utilização de práticas de gestão de processos para a implementação de mudanças e inovações, dentre outras responsabilidades que deram base à estrutura organizacional que será apresentada posteriormente, chamada “Escritório de Gestão Estratégica”. Para a dimensão de gestão por competências, o IPSEMG também não apresentou práticas nesse sentido, porém foram identificadas intenções e algumas tímidas práticas de gestão de recursos humanos aderentes à gestão por competência na SES-MG e na Unimed-BH, principalmente na primeira, mas sem poder ser considerada como realidade nessas organizações, o que será apresentado e discutido na sequência.

Quadro 9 – Resumo dos resultados para os casos estudados nas categorias de análise (continua)

Dimensão	Categoria de Análise	SES-MG	Unimed-BH	IPSEMG
Contextualização	Estratégia Organizacional	<p>Planejamento Estratégico alinhado com Plano Minciro de Desenvolvimento Integrado, com carteiras de projetos prioritários de longo, médio e curto prazos, pactuadas nos Planos Plurianuais de Ação Governamental e descritos na Lei Orçamentária Anual. Alinhamento também com diretrizes do Choque de Gestão e do Estado para Resultados. Possui mapa estratégico nos moldes do BSC, organizado nas seguintes perspectivas: Sociedade, Processos, Inovação e Qualidade em Gestão Pública, Finança. A carteira de projetos prioritários está mais concentrada na área de resultado Vida Saudável.</p>	<p>Planejamento estratégico elaborado em 2006 apontando para 2015 com base no BSC, uso intensivo de indicadores para monitoramento, orientado a projetos de inovação do modelo de atenção à saúde e modelos de evolução da maturidade organizacional em várias perspectivas (gestão, modelo de atenção à saúde, comercialização, desenvolvimento de cooperados e prestadores, remuneração da rede, gestão da informação e outros). Uso de sistemática de acompanhamento da implementação da estratégia baseado no GPD com participação de toda estrutura hierárquica.</p>	<p>Planejamento estratégico alinhado com a SEPLAG-MG, com Acordo de Resultados e desdobramento em mapas estratégicos (previdência, saúde e serviços próprios), que convergem para um mapa corporativo. Sistemática de acompanhamento da estratégica incipiente, implementada apenas ao final de 2011, mas pela inexperiência dos envolvidos e falta de conhecimento de conceitos e metodologias de planejamento estratégico, não se teve ainda resultados desse movimento.</p>
	Modelo de Atenção à Saúde	<p>Implantação e uso de sistemas integrados, com a formação de redes de atenção à saúde capazes de responder às condições agudas e crônicas existentes no Estado, com os serviços de atenção primária à saúde dispersos e os serviços de maior densidade tecnológica concentrados. As redes estão definidas em um Plano Diretor de Regionalização. Há modelo de atenção às condições crônicas de saúde que iniciam com programas de promoção à saúde e vão até a gestão de casos. Possuem estrutura organizacional com pontos de atenção secundários e terciários que utilizam sistemas logísticos e de apoio para atenção primária.</p>	<p>Serviços próprios de baixa, média e alta complexidade, aliados a rede de prestadores contratados com incentivos à qualidade; Gestão de Riscos em Saúde, com programas de promoção à saúde, gerenciamento de doenças e gestão de casos crônicos, com remuneração variável por parte dos prestadores de serviços contratados, com foco em redução de custos e melhoria da qualidade de vida do cliente. Modelo baseado em uso intensivo de informações, tecnologia e de automação nos processos. Planejamento de evolução do modelo de atenção com modelo de gestão baseado em controle de custos para gestão da qualidade até chegar a gestão do resultado. Apresentação do modelo de atenção como soluções em saúde, com leques de programas que podem ser utilizados para aplicação em funcionários de clientes empresariais.</p>	<p>Rede de assistência à saúde de abrangência estadual constituída por prestadores de serviços próprios e credenciados, com tetos contratuais gerenciados na restrição orçamentária do Instituto e do Governo. Não possui regulamentação do SUS, nem da ANS, mas possui planejamento de se adequar às diretrizes fornecidas por esses modelos, para melhorar a qualidade da assistência, usando como benchmarking as experiências da SES-MG e Unimed-BH. Os programas de promoção da saúde são incipientes e não possui gestão de riscos ou gestão de casos crônicos, havendo inclusive desassistência para certas especialidades ou procedimentos em regiões do estado. Foram apresentados os planejamentos que estão sendo elaborados na administração atual para alterar essa realidade.</p>

Dimensão	Categoria de Análise	SES-MG	Unimed-BH	IPSEMG
Competências	<p>Políticas e práticas de GRH</p> <p>Modelo de Gestão por Competências</p>	<p>Existência de uma governança clínica (educação permanente dos profissionais de saúde; auditoria clínica, subordinada a uma política de qualidade; desenvolvimento e incorporação de novas práticas clínicas); reestruturação das carreiras e da política remuneratória do sistema estadual de gestão da saúde; recomposição da força de trabalho da secretária, com a realização de concurso público e de processos seletivos internos; fortalecimento da política de ações educacionais e implantação do canal saúde; implantação de programa de estágio na SES/MG; eliminação dos estoques de processos de recursos humanos; implantação do programa INOVARH (OTIMIZARH, CAPACITARH e SIGESP) e outras iniciativas estratégicas, como por exemplo a certificação ocupacional.</p> <p>No contexto do projeto OTIMIZARH, após censo dos servidores em exercício e do levantamento de informações relevantes para a estruturação das funções da SES-MG, foi provida de instrumentos de gestão de recursos humanos de competências para os processos de contratação/movimentação, desenvolvimento e avaliação de desempenho. Houve processo de mapeamento e definição de competências essenciais, destacando as contribuições efetivas das mesmas na organização. Processo de certificação ocupacional para cargos gerenciais específicos.</p>	<p>Existência de uma política de gestão de recursos humanos com processos de: planejamento de pessoal, R&D, educação e treinamento, comunicação interna, educação continuada, sistema de remuneração, programa de desenvolvimento individual com avaliação de desempenho, programa de desenvolvimento de potenciais (lideranças) e gestão por competências. Aplicação do conceito de perfil antropológico com preceitos de comunicação dialógica; transformação da cultura empresarial; incorporação da cultura da informação e do conhecimento; atualização da competência profissional e pessoal; constituição de equipes e lideranças de trabalhadores do conhecimento. Há alto turnover e baixo investimento em capacitação de empregados em proporção relativa à receita.</p> <p>Implantação dos processos de gestão de recursos humanos, incluindo modelo de gestão por competências, até final de 2005. O modelo de gestão por competências foi implantado principalmente para o processo de avaliação de desempenho. O modelo foi revisado com atuação de consultoria em 2007, com foco em retenção de talentos com revisão de cargos e salários. As mudanças constantes de lideranças de GRH e de posicionamento na estrutura organizacional dificultaram a expansão do modelo de gestão por competências para outros processos de GRH.</p>	<p>Mesmo implementando as alterações no organograma (constantes na atual administração) e substituindo lideranças da instituição, para implantar uma nova política de gestão de pessoas no IPSEMG, há necessidade de colocar de colocar em dia uma longa agenda de demandas e pendências, cujos encaminhamentos e soluções estão demandando realização de várias forças-tarefas e tempo para implementá-las. Há uma consultoria para dar apoio, com experiências do que foi feito na GRH da SES-MG e em mercado privado, mas as práticas atuais estão mais voltadas para rotinas de departamento de pessoal.</p> <p>Não há práticas de gestão por competências nessa instituição.</p>

Dimensão	Categoria de Análise	SES-MG	Unimed-BH	IPSEMG
Inovação	<p>Principais projetos e inovações</p>	<p>- Redes de Atenção à Saúde: Viva Vida, Hiperdia, Mais Vida, Urgência e Emergência, PROHOSP, Desenvolvimento de RH; - Saúde em Casa: Ampliação de PSF, Financiamento de UBS, PEP, PDAPS, Apoio profissional a APS; - Saúde Integrada: SETS, Regulação e PPI, Prontuário Eletrônico, Rede Farmácias de Minas, Tele Minas Saúde, Canal Minas Saúde.</p>	<p>- Programa para implantação do processo de promoção (Programas de promoção, Projeto gestão de riscos, Solução de saúde nas empresas, Sistema de vigilância em saúde) - Sistema de informação (Prontuário eletrônico do paciente, Portal de Informações do Paciente, Repositório de Conhecimento Médico) - Projeto de mudança na remuneração de cooperados e prestadores - Projeto de automação das gestões de regulação, urgência e emergência, dentre outros processos críticos - Participação do cooperado na inovação</p>	<p>- Implantação de Sistema de Autorização e Faturamento Eletrônico próprio para toda rede - Implantação de Sistema para Gestão de Informação para apoiar análise epidemiológica e atuarial - Reestruturação da Regulação Assistencial e Auditoria - Reestruturação da Gestão da Rede de Atenção à Saúde - Estruturar a gestão dos serviços próprios de forma integrada à rede de atenção à saúde - Sustentabilidade da Assistência à Saúde</p>
Ferramentas de gestão de inovação	<p>Escritório de Gestão de Projetos alinhado a estratégia organizacional e com práticas integradas de gestão</p>	<p>Escritório de Gestão de Projetos alinhado a estratégia organizacional e com práticas integradas de gestão</p>	<p>Escritório de Gestão de Projetos alinhado a estratégia organizacional e com práticas integradas de gestão</p>	<p>Foram identificadas necessidades e intenções de inovação, porém, não foi identificado uso de ferramentas de gestão de inovação de forma institucionalizada, apenas iniciativas pontuais.</p>
Controles internos e externos utilizados para gestão do desempenho	<p>- Pactuação de resultados no SUS (Pacto pela Saúde e Pacto pela Vida) e PPAG (Relatório Institucional de Monitoramento) - Geraes (acompanhamento de indicadores e projetos com presença do Governador)</p>	<p>- Gerenciamento pelas Diretrizes (GPD) - Relatórios de Gestão Anuais - Informações disponibilizadas para ANS - Sistemas de indicadores e de gestão de projetos - Balanço Social</p>	<p>Acompanhamento dos indicadores do Acordo de Resultados, porém, não tendo ainda de forma estruturada o acompanhamento dos demais indicadores de assistência à saúde. Existiu apenas o lançamento de dois cadernos de gestão com alguns números e comparativos, mas sem uma sistemática de gestão interna dos mesmos, apresentando inclusive baixa qualidade de dados.</p>	<p>Idem acima.</p>
Principais indicadores de resultados	<p>Indicadores de resultado e de processos definidos pelo Ministério da Saúde e outros complementares definidos pelo PPAG, com divergências entre as informações disponibilizadas para esses indicadores.</p>	<p>Além dos indicadores gerados para atender às necessidades de informações da ANS, a Unimed-BH possui um conjunto de indicadores de resultado e de processos para gestão estratégica da organização.</p>	<p>Além dos indicadores gerados para atender às necessidades de informações da ANS, a Unimed-BH possui um conjunto de indicadores de resultado e de processos para gestão estratégica da organização.</p>	<p>Idem acima.</p>

Fonte: Elaborado pelo autor

Em todas as instituições estudadas há pelo menos a intenção de se implantar a gestão de recursos humanos, pautando-se no modelo de gestão por competência. No caso do IPSEMG, visto que precisará cumprir com alguns compromissos e implantar processos básicos de gestão de recursos humanos, colherá resultados no médio ou no longo prazo, além do fato de haver um grande passivo de departamento de pessoal que precisa resolver antes de dar um passo mais estratégico. Para catalisar o processo, o instituto contratou a superintendente de recursos humanos que implantou na SES/MG os projetos de inovação em gestão de recursos humanos.

A SES/MG possui esses projetos com algumas “entregas” já feitas e outras ainda em andamento. Mudanças de governo e de lideranças internas fizeram com que esses projetos diminuíssem o ritmo e a gestão de recursos humanos perdesse espaço na instituição. Mesmo que esteja havendo aumento nas despesas de pessoal de aproximadamente 10% ao ano nos últimos anos, os investimentos em capacitação, desenvolvimento, educação e demais processos têm caído significativamente. Não se pode, então, chegar à conclusão de que a gestão de recursos humanos possui vínculo com o desempenho organizacional nessas instituições. No IPSEMG, não só por não ter uma gestão de recursos humanos implantada, mas também por não ter uma sistemática de medição e acompanhamento do desempenho organizacional, estando, todavia, em processo de implantação. Na SES/MG, porque há bons resultados, mesmo com a descontinuidade do espaço da gestão de recursos humanos na instituição. Como hipótese, poderia se pensar que a melhoria dos resultados e o alcance das metas ainda não batidas pela SES/MG seriam possíveis com o reforço e a continuidade da implementação da gestão de recursos humanos, mas não se pode afirmar com os resultados obtidos nesta pesquisa essa hipótese, sendo, inclusive, difícil de checagem se o fato não ocorrer de forma pragmática. Na Unimed-BH, há uma política de gestão de recursos humanos pautada pela gestão por competências, porém, a mudança constante da posição na estrutura organizacional (organograma) da área de Gestão de Recursos Humanos e de sua respectiva liderança é um fator que expõe a incerteza dos dirigentes da instituição sobre o que se pretende desta área de conhecimento. Como relatado no estudo, a área já teve posição em uma assessoria estratégica, depois foi para a superintendência comercial, e, por fim, foi para uma assessoria de jurídica. Nas entrevistas realizadas, os gestores apoiam a atuação dos profissionais da gestão de recursos humanos no *coaching* fornecido a eles, mas não afirmam que essa atuação possui vínculo direto com os resultados organizacionais.

Outro fato importante apresentado no estudo da Unimed-BH foi o baixo investimento em capacitação de funcionários, que não passa de 0,08% do faturamento da empresa. Esse fato, aliado ao alto *turn over* da instituição e às entrevistas realizadas, mostra que a instituição prefere ter acesso a profissionais com qualificação e experiência na área em que atuarão em vez de investir em seus funcionários na capacitação, progressão, promoção e outros incentivos que podem ser feito na gestão de recursos humanos. Em outra análise, a instituição prepara caminho com o *turn over* existente para a implantação de inovações, retirando os colaboradores resistentes à mudança ou sem motivação para tal e inserindo colaboradores com intenções de promovê-las. Para ilustrar essa questão, em 2007, após a posse da nova diretoria e tempo para se situar na administração da instituição, um dos diretores relatou o seguinte: “A empresa parece um elefante branco, pois as ideias são apresentadas, mas não há agilidade para implementação delas, tendo inclusive pessoas que criam obstáculos para aconteçam”. Nesse momento, várias lideranças foram substituídas nos mais diversos níveis. Nesse contexto, a Unimed Belo Horizonte apresenta resultados bons e crescentes em seu ambiente.

Este estudo, entretanto, não permite confirmar que a gestão de recursos humanos nas instituições de saúde atua de forma ativa para preparar a instituição para suas inovações no contexto das esferas públicas, mesmo que haja tímidas evidências para a implantação de gestão por competências em seus contextos: SES/MG e IPSEMG. No caso da SES/MG, houve a intenção de implantar projetos inovadores para a gestão de recursos humanos com um modelo de gestão por competências, mas que não houve continuidade em função da mudança de lideranças internas que apadrinhavam ou gerenciavam os projetos. No IPSEMG, há apenas intenção, e resultados poderão ser colhidos apenas após as implantações pretendidas herdadas da necessidade cartorial do instituto e do próprio governo de Minas Gerais em suas rotinas. Na Unimed-BH também não se pode afirmar que há evidências de que a GRH fornece condições para a empresa inovar e alcançar melhores resultados, o que é reforçado com a incerteza das lideranças da instituição sobre a posição organizacional que ela deve ter. Por exemplo, recentemente houve a intenção de incorporar a função de gestão de competências da instituição no setor que gerencia a estratégia e os projetos (Escritório de Gestão de Projetos), para firmar esses princípios e buscar maior alinhamento sobre as intenções estratégicas da instituição, sendo mais uma mudança da posição da GRH no organograma da Unimed-BH nos últimos anos, no contexto da administração atual.

Na perspectiva de desempenho organizacional, a Unimed-BH, além dos indicadores gerados para atender às necessidades de informações da ANS, possui um conjunto de indicadores de resultado e de processos para a gestão estratégica da organização, como Gerenciamento pelas Diretrizes (GPD), Relatórios de Gestão Anuais, Sistemas de indicadores e de gestão de projetos e Balanço Social. Apresenta resultados consideráveis e de destaque no âmbito da saúde suplementar, evidenciados, inclusive, em seus prêmios. A SES-MG possui monitoramento dos indicadores de resultado e de processos definidos pelo Ministério da Saúde por fazer parte do SUS e outros complementares definidos pelo PPAG, com divergências entre as informações disponibilizadas para os indicadores externos e internos. Os principais mecanismos de gestão de desempenho organizacional que possuem são: Pactuação de resultados no SUS (Pacto pela Saúde e Pacto pela Vida), PPAG (Relatório Institucional de Monitoramento) e Geraes (acompanhamento de indicadores e projetos com presença do Governador). O IPSEMG realiza o acompanhamento dos indicadores do Acordo de Resultados, porém, não possui ainda de forma estruturada o acompanhamento dos demais indicadores de assistência à saúde. Existiu apenas o lançamento de dois Cadernos de Gestão com alguns números e comparativos nos últimos anos, mas sem uma sistemática de gestão interna deles, apresentando, inclusive, baixa qualidade de dados (inconsistência na fonte de informação). Essa sistemática encontra-se em desenvolvimento e deve ser implantada ao longo da atual administração do instituto.

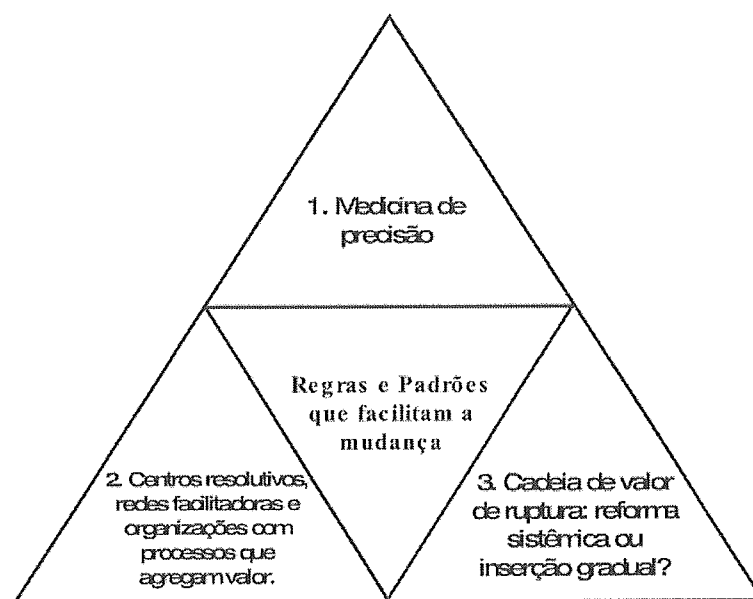
Os problemas que afligem o setor de Saúde não são verdadeiramente únicos. Outros setores com os mesmos problemas (computadores, telefones, máquinas fotográficas, viagens aéreas, automóveis e ensino superior, por exemplo) tiveram, a certa altura, uma força que os transformou, tornando seus produtos e serviços mais disponíveis e acessíveis à maior parte da população que passa a adquiri-los, em que pessoas não necessariamente com alta qualificação passam a ofertá-los e usá-los com competência. Essa força é chamada por Christensen (2009) de “inovação de ruptura”, a qual possui três elementos (Figura 46):

- a) Capacitador tecnológico, que transforma em rotina a solução do problema que antes exigia processos intuitivos não estruturados para ser resolvido (no caso da saúde é a medicina de precisão, que permite diagnosticar com precisão a causa básica da condição do paciente, para uma terapia eficaz);
- b) Inovação do modelo de gestão e de baixo custo, que oferece essas soluções de modo lucrativo e capaz de torná-las disponíveis e acessíveis (no caso da saúde é a utilização

de centros resolutivos, redes facilitadoras e organizações com processos que agregam valor, com os quais é quebrado o modelo baseado em hospital e consultórios);

- c) Cadeia de valor de ruptura, que é um novo sistema comercial com empresas de modelos econômicos disruptivos que se reforçam mutuamente.

Figura 46 – Os elementos da inovação de ruptura



Fonte: Christensen, 2009.

Dentre esses elementos, figura um conjunto de reformas regulatórias e novos padrões normativos, a fim de facilitar e/ou agilizar as interações entre os participantes do novo sistema de ruptura, como um catalisador da mudança necessária para tal. Centros resolutivos são empresas cujo propósito é diagnosticar e resolver problemas não estruturados. O trabalho em hospitais e clínicas especializadas inclui diferentes tipos de centros resolutivos, que, intuitivamente, estabelecem hipóteses e tratamentos com base quase que em tentativa e erro. Ou seja, sugerem um tratamento e, dependendo da forma de reação do paciente, a hipótese foi comprovada, mas, caso contrário, entra novamente no ciclo, definindo-se outra hipótese.

De forma contrária ocorre com as organizações com modelos de gestão para processos que agregam valor, pois possuem o costume em receber coisas incompletas ou quebradas e transformar em resultados de maior valor, como restaurantes e montadoras. Muitos procedimentos médicos realizados após um diagnóstico são atividades integrantes do processo para agregar valor, que variam desde a medicação prescrita até uma cirurgia. Só agregariam realmente valor se o diagnóstico for definitivo (realizado preferencialmente em um centro

resolutivo), fazendo com que os custos indiretos caiam. As organizações com processos que agregam valor seriam remuneradas pelos resultados, independente das correções de diagnósticos feitas ao longo do tratamento – ou seja, independente dos custos totais envolvidos.

Essas organizações efetivas conseguiriam bom resultado financeiro com bons serviços de diagnóstico e com especialistas altamente treinados. Mesmo não obtendo um bom resultado financeiro em algum caso, a maioria obteria, e na equação final o saldo seria positivo, desde que o trabalho fosse feito com a visão e o compromisso no resultado final. Para garantir o resultado final, essas organizações prezam pela incorporação de processos repetíveis e controláveis e pelo equipamento envolvido no processo. Isso é uma quebra de paradigma por meio de uma inovação de ruptura no modelo de gestão. Redes facilitadoras auxiliariam a inovação do modelo de gestão da saúde, pois são empreendimentos em que as pessoas trocam coisas uma com as outras, podendo ser um modelo de gestão eficiente para o tratamento de muitas doenças crônicas cujo êxito depende significativamente de modificações do comportamento do cliente/paciente. A troca seria, por exemplo, de informações sobre a doença entre alguns atores, como: médicos, outros profissionais da saúde, pacientes, empregadores, cuidadores e familiares.

Enfim, a mudança proposta por Christensen (2009) consiste em fazer com que os centros resolutivos mudem o foco da medicina intuitiva para a medicina de precisão, os hospitais se especializariam em tratamentos específicos, para se tornarem organizações com modelos de gestão para processos que agregam valor (orientados a resultados), absorvendo procedimentos historicamente executados por hospitais gerais após os diagnósticos definitivos, além da administração de redes de usuários para tratamento de muitas doenças crônicas que dependem de mudança de comportamento do paciente (seja por parte do governo ou pelo sistema de saúde suplementar). Para tal, há necessidade de aplicação efetiva de tecnologias on-line para promover desde o alcance de diagnósticos definitivos, até o estabelecimento de tratamentos eficazes com resultados garantidos e a adesão do tratamento por meio de redes facilitadoras.

A cadeia de valor independente precisa ser juntada com os novos modelos de gestão pelos quais são viabilizados os serviços de saúde. A ruptura demanda um sistema fragmentado, com muitos sistemas trabalhando com a saúde (centros resolutivos, organizações com processos que agregam valor, redes facilitadoras e prestadores integrados com remuneração fixa), com foco na redução de custos indiretos, no consumidor (na promoção da saúde) e na precificação

com base em resultados. Para tal, é necessário prever o controle eletrônico dos preços médicos (com prontuário eletrônico, por exemplo) e a reforma dos sistemas de financiamento da nova cadeia de valor. Para tal, torna-se necessário o acúmulo de poder.

A evolução por um caminho de ruptura dos modelos de gestão da prática médica proposto por Christensen considera quatro diferentes categorias de assistência à saúde: diagnóstico e tratamento direto de enfermidades (geralmente, as agudas) que se encontram nos domínios da medicina de precisão; supervisão permanente de pacientes com doenças crônicas; identificação preliminar de enfermidades que se encontram nos domínios da medicina intuitiva; e exames de saúde e prevenção periódicos. Enfim, são muito aderentes às proposições chamadas de “gerenciamento de casos”, “gerenciamento de crônicos”, “promoção da saúde” e “prevenção da doença”. Para tal, as inovações tecnológicas são muito importantes, principalmente o uso de prontuários eletrônicos, como instrumento de tecnologia da informação na coordenação da saúde. Especialmente pelo fato de a nova cadeia de valor proposta ser mais fragmentada, torna-se necessária a existência de uma plataforma de gestão de informações desde o diagnóstico até a adesão ao tratamento. Dessa forma, a implantação correta do prontuário eletrônico manteria os elementos individuais da saúde do indivíduo conectados. Os agentes que utilizariam a função dos prontuários eletrônicos, cada um com seu papel e com segurança de informações com perfis de acesso previamente estabelecidos, seriam: centros resolutivos especializados (pagos por serviço), clínicas e hospitais com processo que agregue valor (pagos por resultado), redes facilitadoras (pagas por afiliação), médicos da Atenção Primária, clínicas e hospitais de pronto atendimento, farmacêuticos, planos de saúde, empregador, o próprio paciente (incluindo familiares e cuidadores que participam do tratamento, quando for o caso) e outros profissionais da saúde que participam do tratamento do paciente.

Para maior adesão nos consultórios médicos, o prontuário eletrônico deveria incluir algumas tarefas, como: auxílio na organização, comparação e análise dos dados coletados no atendimento atual e anteriores; armazenamento de dados de modo que o médico e outros agentes possam acessá-los facilmente (na lógica de redes sociais), respeitando a política de segurança de acesso; preenchimento correto de documentações para justificar as contas (faturamento) aos planos de saúde; proteção legal por meio da gravação das decisões e ações envolvidas no atendimento; não impedimento das interações normais médico-paciente, para não obstruir o fluxo normal do trabalho; organização da agenda (com dados cadastrais de clientes e horários de atendimento, por exemplo) e dos diversos planos de saúde pelo qual o

médico presta serviço (consultas e procedimentos pré-autorizados diferenciados com os de necessidade de autorização da operadora, por exemplo); e ferramentas de administração de doenças e de pesquisas clínicas (armazenamento de protocolos clínicos estabelecidos por planos de saúde, agências regulamentadoras, associações médicas, conselhos de classe, outro órgão influenciador da prática médica ou, então, pelo próprio médico para fins de pesquisa).

Há necessidade também de mudar a forma de atuação do médico nesse novo sistema. O professor Steven Spear em 1999 (Christensen, 2009) apresentou uma maneira para os médicos atuarem de forma mais efetiva na nova cadeia de valor. O arcabouço geral do trabalho de Spear envolve quatro elementos: atividades, conexões, caminhos e melhoras. Ele aplicou essas regras, obtendo benefícios em alguns setores, incluindo hospitais. As regras para serem aplicadas são:

- a) Atividades: cada etapa de agregação de valor em um processo deve ser totalmente especificada, de modo que um trabalhador deve entregar o que foi feito para o próximo trabalhador com sua parte perfeitamente concluída para que o próximo consiga agregar o valor que deve, evitando retrabalho. Exemplo: após um diagnóstico definitivo feito em um centro resolutivo especializado, uma clínica especializada poderá utilizá-lo para estabelecer um tratamento com resultado garantido.
- b) Conexão: não se deve buscar agregar valor em uma etapa se a outra não foi concluída com precisão, pois estará desperdiçando tempo e dinheiro. Por exemplo: antes de se ter um diagnóstico definitivo os tratamentos não possuem garantia de resultado, podendo, inclusive, produzir resultados inadequados, por não terem identificados com precisão a causa do problema.
- c) Caminho: o caminho de etapas segue um processo que deve ser totalmente especificado, com uma série de entregas individuais. Exemplo: não deve haver encaminhamentos entre profissionais da saúde por conta própria (autonomia, sem regulação), mas seguindo um protocolo preestabelecido, criando responsabilidade por fazer certo e possibilidade de identificar problemas corrigindo causas mais facilmente encontradas nesse contexto.
- d) Melhora: faça todas as etapas do processo de agregação de valor do mesmo modo, a fim de possibilitar o alcance da perfeição. Exemplo: o uso de protocolos clínicos padronizados facilitando a garantia do tratamento com o resultado.
- e) Melhora: cada ação é um teste para verificar se essa maneira de agir leva ao resultado desejado. Assim, deve-se mudar o método sempre que um resultado negativo ocorrer,

para que não aconteça novamente. Exemplo: redes facilitadoras interagindo entre si para a troca de informações e relatos de distorções, para que grupos gestores dos protocolos investiguem e promovam melhoria contínua nos mesmos.

Essas mudanças são mais fáceis de serem implementadas se o médico for apresentado a elas em seu processo de formação. Nos EUA, a ampliação do uso de universidades corporativas em Administração é um bom exemplo disso. Na área de Saúde, cita-se a Mayo Clinic, que possui uma pequena Faculdade de Medicina em Rochester, Minnesota, afiliada ao seu centro médico. Entretanto, por mais comum que seja a universidade corporativa na área de Administração, na formação médica e de enfermagem seria muito mais uma proposta. Partindo-se do princípio da escassez de alguns profissionais de saúde, também seria uma solução promover maior inserção de alunos no processo de formação, com garantia de emprego para aqueles formados com boa avaliação durante o curso.

Há necessidade também de uma evolução do sistema de regulamentação, pois deve sair do patamar atual da regulamentação de recursos pela Medicina intuitiva e de processos pela Medicina empírica, para chegar à regulamentação de resultados pela Medicina de precisão, usando, por exemplo, critérios de definição de tabelas e procedimentos que valorizem a Medicina baseada em evidências. A regulamentação deve agir para estabilizar e garantir as condições necessárias para que a nova cadeia de valor proposta se estabeleça. Deve agir desde o estabelecimento de preços, a regulamentação do acesso, o credenciamento (licenças e certificações para pessoas e instalações), até a proteção do paciente e dos profissionais envolvidos. Deve buscar essas ações pela forma mais tradicional possível, que é alterando o meio de pagamento, para chegar a um modelo ideal de remuneração por competitividade e eficiência, segundo Christensen (2009).

Todas as instituições estudadas sofrem do mesmo contexto apresentado por Christensen (2009) e buscam, de alguma forma, uma gestão sobre tal, aderente em parte à proposta de inovação de ruptura. A Unimed-BH é mais pioneira nessa questão, com iniciativas mais aderentes à inovação de ruptura, por exemplo: implantação de prontuário eletrônico em um estágio mais avançado do que as demais instituições estudadas; com utilização de sistemas de informação que permitem a rastreabilidade dos atendimentos e estudos sob sua base de clientes, além de servir de base para a proposta apresentada por Christensen de redes facilitadoras; criação de hospitais e unidades de atendimentos próprios no princípio de centro resolutivo; incentivo em sua regulamentação (regulação e auditoria, principalmente) à

Medicina de precisão, valorizando utilização de capacitadores tecnológicos para diagnóstico precisos e tratamentos mais eficazes; articulação na formação dos médicos e gestores, inclusive, com a proposta de lançamento da Universidade Corporativa da Unimed BH; políticas de remuneração de prestadores voltados para resultados, como bonificação nas diárias e taxas de sua tabela de procedimentos para hospitais com acreditação hospitalar – ONA, além da implantação de programas de promoção da saúde com pagamento de remuneração variável aos médicos assistentes em função dos resultados obtidos nas condições de saúde após o ciclo de tratamento anual de seus pacientes; e implantação com resultados evidentes de programas de gerenciamento de casos, gerenciamento de crônicos, promoção da saúde e prevenção da doença.

O IPSEMG também está com algumas iniciativas de implantação de projetos pelo *benchmarking* com a Unimed-BH, mas colherá resultados apenas em alguns anos, em função de marcos que precisará vencer para cada uma dessas implementações. A SES/MG também enfrenta dificuldades para a implantação de algumas iniciativas similares, como a implantação do prontuário eletrônico, tendo a tendência também de colher resultados no médio ou no longo prazo.

Segundo Porter¹ (2007), finais felizes nos atendimentos realizados em um sistema de saúde acontecem quando há grande determinação por parte do cliente, ou quando os relacionamentos pessoais (*network*) são acionados ou, ainda, quando há insistência por parte da família – ou seja, não por causa do sistema, mas a despeito dele. Altos custos, qualidade insatisfatória e acesso limitado à assistência à saúde têm gerado preocupações crescentes aos participantes dos sistemas de saúde, promovendo soluções incompletas que acarretam novos problemas: governo com orçamento fugindo ao controle, fornecedores acusados por provocar elevação dos custos, empregadores arcando com apólices mais onerosas e pacientes preocupados com qualidade dos tratamentos.

Porter (2007) fundamenta a necessidade de se migrar pacientes para prestadores com excelência, incentivando-os com maior escala, experiência mais aprofundada, aprendizagem mais rápida, equipes mais dedicadas e infraestrutura no nível adequado. Esses efeitos combinados criam um círculo virtuoso, com base no valor entregue pelo prestador pode

¹ Michal Porter em seu livro *Repensando a saúde* escreveu com foco no sistema de saúde nos Estados Unidos, mas com características que podem ser generalizadas a outros sistemas de saúde, como o sistema do Brasil, pelo fato de os princípios serem universais, conforme apresentado na página 28 do livro.

aumentar significativamente (Figura 48). A massificação gera escalas insuficientes, impactando resultados da assistência. Porter (2007) apresenta a ideia de competição baseada no valor dos resultados para os sistemas de saúde, proposta para vencer problemas de ineficiência e qualidade, remunerando o desempenho pelos resultados, não pelos processos. Há para tal o desafio sobre os tipos de informações que precisam ser mensuradas, analisadas e disseminadas para uma remuneração justa por resultados. A competição de soma zero na assistência à saúde se manifesta sem gerar valor para pacientes: transferência de custos, aumento de poder de negociação, captação de pacientes com restrição de escolhas e custos restringindo serviços, que, por sua vez, fazem proliferar ações judiciais pela disfunção da competição, pois estaria em nível errado. A fragmentação extrema de hospitais que atuam localmente e a insistência de organizações médicas nas linhas de especialidade acadêmicas tradicionais geram problemas de coordenação e comunicação, o que, por sua vez, aumenta a incidência de erros em uma estrutura desordenada de atendimento. Pacientes são consumidores passivos, mas se informados e envolvidos, trabalhando com seus médicos, ajudarão a melhorar os resultados e a reduzir os custos em um sistema que responda às evidências e recompense a excelência. Contudo, a maioria dos pacientes, suas famílias e médicos não possuem essa predisposição. A coparticipação financeira dos pacientes é um incentivo a sua participação, impactando também o uso racional do plano de saúde com inibição de utilização. Nesse contexto, os planos de saúde devem possuir foco no incentivo à prevenção da doença e à promoção da saúde. Prestadores devem se especializar em tratamentos de condições específicas.

Os princípios da competição baseada em valor aplicada no sistema de saúde são, segundo Porter (2007):

- O foco deve ser no valor para os pacientes, não simplesmente na redução de custos.
- O incentivo deve ser na competição baseada em resultados, centrada nas condições de saúde durante todo o ciclo de atendimento.
- O atendimento de alta qualidade deve ser menos dispendioso.
- O valor deve ser gerado pela experiência, escala e aprendizado do prestador na doença/condição médica em questão.
- A competição deve ser regional e/ou nacional, não apenas local.
- As inovações que aumentam o valor devem ser altamente recompensadas.
- As informações sobre resultados têm que ser amplamente divulgadas para apoiar a competição baseada em valor.

- Deve-se levar em consideração a hierarquia nas informações necessárias para apoiar a competição baseada em valor, conforme Figura 47.

Figura 47 – Hierarquia das informações para competição baseada em valor



Fonte: Porter, 2007.

Todas as instituições estudadas sofrem do mesmo contexto apresentado por Porter (2007) e buscam, de alguma forma, apoiar sua gestão sobre tal, aderente em parte à proposta de competição baseada em valor. Será apresentada agora a análise dos princípios dessa proposta, com as iniciativas identificadas nas organizações estudadas.

Figura 48 – O ciclo virtuoso na assistência à saúde



Fonte: Porter, 2007.

Nos casos da esfera pública (SES/MG e IPSEMG), por mais que se pretenda agregar valor ao cliente, as restrições orçamentárias centram o foco na gestão de custos e na melhoria da qualidade do gasto. Por falta de sistema que permita a rastreabilidade dos atendimentos dos clientes e de outros mecanismos de controle, a competição baseada em resultados é dificultada para sua implantação. Para valorizar os atendimentos de alta qualidade, a SES/MG possui o PROHOSP; e o IPSEMG, a intenção de conceder bonificação da rede de prestadores em função de critérios como a acreditação hospitalar – ONA. Ambas as instituições possuem em seus Planos Diretores de Regionalização a proposta de especialização da rede, focando procedimentos em prestadores divididos em baixa, média e alta complexidade, para aumentar o valor agregado pela experiência desses prestadores. Da mesma forma, a competição é colocada como regional, e não apenas local, pois determinados prestadores que eventualmente não atenderem às necessidades podem ter seus usuários deslocados para outro prestador em sua região (micro, meso ou macrorregião). Por meio da implantação de grupos para a avaliação de incorporação de novas tecnologias, as instituições pretendem recompensar as inovações que aumentam valor, com a incorporação na tabela de procedimentos de inovações como estas.

No caso da Unimed-BH, há tanto a gestão de custos quanto os movimentos de aumento de valor para o cliente, como disponibilização de programas de promoção de saúde, agendamento on-line de consultas e atendimento médico por telefone (Alô Saúde). Alguns programas de promoção da saúde, no contexto do projeto de Gestão de Riscos em Saúde, possuem o princípio da competição baseada em resultados, uma vez que o médico assistente pode receber por ano remuneração variável em função das condições de saúde de seus pacientes durante o ciclo de atendimento anual. Em seus hospitais e unidades de atendimentos próprios, a Unimed BH também busca atender ao princípio de que o atendimento de qualidade deve ser menos dispendioso, além de concentrar determinados procedimentos em alguns prestadores para aumentar a qualidade, em função da escala obtida pela especialização da rede. A instituição também possui um grupo para avaliação de incorporação de novas tecnologias, como apresentado anteriormente nas outras instituições. Pelo seu contexto de atuação local, não é aplicável o princípio de incentivo à competição regional. Porém, diferente das outras instituições, a Unimed BH consegue divulgar intensamente as informações sobre resultados, levando em consideração a hierarquia necessária para apoiar a competição baseada em valor, proposta por Porter (2007).

- **Possibilidades da Articulação entre as dimensões: o Escritório de Gestão Estratégica**

Segundo Kaplan e Norton (2005), várias empresas no mundo optaram pelo uso do *Balanced Scorecard* (BSC) para gerenciar a estratégia e conduziram sua implantação como um projeto, com uma equipe multifuncional. No final da criação do mapa estratégico, com as respectivas relações de causa-efeito e indicadores, o que completa o *scorecard*, o líder da equipe do projeto, geralmente, se tornava o guardião do *scorecard* corporativo, respondendo como consultor corporativo para as questões relacionadas. Para várias empresas, aqui terminava o projeto BSC. Elas possuíam um novo sistema de medição, mas não mudaram os processos de gestão para tal.

O sucesso das empresas se deu com a transformação de seus processos de gestão, voltados para terem foco na execução da estratégia. Dessa forma, a responsabilidade da execução da estratégia ficaria mais evidente quando atribuída aos gerentes e empregados. Porém, se não houvesse uma coordenação central, a estratégia era omitida dos processos principais ou os

processos eram descoordenados entre as unidades de negócio e funcionais, gerando a má execução da estratégia. Após estudos de quinze anos em empresas que conseguiram avanços de desempenho por meio da colocação do BSC como a peça central de um novo sistema de gerenciamento da estratégia, Kaplan e Norton (2005) perceberam que as empresas que obtiveram sucesso alinharam seus processos de gestão à execução da estratégia empresarial.

Várias dessas empresas estão sustentando o foco na execução da estratégia ao estabelecer uma nova unidade corporativa, chamada “Escritório de Gestão da Estratégia” (*Office of Strategy Management* - OSM), com os papéis e as responsabilidades mostrados Quadro 10. Todos os casos estudados utilizam uma estrutura similar a essa: SES/MG – Assessoria de Gestão Estratégica e Inovação (AGEI); Unimed Belo Horizonte – Gerência de Planejamento e Informação (GEPI); e IPSEMG – Assessoria de Gestão Estratégica e Custos. Em todas as instituições estudadas essa estrutura organizacional integrada é considerada como fator crítico de sucesso para gestão das inovações e da estratégia organizacional, por meio da gestão de projetos. Cada instituição possui seu formato, sendo que apenas o IPSEMG detém as funções de planejamento e programação orçamentária nessa estrutura organizacional. As demais funções estão presentes em todas as instituições, mas com nível de maturidade diferenciado para cada uma delas. Na Unimed Belo Horizonte, há maior nível de maturidade, sendo considerada referência nacional nessa estrutura organizacional. Na SES/MG, em função do Choque de Gestão, desde o governo Aécio Neves, a prática é mais longínqua, sendo que no governo atual ela está sendo institucionalizada no formato de AGEI em todos os órgãos do estado. No IPSEMG, há menor nível de maturidade das práticas aderentes a essa estrutura, por estar ainda em implantação a maior parte dessas funções na instituição, visto que o Choque de Gestão não tinha sido implantado efetivamente nesse órgão como nas secretarias do estado.

Quadro 10 - Papéis e responsabilidades do Escritório de Gestão da Estratégia

Papéis	Processos de Gestão da Estratégia
Nucleares	<i>Gerenciamento do Scorecard</i> – desenhar e reportar as medidas no BSC.
	<i>Alinhamento Organizacional</i> – garantir alinhamento de todas as unidades de negócio e de suporte com a estratégia.
	<i>Revisão da Estratégia</i> – formatar a agenda para revisões da estratégia e encontros de aprendizagem.
Desejáveis	<i>Planejamento da Estratégia</i> – auxiliar a alta direção a formular e adaptar a estratégia.
	<i>Comunicação da Estratégia</i> – comunicar e educar os empregados sobre a estratégia organizacional.
	<i>Gerenciamento das Iniciativas</i> – identificar e supervisionar o gerenciamento das iniciativas estratégicas.
Integrados	<i>Planejamento / Programação Orçamentária</i> – estabelecer elo entre financeiro, recursos humanos, tecnologia da informação, marketing e demais

	processos de suporte com a estratégia.
	<i>Alinhamento com Forças-Tarefas</i> – garantir que os planos desenvolvidos na empresa tenham alinhamento com a estratégia.
	<i>Compartilhamento de Boas Práticas</i> – facilitar um processo de identificação e compartilhamento de boas práticas.

Fonte: Baseado em Kaplan e Norton (2005).

Os papéis nucleares são naturais para o Escritório de Gestão da Estratégia, porém os desejáveis são considerados fatores críticos de sucesso para sua implementação nas organizações. Os demais processos, geralmente, ficam a cargo de outros setores nas empresas e não são considerados prioridades na proposta, mesmo sabendo que seu valor agregado é grande. De qualquer forma, a inserção de um modelo de maturidade pode se dar em uma próxima etapa a ser realizada após sua consolidação na empresa. Dentre os processos citados, destacam-se: Alinhamento Organizacional e Gerenciamento das Iniciativas.

Alinhamento organizacional – Escritório de Processos

Para se obter uma boa execução da estratégia organizacional, é necessário se definir as sinergias, para criar um comportamento organizacional previsível e alinhado com os diversos níveis, garantindo o elo entre os processos finalísticos e os processos de apoio e entre a estratégia corporativa e as estratégias das unidades de negócio, para que a rotina também caminhe em direção ao alcance da estratégia estabelecida. Esse alinhamento não deve se dar apenas no ambiente interno das organizações, mas também envolver parceiros, clientes, fornecedores, *joint ventures*, conselhos e demais entidades interessadas e envolvidas na estratégia organizacional.

A metodologia de gestão de negócios que une tecnologia da informação para a melhoria e o alinhamento dos processos de negócio, chamada *Business Process Management* tem-se mostrado um bom resultado nas organizações, estando, inclusive, alinhada com certificações como ISOs. A gestão por processos tem por objetivo prover o alinhamento dos processos de negócios com a estratégia (os processos são a execução da estratégia), os objetivos e a cadeia de valor das organizações (SMITH e FINGAR, 2006). Fazem parte da gestão por processo de negócio proposto algumas melhores práticas, como: mapeamento dos processos, modelagem, definição do nível de maturidade, documentação, plano de comunicação,

automação/informatização dos processos, monitoramento por meio de indicadores de desempenho e de indicadores de qualidade e ciclo de melhoria contínua.

Existe também o método Seis Sigma, baseado na Qualidade Total, com alinhamento de processos com a estratégia organizacional, por meio da estrutura organizacional sugerida, dos métodos de identificação de oportunidades de melhoria e da priorização de iniciativas e análises para resoluções de problemas (“fazer o trabalho certo” *versus* “fazer certo o trabalho”). Na atualidade, do ponto de vista da gestão industrial, aplica-se, inclusive, a junção do método conhecido como Manufatura Enxuta (*Lean Manufacture*) com o método Seis Sigma, dando origem ao termo *Lean Sigma* (marca registrada da Maytag Corporation), com bases fortes na teoria das restrições, com destaque para o autor Eliyahu M. Goldratt (1948-), que possui livros bem conhecidos, como *A Meta (The Goal - 1990)* e *Corrente Crítica (Critical Chain - 1997)*.

As bases do Seis Sigma (ROTONDARO, 2006) também são o gerenciamento por processos e o foco nas características críticas do cliente. Assim, o Seis Sigma não é um simples esforço para aumentar a qualidade nas organizações, mas um processo para aperfeiçoar os processos empresariais, proporcionando a melhoria de todo o negócio, que resultará em fortes impactos nos resultados financeiros da companhia, aumentará a satisfação de seus clientes, ampliará a participação no mercado e, enfim, conduzirá a empresa para alcançar seus objetivos estratégicos.

Basicamente, apesar de colocados em termos diferentes, o método está centrado na identificação dos problemas-base e nas diretrizes estratégicas para a seleção dos projetos (iniciativas estratégicas), na coleta de dados de forma honesta, que leva a mapear e conhecer o desempenho do processo atual, no diagnóstico e na determinação das causas dos problemas para a formulação de ações de melhoria no âmbito dos escopos dos projetos, para que, após a consolidação, se inicie a manutenção das melhorias conseguidas, que leva a manter o processo sob controle.

A proposta do Escritório de Processos consiste em unir os pontos fortes dos métodos *Business Process Management* (BPM) e Seis Sigma para garantir o alinhamento organizacional por meio da restão por processos. Na SES/MG, em função de uma diretriz criada para todos os órgãos no governo de Minas Gerais – Administração 2011-2014 – foi colocada a função do Escritório de Processos na Assessoria de Gestão Estratégica, usando o método BPM. Conseqüentemente, o IPSEMG também recebeu a mesma diretriz, incorporando-a em sua

Assessoria de Gestão Estratégica e Custos. Cabe ressaltar que antes do recebimento da diretriz a administração atual do IPSEMG já havia tomado a iniciativa de contratação de uma consultoria para realizar o mapeamento e a melhoria de seus principais processos críticos utilizando o BPM, a fim de buscar melhores resultados e controle sob os mesmos. Na Unimed Belo Horizonte, desde a criação do Núcleo de Inteligência Corporativa, houve um setor chamado “Escritório de Reestruturação de Processos”, que possui credibilidade em sua atuação por ser utilizado nos projetos para auxiliar a repensar as inovações e mudanças que se pretende implantar na instituição, desde a implantação ou melhorias de sistemas até a implantação de hospitais ou unidades assistenciais.

Gerenciamento das Iniciativas - Escritório de Gerenciamento de Projetos

As iniciativas estratégicas geralmente são programas ou projetos que tipicamente, envolvem várias áreas funcionais e/ou empresas/unidades, as quais conduzem ao alcance dos objetivos estratégicos, levando à mudança organizacional e produzindo resultados (Kaplan e Norton, 2005). As iniciativas estratégicas são identificadas durante o Planejamento Estratégico ou em sua revisão, mas também podem surgir ao longo do ano, fazendo com que todas as iniciativas sejam avaliadas e repriorizadas.

Segundo relatório sobre a implementação de um Escritório de Gerenciamento de Projetos – EGP (Info-Tech Research Group, 2007), a criação dessa estrutura organizacional proporciona orientação e suporte quanto aos processos de integração de projetos, enquanto promove o uso de ferramentas e métodos para sua execução. As responsabilidades do EGP costumam variar dependendo da empresa e de sua área de atuação, satisfazendo, geralmente, um ou mais dos seguintes itens (Quadro 11).

Quadro 11 - Papéis do Escritório de Gerenciamento de Projetos

Papel	Descrição
Instituição de Processos	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolve processos padronizados e ferramentas para serem seguidos; - Salva cada gerente de projeto de reinventar a roda; - Projetos iniciam mais rapidamente, com menos tempo de planejamento inicial.
Serviços de Gerenciamento de Projetos	<ul style="list-style-type: none"> - Fornece gerentes de projetos capacitados para: <ul style="list-style-type: none"> . <u>Planejamento de Projetos</u>: avalia alocação de recursos e planeja o cronograma. . <u>Monitoramento de Projetos</u>: gerencia os termos de abertura, entregas, marcos e o relatório de status. Busca o status do projeto e avalia sua capacidade de cumprir os principais marcos. Acompanha de forma centralizada o desempenho orçamentário do projeto, fornecendo também suporte para o controle de mudanças de escopo. . <u>Facilitação de Equipe</u>: assegura comunicação apropriada na equipe para mitigar confusões ou desentendimento.

Garantia de Qualidade do Gerenciamento de Projetos	<ul style="list-style-type: none"> - Avalia os termos de abertura e planos para exequibilidade e qualidade; - Estabelece pontos de controle durante o projeto; - Audita o cumprimento dos processos, metodologia, técnicas e ferramentas, para entendimento sobre o que está e o que não está funcionando.
Treinamento (<i>Coaching</i>)	<ul style="list-style-type: none"> - Facilita o treinamento e as orientações dos membros dos projetos para construir competências nucleares do projeto; - Fornece suporte para o uso do sistema de gerenciamento de projetos.
Revisão de Projetos	<ul style="list-style-type: none"> - Analisa e reporta os indicadores de resultados e de processos nos níveis de projetos, programas e portfólio.
Melhoria Contínua	<ul style="list-style-type: none"> - Constrói boas práticas e mantém os processos atualizados. - Constrói um banco de conhecimento de informações baseado nas boas práticas da companhia e área de atuação. - Revisa projetos concluídos para identificar áreas com oportunidades de melhoria.

Fonte: Baseado em Info-Tech Research Group, 2007.

No foco da implementação da estratégia e na gestão da inovação no contexto das organizações, a função do EGP seria assimilada pelo Escritório de Gestão da Estratégia para gerenciamento das iniciativas estratégicas. Com essa parceria de funções, a execução da estratégia passaria também pela garantia de que existem recursos suficientes, prioridade e foco. Isso é especialmente importante para iniciativas estratégicas em empresas com estruturas organizacionais matriciais e com projetos que não possuem claramente uma gestão ou unidade de negócio responsável. Em todas as instituições estudadas, há a função do EGP, implantada ou em fase de implantação. A SES/MG possui Escritório de Projetos na Assessoria de Gestão Estratégia, além dos gestores dos projetos estruturadores e internos. A Unimed Belo Horizonte possui um EGP atuante, com credibilidade para gerenciar todas as inovações concebidas na instituição, sendo, inclusive, referência nacional em função de sua maturidade no gerenciamento de projetos. O IPSEMG possui o movimento de implantação de uma estrutura similar na Assessoria de Gestão Estratégica e Custos, ainda em andamento.

Escritório de Gestão Estratégica como Ferramenta para Gestão da Inovação

Para executar a gestão da inovação em uma instituição e implantar com sucesso a estratégia organizacional, o Escritório de Gestão da Estratégia, integrado com as funções de um Escritório de Processos e de um Escritório de Gerenciamento de Projetos, apresenta-se como uma boa prática, com vínculo direto com a melhoria do desempenho organizacional. Utilizando ferramentas de gestão de projetos (PMI, 2008) e de gestão de processo, como *Business Process Management* (BPM), o Escritório de Gestão Estratégica pode também ser um facilitador da implantação de projetos inovadores de gestão de recursos humanos, de modo a preparar a instituição para a implantação da Gestão por Competências.

Com base nas forças (pontos positivos) de cada um dos escritórios citados, propõe-se a criação do Escritório de Gestão da Estratégia, envolvendo metodologias de planejamento estratégico, monitoramento da estratégia com *Balanced Scorecard*, alinhamento de processos com Seis Sigma e *Business Process Management*, alinhamento das pessoas com gestão por competências e gerenciamento de projetos com métodos baseados nas boas práticas difundidas pelo Instituto de Gerenciamento de Projetos (PMI). Essa unidade organizacional se mostrou como principal ferramenta de gestão da inovação utilizada pelas empresas estudadas, promovendo, inclusive, impacto direto no desempenho organizacional.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em um contexto de intensa inovação, em que também se busca vantagem competitiva sustentável, a Visão Baseada em Recursos se apresenta como norteadora de políticas de gestão de recursos para esse fim. Foi apresentada a gestão de competência, de origem na Visão Baseada em Recursos, como ferramenta de gestão de recursos humanos pautada na interlocução das estratégias inseridas no contexto de inovação com a gestão dos recursos humanos necessários para adaptação, evolução e alcance de desempenhos esperados em um ambiente de intensa mudança. Essa articulação foi transportada para o contexto da saúde no Brasil, que possui um Sistema Único de Saúde com peculiaridades que fazem o ambiente ficar mais complexo para uma gestão de recursos humanos nessa área.

Apresentado o contexto da saúde no Brasil, depois de proceder-se à discussão sobre inovação, recursos, competências e desempenho organizacional, foi proposto, então, estudar a articulação efetiva entre inovação e competências e seu impacto nos resultados (desempenho) organizacional, considerando o estudo em organizações no setor da Saúde do estado de Minas Gerais, nas esferas pública e privada.

O objetivo geral do estudo consistiu em: investigar a articulação entre inovação e competências e seu impacto nos resultados (desempenho) organizacionais em instituições do setor de saúde em Minas Gerais. Os objetivos específicos compreenderam: Descrever como é conduzida a gestão de competências nas organizações estudadas; Discutir como ocorrem os processos de inovação nas organizações estudadas, considerando as diferentes perspectivas de

inovação existentes; e Investigar as consequências provocadas na condução da inovação e das competências, estabelecendo os vínculos e as articulações pertinentes, principalmente sobre o impacto no desempenho organizacional.

Em um contexto em que muitas inovações são implantadas, a gestão de recursos humanos torna-se importante para o auxílio na gestão das inovações, mas a pergunta que se coloca é: Será que a atuação da GRH está sendo efetiva? Pretendeu-se, então, aprofundar-se nesse contexto no estado de Minas Gerais, tanto na esfera pública quanto na saúde suplementar, analisando a atuação da GRH diante das inovações, estudando suas práticas e o impacto nos resultados. Nesse contexto, a proposta foi estudar como as instituições fazem a gestão das inovações existentes em produto/serviço, ou em seus processos, isto é, como as inovações tecnológicas e as inovações no ato assistencial são geridas no contexto da saúde estadual. Na pesquisa, pretendeu-se estudar, inclusive, se há alguma inovação organizacional que facilite esse processo de gestão da inovação, principalmente no contexto da gestão de recursos humanos, visto que as inovações acontecem em um âmbito muito dependente da ação humana em seus processos. Enfim, o estudo buscou verificar como a gestão de recursos humanos responde à velocidade e abrangência das inovações tecnológicas, incluindo a crescente incorporação de tecnologias de informação e comunicação (TIC) e dos processos de trabalho, tentando também buscar evidências no estudo sobre possíveis inovações organizacionais obtidas nesse contexto.

Este estudo não pôde confirmar a hipótese de que a gestão de recursos humanos nas instituições de saúde atuaria de forma ativa para preparar a instituição para suas inovações no contexto das esferas públicas, mesmo que se reconheçam tímidas evidências da implantação de gestão por competências em seus contextos: SES/MG e IPSEMG. No caso da SES/MG, houve a intenção de implantar projetos inovadores para a gestão de recursos humanos com modelo de gestão por competências, mas não houve continuidade, em função de mudança de lideranças internas que apadrinhavam ou gerenciavam os projetos. No IPSEMG, há apenas intenção e resultados que poderão ser colhidos apenas depois das implantações pretendidas, herdadas da necessidade cartorial do Instituto e do próprio governo de Minas Gerais em suas rotinas. Também na Unimed Belo Horizonte não houve evidências para se afirmar que a gestão de recursos humanos fornece condições para a empresa inovar e alcançar melhores resultados, reforçadas pela incerteza das lideranças da instituição quanto à posição organizacional que ela deve ter. Recentemente, houve, inclusive, a intenção de incorporar a função de gestão de competências da instituição no setor que gerencia a estratégia e os

projetos (Escritório de Gestão de Projetos), para firmar esses princípios e buscar maior alinhamento das intenções estratégicas da instituição. Porém, revelou-se tal iniciativa mais como uma mudança no organograma da posição da GRH na instituição nos últimos cinco anos.

A estrutura organizacional apresentada na análise conjunta dos casos chamada “Escritório de Gestão Estratégica”, que será detalhada nesta seção com maior profundidade, pois foi baseada na principal ferramenta de gestão da inovação identificada nos casos estudados – Escritório de Gestão de Projetos. Esta prática foi encontrada na SES-MG na estrutura da Assessoria de Gestão Estratégica e Inovação (AGEI) e na Unimed-BH na estrutura da Gerência de Planejamento e Informações (GEPI), mas entende-se que é uma tendência para o IPSEMG, visto que essa instituição está se baseando nas boas práticas das outras duas para a implantação de mudanças em seus processos de gestão. Nos casos da SES-MG e da Unimed-BH, essa estrutura organizacional possui também a responsabilidade pelas funções relacionadas à gestão estratégica, com o levantamento e a gestão de desempenho por meio de indicadores e projetos, e da utilização de práticas de gestão de processos para a implementação de mudanças e inovações, dentre outras responsabilidades que deram base à estrutura organizacional que será apresentada posteriormente, chamada “Escritório de Gestão Estratégica”. Não foi objeto deste estudo, mas há também no SEBRAE-MG iniciativa aderente à proposta do Escritório de Gestão Estratégica apresentada neste trabalho. Para a dimensão de gestão por competências estudada nesse trabalho, o IPSEMG também não apresentou práticas nesse sentido, porém foram identificadas práticas de gestão de recursos humanos aderentes à gestão por competências na SES-MG e na Unimed-BH, principalmente na primeira.

Dentre as principais dificuldades encontradas para este estudo, destacam-se: no caso do IPSEMG, o fato de haver muitas intenções por parte da nova administração, contudo sem resultados reais para serem apresentados; na Unimed Belo Horizonte e na SES/MG, o fato de as mudanças recorrentes nas lideranças de gestão de recursos humanos da instituição terem dificultado a continuidade na implementação dos resultados planejados nas instituições e, também, a coleta de dados, na medida em que o *approach* tinha que ser construído desde o início com as novas lideranças. De qualquer forma, mesmo com essas dificuldades, foi possível concluir os estudos para atingir os objetivos propostos.

Como proposta para a realização de trabalhos futuros, sugere-se estudar o IPSEMG a partir de 2015 após o término da atual administração, para verificar os resultados obtidos quanto às intenções apresentadas. Além disso, expandir essa análise em outros contextos diferentes da saúde.

A gestão de projetos se apresentou como principal ferramenta de gestão de inovação utilizada pelas instituições de saúde em seus Escritórios de Gerenciamento de Projetos, aliada à sistemática de acompanhamento do desempenho institucional e do planejamento estratégico, com impacto direto no desempenho organizacional. A gestão de recursos humanos se apresentou como ferramenta para a gestão da inovação e a melhoria de desempenho organizacional apenas na Unimed Belo Horizonte, que, por sua vez, é considerada referência nacional em gestão na área da Saúde e possui destaque também comparando as instituições estudadas neste trabalho. Esse fato se confirma com a busca do IPSEMG por boas práticas com *benchmarking* direto na Unimed Belo Horizonte e com o fato de essa instituição lançar de forma pioneira iniciativas que a própria SES-MG buscou implantar posteriormente, como prontuário eletrônico e atendimento médico por telefone.

Dentre suas contribuições, este trabalho apresentou uma estrutura organizacional integrada que busca as boas práticas encontradas nessas instituições capazes de facilitar a gestão da inovação e a gestão de competências, como contribuição direta para o desempenho organizacional. Essa estrutura é o Escritório de Gestão Estratégica, detalhado anteriormente. Como proposta para trabalhos futuros, sugere-se também a ampliação dessas análises em outros contextos nacionais e/ou internacionais, para a verificação da aderência das propostas desses autores nas iniciativas de outras instituições e relato dos resultados obtidos.

REFERÊNCIAS

- ABRAHAMSON, E. *Mudança organizacional*. Tradução de Mônica Rosemberg. São Paulo: M. Books do Brasil Editora Ltda, 2006. 198 p.
- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. *Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos*. Rio de Janeiro: ANS, 2007.
- ALBARELLO, L., MAROY, C., RUQUOY, D., DIGNEFFE, F., SAINT-GEORGES, P.. *Práticas e métodos de investigação em ciências sociais*. Coleção Trajectos. Lisboa: Gradiva, 1997.
- ANDRADE, M. V., MAIA, A. C. *Análise de Eficiência Hospitalar no Estado de Minas Gerais*. XIX Prêmio Minas. [s.d, s.l.] 2007.
- ARMBRUSTER, H., BIKFALVI, A., KINKEL, S., LAY, G. *Organizational innovation: The challenge of measuring non-technical innovation in large-scale surveys*. Elsevier: Technovation 28, pp. 644-657, 2008.
- BARBOSA, A. C. Q., GUZMAN, G., SCIANNI, M. A., Rodrigues, M. A. *Competence Management as Organizational Knowledge Transfer Process*. 7th International Research Conference on Quality, Innovation and Knowledge Management. Malasya: 2005.
- BARNEY, J. B; CLARK, D. N. *Resource-Based Theory: Creating and Sustaining Competitive Advantage*. New York: Oxford University, 2007.
- BARNEY, J. B. *Firm resources and sustained competitive advantage*. Journal of Management, Vol. 17, N. 1, 1991.
- BIRKINSHAW, J., HAMEL, G. & MOL, M. J. *Management Innovation*. Academy of Management Review, Vol. 33, N. 4, pp. 825-845, October 2008.
- BITENCOURT, C. BARBOSA, A. C. Q. *A Gestão de Competências* IN Bitencourt, C. (Org) *Gestão Contemporânea de pessoas: novas práticas, conceitos tradicionais*. Porto Alegre: Bookman, 2004.
- BOYATZIS, R. *The Competent Manager*. United States: John Wiley & Sons, 1982.
- BOTERF, G. *Desenvolvendo a competência dos profissionais*. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2003. 278 p.

- BRANDÃO, H. P. e GUIMARÃES, T. A. *Gestão de competências ou gestão de desempenho: tecnologias distintas ou instrumentos de um mesmo construto*. Revista de Administração de Empresas, 41(1), 8-15, 2001.
- BRITO, L. A. L. e VASCONCELOS, F. C. *A Heterogeneidade do Desempenho, suas Causas e o Conceito de Vantagem Competitiva: Proposta de uma Métrica*. RAC, Edição Especial 2004: 107-129. Disponível em www.anpad.org.br/rac. Acessado em 19/11/2011.
- CAMERON, K.; WHETTEN, D. *Organizational effectiveness: a comparison of multiple models*. London: Academic Press, 1983.
- CARNEIRO, J. M. T., SILVA, J. F., ROCHA, A., DIB, L. A. R. *Building a Better Measure of Business Performance*. RAC-Eletrônica, v. 1, n. 2, art. 8, p. 114-135, Maio/Ago. 2007.
- CHAVES, S.R. *Gerenciamento de Doenças - Dispositivos e Instrumentos*. Ciclo de debates sobre redes regionalizadas de atenção à saúde: desafios do SUS. 2009. Disponível em www.opas.org.br/informacao/UploadArq/sandro_chaves_aps.ppt. Acessado em 07/Set/2011
- CHRISTENSEN, C. M. *Inovação na gestão da saúde: soluções disruptivas para reduzir custos e aumentar qualidade*. Porto Alegre: Bookman, 2009.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1.638, de 10 de julho de 2002.
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS. *Caderno de Ciência e Tecnologia em Saúde*. Brasília: CONASS, 2007.
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS. *SUS: avanços e desafios*. Brasília: CONASS, 2006.
- DAVENPORT, T.H.; PRUSAK, L. *Conhecimento empresarial: como as organizações gerenciam o seu capital intelectual*. PERES, L. (trad). Rio de Janeiro: Campus, Título original: Working Knowledge, 1998.
- FERNANDES, B. H. R., FLEURY, M. T. L. e MILLS, J. *Construindo o Diálogo entre Competência, Recursos e Desempenho Organizacional*. RAE - Revista de Administração de Empresas, VOL. 46, Nº4, OUT./DEZ. 2006.
- FLEURY, A.; FLEURY, M.T.L. *Estratégias empresariais e formação de competências: um quebra-cabeça caleidoscópico da indústria brasileira*. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2001. 169 p.
- FLICK, U. *Uma introdução à pesquisa qualitativa*. Porto Alegre: Bookman, 2004.
- FOSS, N. J. *Ethics, discovery and strategy*. Journal of Business Ethics, Vol. 16, N. 11, 1997.

- FREEMAN, C. *Technology policy and economic performance*. Londres: Pinter Publishers London and New York, 1987.
- FRENK, J. *Brid-ging the divide: comprehensive reform to improve health in Mexico*. Nairobi: Comission on Social Determinants of Health, 2006.
- FRIEDMAN, T. L. *O mundo é plano: uma breve história do século XXI*. Rio de Janeiro, Objetiva, 2007.
- FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. *Pesquisa nacional de amostra domiciliar 2003, Minas Gerais*. Belo Horizonte: CEES/FJP, 2005.
- GALVÃO, L. L. *Medidas de desempenho organizacional em organizações públicas brasileiras*. VII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Lisboa, Portugal, 8-11 Oct. 2002.
- GOMES, C. M. e KRUGLIANSKAS, I. *Indicadores e Características da Gestão de Fontes Externas de Informação Tecnológica e do Desempenho Inovador de Empresas Brasileiras*. RAC, Curitiba, v. 13, n. 2, art. 1, p. 172-188, Abr./Jun. 2009. Disponível em www.anpad.org.br/rac. Acessado em 19/11/2011.
- GONÇALVES, C. A., DIAS, A. T. e MUNIZ, R. M. *Análise Discriminante das Relações entre Fatores Estratégicos, Indústria e Desempenho em Organizações Brasileiras Atuantes na Indústria Manufatureira*. RAC, Curitiba, v. 12, n. 2, p. 287-311, Abr./Jun. 2008. Disponível em www.anpad.org.br/rac. Acessado em 19/11/2011.
- HAGE, J. T. *Organizational Innovation and Organizational Change*. Annual Reviews Sociology, Vol. 25, pp. 597-662, 1999.
- HAGUETTE, T. M. F. *Metodologias qualitativas na sociologia*. Petrópolis: Vozes, 1992.
- HERZOG, L.T. *Aproximación a la ventaja competitiva com base em los recursos*. Bilbao: Boletín de estudios económicos. Vol LVI, No.172, abril 2001.
- HIRATA, H. *Da Polarização das Qualificações ao Modelo de Competência*. In: Ferreti, C. (org) Novas Tecnologias, Trabalho e Educação. Petrópolis: Vozes, 1994.
- INFO-TECH RESEARCH GROUP. *Implementing a Project Management Office*. EUA: McLean Report; 2007.
- INSTITUTE OF MEDICINE. *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st. century*. Washington, The National Academies Press, 2001.

- IPEA. *Brasil: o Estado de uma Nação*. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2005.
- IPSEMG. www.IPSEMG.mg.gov.br. Acessado em 08/10/2012.
- KAPLAN, R. S. e NORTON, D. P. *The Balanced Scorecard – Measures that Drive Performance*. Harvard Business Review, Boston, Jan/Fev., 1992.
- KAPLAN, R. S. e NORTON, D. P. *Creating the Office of Strategy Management*. EUA: 2005.
- KUZNETS, S. *Economic growth and structure: selected essays*. New York: W. W. Norton, 1965.
- LA FORGIA, G. M., COUTTOLENC, B. F. *Desempenho Hospitalar no Brasil: em busca de excelência*. São Paulo: Singular, 2009.
- LASTRES, H. M. M. CASSIOLATO, J. E. ARROIO, A. (orgs.) *Conhecimento, sistemas de inovação e desenvolvimento*. Rio de Janeiro: UFRJ, 2005.
- LÉVY-LEBOYER, C. *Gestión de las competencias*. Barcelona: Gestión 2000, 1997.
- LOPEZ-CABRALES, A., PÉREZ-LUÑO, A. & CABRERA, R. V. *Knowledge as a Mediator between HRM Practices and Innovative Activity*. Wiley Periodicals: Human Resource Management, Jul-Ago, Vol. 48, N. 5, pp. 485-503, 2009.
- MACHADO, D. D. P. N. M. *Organizações Inovadoras: estudo dos fatores que formam um ambiente inovador*. RAI - Revista de Administração e Inovação, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 05-28, 2007.
- MACHADO, M. H. *Trabalho e Emprego em Saúde*. In: GIOVANELLA, L. (org) *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Editora Fiocruz, 2007.
- MARINHO, A., MORENO, A. B., CAVALINI, L. T. *Avaliação Descritiva da Rede Hospitalar do Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro, 2001.
- MARQUES, A. J. [et. al.] *O choque de gestão na saúde em Minas Gerais*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2009.
- MATITZ, Q. R. S. e BULGACOV, S. *O Conceito Desempenho em Estudos Organizacionais e Estratégia: um Modelo de Análise Multidimensional*. RAC, Curitiba, v. 15, n. 4, art. 2, pp. 580-607, Jul./Ago. 2011. Disponível em www.anpad.org.br/rac. Acessado em 19/11/2011.

MCKINSEY. *Going from global trends to corporate strategy: Will your business catch them before they catch it?* The McKinsey Quarterly – McKinsey & Company, N. 2, 2006, p. 277-284.

MEIRA, A. J. *Análise da situação de saúde de Minas Gerais 2007*. Belo Horizonte, SE/SVS-SES/MG, 2008.

MENDES, E. V. *O modelo de atenção às condições crônicas*. Belo Horizonte, 2007, mimeo.

MENDES, E.V. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. *Indicadores de Gestão do Trabalho em Saúde: Material de Apoio para o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS – ProjeSUS*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

MOTTA, A., SILVA, J. A., SCHRAIBER, L. B. *Contribuições pragmáticas para a organização dos recursos humanos em saúde e para a história da profissão médica no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

NELSON, R. R. *Why do firms differ and how does it matter?* P. 257-267, In: Foss, N. J. (Edit.) *Resources Firms and Strategies – A Reader in the Resource-Based Perspective*, Oxford University Press, 1997.

NOGUEIRA, R. P. *Problemas de Gestão e Regulação do Trabalho no SUS*. Projeto de Pesquisa Conjuntura do Emprego em Saúde na Primeira Metade da Década de 2000. Brasília: Observatório de Recursos Humanos em Saúde – Núcleo de Estudos de Saúde Pública – Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares - Universidade de Brasília, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *A carta de Liubliana sobre a reforma da atenção à saúde*. Belo Horizonte, Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, Núcleo de Sistemas e Serviços de Saúde, Texto de Apoio nº 25, 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação*. Brasília: OMS-OPAS, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Preventing Chronic Diseases a vital investments*. Organização Mundial da Saúde: 1ª. ed. Geneva, 2005.

- PAIVA, K. C. M. e MELO, M. C. O. L. *Competências, Gestão de Competências e Profissões: Perspectivas de Pesquisas*. RAC, Curitiba, v. 12, n. 2, p. 339-368, Abr./Jun. 2008. Disponível em www.anpad.org.br/rac. Acessado em 19/11/2011.
- PENROSE, E. *The Theory of the Growth of the Firm*. Oxford: Oxford University Press, 1995.
- PORTER, M. E. *What is strategy?* Harvard Business Review, Nov-Dez, 1996.
- PORTER, M. E. TEISBERG, E. O. *Repensando a saúde. Estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos*. Porto Alegre: Bookman, 2007.
- PRAHALAD, C. K. HAMEL, G. *Competindo pelo futuro*. Rio de Janeiro: Campus, 1995.
- PMI. *Project Management Body of Knowledge – PMBOK*. EUA: Project Management Institute, 2008.
- RAMOS, M. N. *A pedagogia das competências*. São Paulo: Cortez, 2001.
- ROBERT, M. *Product innovation Strategy*. New York: McGraw Hill, 1995.
- RODRIGUES, C. A. *A Evolução dos Métodos de Gestão, com o Uso da Tecnologia da Informação e os Reflexos no Conhecimento Organizacional na Unimed BH*. Florianópolis: Dissertação – Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção da UFSC, 2003
- ROTONDARO, R. G. (coord.) *Seis Sigma – Estratégia Gerencial para Melhoria de Processos, Produtos e Serviços*. Editora Atlas, 2006.
- RUAS, R. *Gestão por competências: uma contribuição à estratégia das Organizações* IN RUAS, R., ANTONELLO, C. S., BOFF, L. H. *Aprendizagem Organizacional e Competências*. São Paulo: Bookman, 2005.
- SANDBERG, J. *Human Competence at Work*. Gotebork: BAS, 1994.
- SANTOS, J. B. *Uma Proposta de Conceituação e Representação do Desempenho Empresarial*. Dissertação de Mestrado em Administração, FGV, São Paulo, 2008.
- SES/MG. www.saude.mg.gov.br. Acessado em 08/10/2012.
- SCHIEHLL, E., MORISSETTE, R. *Motivation, Measurement and Rewards from a Performance Evaluation Perspective*. RAC, v. 4, n. 3, Set./Dez. 2000. Disponível em www.anpad.org.br/rac. Acessado em 19/11/2011.

- SCHRAMM, J. M. A., OLIVEIRA, A. F., LEITE, I. C., VALENTE, J. G., GADELHA, A. M. J., PORTELA, M. C., CAMPOS, M. R. *Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. Ciência e Saúde Coletiva*. n. 9, p. 897-908, 2004.
- SCHROEDER, R., VAN DE VEN, A., SCUDDER, G. & POLLEY, D. *Managing Innovation and Change Processes: Findings from the Minnesota Innovation Research Program*. John Wiley & Sons: Agribusiness, Vol. 2, N. 4, pp. 501-523, 1986.
- SCHUMPETER, J. A. *Capitalism, Socialism and Democracy*. Londres: Routledge, 1994.
- SILVEIRA, V. N. S. *Os Modelos Multiestágios de Maturidade: um Breve Relato de sua História, sua Difusão e sua Aplicação na Gestão de Pessoas através do People Capability Maturity Model (P-CMM)*. RAC, Curitiba, v. 13, n. 2, art. 4, p. 228-246, Abr./Jun. 2009. Disponível em www.anpad.org.br/rac. Acessado em 19/11/2011.
- SINK, D. S. *Productivity management: planning, measurement and evaluation, control e improvement*. New York, NY: John Wiley and Sons, 1985.
- SMITH, H. e FINGAR, P. *Business Process Management: The Third Wave*; 2006.
- STAREY, N. *What is clinical governance*. Hayward Medical Communications, 1999.
- STRAUSS, A. e CORBIN, J. *Pesquisa Qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada*. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- TERRA, J.C.; GORDON, C. *Portais corporativos: a revolução na gestão do conhecimento*. São Paulo: Negocio Editora, 2002.
- TIDD, J., BESSANT, J. PAVITT, K. *Gestão da Inovação*. Lisboa: Monitor, 2003.
- UNIMED-BH. www.unimedbh.com.br. Acessado em 08/10/2012.
- VASCONCELOS, F. C.; CYRINO, A. B. *Vantagem Competitiva: os modelos teóricos e a convergência entre estratégia e teoria organizacional*. Revista de Administração de Empresas, v.40, nº 4, Out/Dez, 2000.
- WALKER, R. M., DAMANPOUR, F., DEVECE, C. A. *Management Innovation and Organizational Performance: The Mediating Effect of Performance Management*. Oxford University Press: Journal of Public Administration Research and Theory, 21, pp. 367-386, August 2010.

WERNERFELT, B. *A resource-based view of the firm*. P. 117-132. In Nicolai J. Foss (Ed.) *Resources Firms and Strategies – A Reader in The Resource-Based Perspective*. Oxford University Press, Oxford, 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – *The World Health Report 2000: health systems, improving performance*. Geneva, World Health Organization, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Preventing chronic diseases: a vital investment*. Geneva, WHO, Public Health Agency of Canadá, 2005.

YIN, R. K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman, 2001.

ZARIFIAN, P. *Objetivo competência: por uma nova lógica*. Tradução de Trylinski, M.H.C.V. São Paulo: Atlas, 2001. 197 p.

ZARIFIAN, P. *O Modelo da Competência*. São Paulo: SENAC Editores, 2003.

ZHUANG, L.; WILLIAMSON, D.; CARTER, M. *Innovate or liquidate – are all organization convinced? A two-phased study into the innovation*. *Management Decision*. Midlands: MCB University Press, V. 37, N. 1, 1999.

ANEXOS

ANEXO I – Relatório de Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde – Prioridades e Objetivos – Minas Gerais - 2010

Cadastro metas para Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde - Prioridades e Objetivos - Estado: MINAS GERAIS

PACTO PELA VIDA					
PRIORIDADE: I - ATENÇÃO A SAÚDE DO IDOSO.					
OBJETIVO: PROMOVER A FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO SUS NA ÁREA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA.					
Nº	Indicador	Meta 2010	Resultado Preliminar 2010 (29/12/2010)	Meta 2011	Unidade
1	TAXA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR DE PESSOAS IDOSAS POR FRATURA DE FEMUR	24,90	20,41	24,90	/10.000
PRIORIDADE: II - CONTROLE DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E DE MAMA.					
OBJETIVO: AMPLIAR A OFERTA DO EXAME PREVENTIVO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO VISANDO ALCANÇAR UMA COBERTURA DE 80% DA POPULAÇÃO ALVO.					
Nº	Indicador	Meta 2010	Resultado Preliminar 2010 (29/12/2010)	Meta 2011	Unidade
2	RAZÃO ENTRE EXAMES CITOPATOLÓGICOS DO COLO DO ÚTERO NA FAIXA ETÁRIA DE 25 A 59 ANOS E A POPULAÇÃO ALVO, EM DETERMINADO LOCAL E ANO.	0,22	0,11	0,25	razão
OBJETIVO: TRATAR/SEGUIR AS LESÕES PRECURSORAS DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NO NÍVEL AMBULATORIAL.					
Nº	Indicador	Meta 2010	Resultado Preliminar 2010 (29/12/2010)	Meta 2011	Unidade
3	PERCENTUAL DE SEGUIMENTO/TRATAMENTO INFORMADO DE MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE LESÕES INTRAEPITELIAIS DE ALTO GRAU DO COLO DO ÚTERO.	75,00	5,27	100,00	%
OBJETIVO: AMPLIAR A OFERTA DE MAMOGRAFIA VISANDO ALCANÇAR UMA COBERTURA DE 60% DA POPULAÇÃO ALVO.					
Nº	Indicador	Meta 2010	Resultado Preliminar 2010 (29/12/2010)	Meta 2011	Unidade
4	RAZÃO ENTRE MAMOGRAFIAS REALIZADAS NAS MULHERES DE 50 A 69 ANOS E A POPULAÇÃO FEMININA NESTA FAIXA ETÁRIA, EM DETERMINADO LOCAL E ANO.	0,12	0,11	0,16	razão
PRIORIDADE: III - REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL E MATERNA.					
OBJETIVO: REDUZIR A MORTALIDADE INFANTIL.					
Nº	Indicador	Meta 2010	Resultado Preliminar 2010 (29/12/2010)	Meta 2011	Unidade
5	TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL	13,04	...	12,53	/1000
5.a	TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL NEONATAL.	9,07	...	8,80	/1000
5.b	TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL POS-NEONATAL.	3,97	...	3,73	/1000
OBJETIVO: REDUZIR A MORTALIDADE MATERNA.					
Nº	Indicador	Meta 2010	Resultado Preliminar 2010 (29/12/2010)	Meta 2011	Unidade
6	PROPORÇÃO DE ÓBITOS DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL E MATERNO INVESTIGADOS.	42,00	...	45,00	%
7	INCIDÊNCIA DE SÍFILIS CONGÊNITA.	152	143	132	N.Absoluto
PRIORIDADE: IV - FORTALECIMENTO DA CAPACIDADE DE RESPOSTAS AS DOENÇAS EMERGENTES E ENDEMIAS, COM ÊNFASE NA DENGUE, HANSENIASE, TUBERCULOSE, MALARIA, INFLUENZA, HEPATITE, AIDS.					
OBJETIVO: REDUZIR A LETALIDADE DOS CASOS GRAVES DE DENGUE.					
Nº	Indicador	Meta 2010	Resultado	Meta 2011	Unidade

Nº	Indicador	Meta 2010	Resultado Preliminar 2010 (29/12/2010)	Meta 2011	Unidade
8	TAXA DE LETALIDADE DAS FORMAS GRAVES DE DENGUE	3,50	7,57	3,50	%
OBJETIVO: AUMENTAR O PERCENTUAL DE CURA NOS COORTES DE CASOS NOVOS DE HANSENIASE A CADA ANO PARA ATINGIR 90% DE CURA EM 2011					
9	PROPORCAO DE CURA DOS CASOS NOVOS DE HANSENIASE DIAGNOSTICADOS NOS ANOS DAS COORTES	89,00	80,8	90,00	%
OBJETIVO: AMPLIAR A CURA DE CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE PULMONAR BACILIFERA DIAGNOSTICADOS A CADA ANO.					
10	PROPORCAO DE CURA DE CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE PULMONAR BACILIFERA	74,00	8,4	80,00	%
OBJETIVO: AUMENTAR A PROPORCAO DE COLETA DE AMOSTRAS CLINICAS PARA O DIAGNOSTICO DO VIRUS INFLUENZA DE ACORDO COM O PRECONIZADO.					
12	PROPORCAO DE AMOSTRAS CLINICAS COLETADAS DO VIRUS INFLUENZA EM RELACAO AO PRECONIZADO	50,00	13,2	50,00	%
OBJETIVO: FORTALECER A VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DA DOENCA PARA AMPLIAR A DETECCAO DE CASOS DE HEPATITE B, E A QUALIDADE DO ENCERRAMENTO DOS CASOS POR CRITERIO LABORATORIAL.					
13	PROPORCAO DE CASOS DE HEPATITE B CONFIRMADOS POR SOROLOGIA.	85,00	81,24	90,00	%
OBJETIVO: REDUZIR A TRANSMISSAO VERTICAL DO HIV.					
14	TAXA DE INCIDENCIA DE AIDS EM MENORES DE 5 ANOS DE IDADE	1,90	0,13	1,80	/100.000
PRIORIDADE: V - PROMOCAO DA SAUDE					
OBJETIVO: REDUZIR OS NIVEIS DE SEDENTARISMO NA POPULACAO.					
15	PREVALENCIA DE ATIVIDADE FISICA SUFICIENTE NO TEMPO LIVRE EM ADULTOS.	15,20	...	15,30	%
OBJETIVO: REDUZIR A PREVALENCIA DO TABAGISMO NO PAIS.					
16	PREVALENCIA DE TABAGISMO EM ADULTOS.	15,60	...	15,60	%
PRIORIDADE: VI - FORTALECIMENTO DA ATENCAO BASICA					
OBJETIVO: AMPLIAR A COBERTURA POP. DA A. BASICA POR MEIO DA ESTRATEGIA SAUDE DA FAMILIA.					
17	PROPORCAO DA POPULACAO CADASTRADA PELA ESTRATEGIA SAUDE DA FAMILIA.	60,00	59,4	64,40	%
OBJETIVO: AMPLIAR O ACESSO A CONSULTA PRE-NATAL.					
18	PROPORCAO DE NASCIDOS VIVOS DE MAES COM 7 OU MAIS CONSULTAS DE PRE-NATAL	66,00	...	68,00	%
OBJETIVO: REDUZIR A INTERNACAO HOSPITALAR POR DIABETES MELLITUS NO AMBITO DO SUS.					
19	TAXA DE INTERNACOES POR DIABETES MELLITUS E SUAS COMPLICACOES.	6,90	6,12	6,60	/10.000
OBJETIVO: REDUZIR A INTERNACAO HOSP. POR ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL NO AMBITO DO SUS.					
Nº	Indicador	Meta 2010	Resultado	Meta 2011	Unidade

			Preliminar 2010 (29/12/2010)		
20	TAXA DE INTERNACOES POR ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)	7,70	6,47	7,50	/10.000
OBJETIVO: REDUZIR E MONITORAR A PREVALENCIA DE BAIXO PESO EM CRIANCAS MENORES DE 5 ANOS.					
Nº	Indicador	Meta 2010	Resultado Preliminar 2010 (29/12/2010)	Meta 2011	Unidade
21	PERCENTUAL DE CRIANCAS MENORES DE CINCO ANOS COM BAIXO PESO PARA IDADE	4,00	4,32	3,90	%
22	PERCENTUAL DE FAMILIAS COM PERFIL SAUDE BENEFICIARIAS DO PROGRAMA BOLSA FAMILIA ACOMPANHADAS PELA ATENCAO BASICA	75,00	34,07	76,00	%
OBJETIVO: AMPLIAR O NUMERO DE EQUIPES DE SAUDE BUCAL (ESB) DA ESTRATEGIA SAUDE DA FAMILIA (ESF)					
Nº	Indicador	Meta 2010	Resultado Preliminar 2010	Meta 2011	Unidade
41	COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA DAS EQUIPES DE SAUDE BUCAL DA ESTRATEGIA DE SAUDE DA FAMILIA	não pactuado	Não pactuado	42,50	%
OBJETIVO: AUMENTAR A PREVENCAO DAS PRINCIPAIS DOENCAS BUCAIS: A CARIE DENTARIA E A DOENCA PERIODONTAL.					
Nº	Indicador	Meta 2010	Resultado Preliminar 2010	Meta 2011	Unidade
42	MEDIA DA ACAO COLETIVA DE ESCOVACAO DENTAL SUPERVISIONADA	não pactuado	Não pactuado	3,18	%
PRIORIDADE: VII - SAUDE DO TRABALHADOR					
OBJETIVO: AUMENTAR A IDENTIFICACAO E A NOTIFICACAO DOS AGRAVOS A SAUDE DO TRABALHADOR A PARTIR DA REDE DE SERVICOS SENTINELA EM SAUDE DO TRABALHADOR, BUSCANDO ATINGIR TODA A REDE DE SERVICOS DO SUS.					
Nº	Indicador	Meta 2010	Resultado Preliminar 2010 (29/12/2010)	Meta 2011	Unidade
23	NUMERO DE NOTIFICACOES DOS AGRAVOS A SAUDE DO TRABALHADOR CONSTANTES DA PORTARIA GM/MS Nº.777/04.	6.495	3263	7.342	N.Absoluto
PRIORIDADE: VIII - SAUDE MENTAL.					
OBJETIVO: AMPLIAR O ACESSO AO TRATAMENTO AMBULATORIAL EM SAUDE MENTAL.					
Nº	Indicador	Meta 2010	Resultado Preliminar 2010 (29/12/2010)	Meta 2011	Unidade
24	TAXA DE COBERTURA DE CENTROS DE ATENCAO PSICOSSOCIAL (CAPS) /100.000 HABITANTES.	0,65	0,64	0,71	/100.000
PRIORIDADE: IX - FORTALECIMENTO DA CAPACIDADE DE RESPOSTA DO SISTEMA DE SAUDE AS PESSOAS COM DEFICIENCIA.					
OBJETIVO: AMPLIAR AS REDES ESTADUAIS DE SERVICOS DE REABILITACAO PARA PESSOAS COM DEFICIENCIA.					
Nº	Indicador	Meta 2010	Resultado Preliminar 2010 (29/12/2010)	Meta 2011	Unidade
25	NUMERO DE SERVICOS DE REABILITACAO VISUAL HABILITADOS PELO MINISTERIO DA SAUDE.	2	-	3	N.Absoluto
PRIORIDADE: X - ATENCAO INTEGRAL AS PESSOAS EM SITUACAO OU RISCO DE VIOLENCIA					
OBJETIVO: AMPLIAR A REDE DE PREVENCAO DE VIOLENCIA E PROMOCAO A SAUDE NOS ESTADOS E MUNICIPIOS.					
Nº	Indicador	Meta 2010	Resultado Preliminar 2010 (29/12/2010)	Meta 2011	Unidade
26	PROPORCAO DE MUNICIPIOS PRIORITARIOS DO ESTADO COM REDE DE PREVENCAO DAS VIOLENCIAS E PROMOCAO DA SAUDE IMPLANTADAS.	70,00	75	80,00	%
OBJETIVO: AMPLIAR A COBERTURA DA FICHA DE NOTIFICACAO / INVESTIGACAO DE VIOLENCIA DOMESTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLENCIAS.					
Nº	Indicador	Meta 2010	Resultado Preliminar 2010 (29/12/2010)	Meta 2011	Unidade
27	PROPORCAO DE MUNICIPIOS PRIORITARIOS DO ESTADO COM NOTIFICACAO DE VIOLENCIA DOMESTICA, SEXUAL E/OUTRAS VIOLENCIAS IMPLANTADAS.	70,00	91,67	70,00	%
PRIORIDADE: XI - SAUDE DO HOMEM					
OBJETIVO: INSERIR ESTRATEGIAS E ACOES VOLTADAS PARA A SAUDE DO HOMEM NOS PLANOS DE SAUDE ESTADUAIS E MUNICIPAIS					

Nº	Indicador	Meta 2010	Resultado Preliminar 2010 (29/12/2010)	Meta 2011	Unidade
28	NUMERO DE ESTADOS E MUNICIPIOS SELECIONADOS COM ESTRATEGIAS E ACOES VOLTADAS PARA A SAUDE DO HOMEM INSERIDAS NOS PLANOS DE SAUDE ESTADUAIS E MUNICIPAIS	2	--	-	N.Absoluto
OBJETIVO: AMPLIAR O ACESSO A CIRURGIAS DE PATOLOGIAS E CANCERES DO TRATO GENITAL MASCULINO.					
Nº	Indicador	Meta 2010	Resultado Preliminar 2010 (29/12/2010)	Meta 2011	Unidade
29	NUMERO DE CIRURGIAS PROSTATECTOMIA SUPRAPUBICA POR LOCAL DE RESIDENCIA.	714	549	750	N.Absoluto
PACTO DE GESTAO					
1 - RESPONSABILIDADES GERAIS DA GESTAO DO SUS					
OBJETIVO: ENCERRAR AS INVESTIGACOES DAS NOTIF. DE AGRAVOS COMPULSORIOS REGISTR. NO SINAN.					
Nº	Indicador	Meta 2010	Resultado Preliminar 2010 (29/12/2010)	Meta 2011	Unidade
30	PROPORCAO DE CASOS DE DOENCAS DE NOTIFICACAO COMPULSORIA (DNC) ENCERRADOS OPORTUNAMENTE APOS NOTIFICACAO	80,00	74,88	80,00	%
OBJETIVO: AMPLIAR A CLASSIFICACAO DA CAUSA BASICA DE OBITO NAO FETAL.					
Nº	Indicador	Meta 2010	Resultado Preliminar 2010 (29/12/2010)	Meta 2011	Unidade
31	PROPORCAO DE OBITOS NAO FETAIS INFORMADOS AO SIM COM CAUSA BASICA DEFINIDA.	90,00	...	91,00	%
OBJETIVO: MANTER A COBERTURA VACINAL ADEQUADA NOS SERVICOS DE IMUNIZACOES NOS MUNICIPIOS E ESTADOS.					
Nº	Indicador	Meta 2010	Resultado Preliminar 2010 (29/12/2010)	Meta 2011	Unidade
32	COBERTURA VACINAL COM A VACINA TETRAVALENTE (DTP+HIB) EM CRIANCAS MENORES DE UM ANO.	95,00	89,48	95,00	%
OBJETIVO: REDUZIR OS RISCOS A SAUDE HUMANA DECORRENTE DO CONSUMO DE AGUA COM QUALIDADE MICROBIOLOGICA FORA DO PADRAO DE POTABILIDADE.					
Nº	Indicador	Meta 2010	Resultado Preliminar 2010 (29/12/2010)	Meta 2011	Unidade
33	PERCENTUAL DE REALIZACAO DAS ANALISES DE VIGILANCIA DA QUALIDADE DA AGUA, REFERENTE AO PARAMETRO COLIFORMES TOTAIS.	10,00	7,33	15,00	%
OBJETIVO: CONSOLIDAR E AMPLIAR A DESCENTRALIZACAO DAS ACOES DE VIGILANCIA SANITARIA.					
Nº	Indicador	Meta 2010	Resultado Preliminar 2010 (29/12/2010)	Meta 2011	Unidade
34	PERCENTUAL DE MUNICIPIOS COM PACTUACAO DE ACOES ESTRATEGICAS DE VIGILANCIA SANITARIA.	75,00	66,71	90,00	%
2 - REGIONALIZACAO					
OBJETIVO: CONSTITUIR COLEGIADOS DE GESTAO REGIONAL (CGR).					
Nº	Indicador	Meta 2010	Resultado Preliminar 2010 (29/12/2010)	Meta 2011	Unidade
35	PERCENTUAL DE COLEGIADOS DE GESTAO REGIONAL (CGR) CONSTITUIDOS EM CADA ESTADO E INFORMADOS A CIT.	100,00	100	100,00	%
3 - PLANEJAMENTO E PROGRAMACAO					
OBJETIVO: ASSEGURAR QUE 100% DE ESTADOS E MUNICIPIOS TENHAM O RELATORIO ANUAL DE GESTAO (RAG) APROVADOS PELOS RESPECTIVOS CONSELHOS DE SAUDE.					
Nº	Indicador	Meta 2010	Resultado Preliminar 2010 (29/12/2010)	Meta 2011	Unidade
36	PROPORCAO DE ESTADOS E MUNICIPIOS COM RELATORIOS ANUAIS DE GESTAO APROVADOS NOS CONSELHOS ESTADUAIS DE SAUDE E CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAUDE.	100,00	--	100,00	%
4 - REGULACAO, CONTROLE, AVALIACAO E AUDITORIA					
OBJETIVO: FORTALECER O CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAUDE (CNES) COM DADOS ATUALIZADOS SISTEMATICAMENTE, VISANDO MELHORAR A QUALIDADE DA INFORMACAO.					
Nº	Indicador	Meta 2010	Resultado Preliminar 2010	Meta 2011	Unidade

			(29/12/2010)		
37	INDICE DE ALIMENTACAO REGULAR DA BASE DE DADOS DO CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECEMENTOS DE SAUDE (CNES).	100,00	67,88	100,00	%
6 - EDUCACAO NA SAUDE					
OBJETIVO: AMPLIAR O PERCENTUAL DE CIES EM FUNCIONAMENTO, PARA QUE ESSAS POSSAM CONTRIBUIR PARA O PLANEJAMENTO REGIONAL DE ACOES EDUCATIVAS DE ACORDO COM AS NECESSIDADES E REALIDADES LOCAIS.					
Nº	Indicador	Meta 2010	Resultado Preliminar 2010 (29/12/2010)	Meta 2011	Unidade
38	PERCENTUAL DE COMISSOES DE INTEGRACAO ENSINO-SERVICO (CIES) EM FUNCIONAMENTO POR ESTADO.	100,00	100	100,00	%
7 - PARTICIPACAO E CONTROLE SOCIAL					
OBJETIVO: IMPLANTAR OUVIDORIA EM ESTADOS E MUNICIPIOS COM VISTAS AO FORTALECIMENTO DA GESTAO ESTRATEGICA DO SUS.					
Nº	Indicador	Meta 2010	Resultado Preliminar 2010 (29/12/2010)	Meta 2011	Unidade
39	IMPLANTACAO DE OUVIDORIAS DO SUS NOS ESTADOS E CAPITAIS.	2	2	0	N.Absoluto
OBJETIVO: FORTALECER O CONTROLE SOCIAL NO SUS.					
Nº	Indicador	Meta 2010	Resultado Preliminar 2010 (29/12/2010)	Meta 2011	Unidade
40	CAPACITACAO DE CONSELHEIROS ESTADUAIS E MUNICIPAIS DOS MUNICIPIOS PRIORITARIOS, DEFINIDOS EM 2009.	100,00	...	100,00	%

Planilha disponível no endereço: www.saude.gov.br/sispacto

ANEXO II – Relatório de Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde – Prioridades e Objetivos – Minas Gerais – 2009

Planilha de Pactuação Estadual do Pacto de Indicadores da Atenção Básica – 2010

PACTO PELA VIDA			
PRIORIDADE: I - ATENCAO A SAUDE DO IDOSO.			
OBJETIVOS			
II. CONTRIBUIR PARA A MELHORIA DA QUALIDADE DA ATENCAO PRESTADA AO RESIDENTE NAS INSTITUICOES DE LONGA PERMANENCIA PARA IDOSOS - ILPI.			
I. IDENTIFICAR PESSOAS IDOSAS EM SITUACAO DE FRAGILIDADE OU EM RISCO DE FRAGILIZACAO PARA ACOES DE PREVENCAO DE FRATURA DE FEMUR.			
INDICADORES			
PRINCIPAL	Meta Proposta 2009	Resultado 2009	Unidade
TAXA DE INTERNACAO HOSPITALAR DE PESSOAS IDOSAS POR FRATURA DE FEMUR	23,93	24,21	/10.000
COMPLEMENTAR	Meta Proposta 2009	Resultado 2009	Unidade
PERCENTUAL DE INSTITUICOES DE LONGA PERMANENCIA PARA IDOSOS (ILPI) CADASTRADAS, INSPECIONADAS	não pactuado	não informado	%
PRIORIDADE: II - CONTROLE DO CANCER DE COLO DE UTERO E DE MAMA.			
OBJETIVOS			
IV. IMPLANTAR O SISTEMA NACIONAL DE INFORMACAO PARA O CONTROLE DO CANCER DE MAMA - SISMAMA, COM IDENTIFICACAO DO USUARIO, INTEGRANDO-O AO SISCOLO			
III. DIMINUIR O NUMERO DE AMOSTRAS INSATISFATORIAS DO EXAME CITOPATOLOGICO.			
II. TRATAR/SEGUIR AS LESOES PRECURSORAS DO CANCER DO COLO DO UTERO NO NIVEL AMBULATORIAL.			
I. AMPLIAR OFERTA DO EXAME PREVENTIVO DO CANCER DO COLO DO UTERO DE FORMA QUE A COBERTURA DO EXAME PREVENTIVO ALCANCE A 80% DA POPULACAO ALVO.			
INDICADORES			
PRINCIPAL	Meta Proposta 2009	Resultado 2009	Unidade
RAZAO DE EXAMES CITOPATOLOGICO CERVICO-VAGINAIS NA FAIXA ETARIA DE 25 A 59 ANOS EM RELACAO A POPULACAO-ALVO, EM DETERMINADO LOCAL, POR ANO	0,30	0,20	razao
PERCENTUAL DE TRATAMENTO/SEGUIMENTO NO NIVEL AMBULATORIAL DAS LESOES PRECURSORAS DO CANCER DE COLO DO UTERO (LESOES DE ALTO GRAU - NIC II E NIC III)	100,00	23,46	%

COMPLEMENTAR	Meta Proposta 2009	Resultado 2009	Unidade
PERCENTUAL DE MUNICIPIOS COM AMOSTRAS INSATISFATORIAS ACIMA DE 5%, POR UF, NO ANO	não pactuado	não informado	%
PROPORCAO DE MUNICIPIOS COM SERVICO DE MAMOGRAFIA PRESTADORES DO SUS CAPACITADOS NO SISMAMA.	não pactuado	não informado	%
PRIORIDADE: III - REDUCAO DA MORTALIDADE INFANTIL E MATERNA.			
OBJETIVOS			
VII. REDUZIR A TAXA DE CESAREAS			
VI. APRIMORAR A QUALIDADE DA ATENCAO PRE-NATAL			
V. REDUZIR O NUMERO DE MORTE INFANTIL INDIGENA, TENDO COMO LINHA DE BASE O ANO DE 2005.			
IV. REDUZIR A MORTALIDADE NEONATAL			
III. REDUZIR A MORTALIDADE POS-NEOTAL			
II. INVESTIGAR OBITOS MATERNOS			
I. ESTIMULAR A INVESTIGACAO DO OBITO DE MENORES DE UM ANO, VISANDO SUBSIDIAR INTERVENCOES PARA REDUCAO DA MORTALIDADE NESTA FAIXA ETARIA.			
INDICADORES			
PRINCIPAL	Meta Proposta 2009	Resultado 2009	Unidade
PROPORCAO DE INVESTIGACAO DE OBITOS INFANTIS	27,60	24,64	%
PROPORCAO DE OBITOS DE MULHERES EM IDADE FERTIL INVESTIGADOS	75,00	49,51	%
COEFICIENTE DE MORTALIDADE POS-NEONATAL. OBS:REDUZIR A PORCENTAGEM PROPOSTA	6,00	3,83	%
COEFICIENTE DE MORTALIDADE NEONATAL. OBS:REDUZIR A PORCENTAGEM PROPOSTA	4,00	4,00	%
COMPLEMENTAR	Meta Proposta 2009	Resultado 2009	Unidade
NUMERO DE CASOS DE SIFILIS CONGENITA	não pactuado	não informado	N.Absoluto
TAXA DE CESAREAS. OBS. META IGUAL OU MENOR QUE O VALOR PACTUADO.	não pactuado	não informado	%
PRIORIDADE: IV - FORTALECIMENTO DA CAPACIDADE DE RESPOSTAS AS DOENCAS EMERGENTES E ENDEMIAS, COM ENFASE NA DENGUE, HANSENIASE, TUBERCULOSE, MALARIA, INFLUENZA, HEPATITE, AIDS.			
OBJETIVOS			
VII. REDUZIR A INCIDENCIA DE AIDS EM MENORES DE 5 ANOS			
VI. AMPLIAR A COBERTURA DA POPULACAO BRASILEIRA COM ACOES DE VIGILANCIA, PREVENCAO E CONTROLE DAS HEPATITES VIRAIS			
V. AUMENTAR A PROPORCAO DE COLETA DE AMOSTRAS CLINICAS PARA O DIAGNOSTICO DO VIRUS INFLUENZA DE ACORDO COM O PRECONIZADO			
IV. AMPLIAR A CURA DOS CASOS NOVOS DE HANSENIASE DIAGNOSTICADOS, NOS PERIODOS DE TRATAMENTO PRECONIZADOS			
III. REDUZIR A INCIDENCIA DE MALARIA NA REGIAO DA AMAZONIA LEGAL			
II. AMPLIAR A CURA DE CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE BACILIFERA DIAGNOSTICADOS A CADA ANO			
I. REDUZIR A LETALIDADE POR FEBRE HEMORRAGICA DE DENGUE			
INDICADORES			
PRINCIPAL	Meta Proposta 2009	Resultado 2009	Unidade
TAXA DE LETALIDADE POR FEBRE HEMORRAGICA DE DENGUE	15,40	3,43	%
PROPORCAO DE CURA DE CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE PULMONAR BACILIFERA	67,40	74,18	%
INCIDENCIA PARASITARIA ANUAL DE MALARIA. OBS: INDICADOR A SER PACTUADO SOMENTE PELOS ESTADOS DA AMAZONIA LEGAL	não pactuado	não informado	%
PROPORCAO DE CURA DOS CASOS NOVOS DE HANSENIASE DIAGNOSTICADOS NOS ANOS DAS COORTES	89,70	89,29	%
PROPORCAO DE AMOSTRAS CLINICAS COLETADAS DO VIRUS INFLUENZA EM RELACAO AO PRECONIZADO	60,00	38,85	%
PROPORCAO DE CASOS DE HEPATITES B E C CONFIRMADOS POR SOROLOGIA	75,00	80,99	%
TAXA DE INCIDENCIA DE AIDS EM MENORES DE 5 ANOS DE IDADE	1,90	0,25	/100.000
PRIORIDADE: V - PROMOCAO DA SAUDE			
OBJETIVOS			
III. AMPLIAR REDE DE PREVENCAO DE VIOLENCIA E PROMOCAO A SAUDE NOS ESTADOS E MUNICIPIOS			
II. REDUZIR A PREVALENCIA DO TABAGISMO NO PAIS			
I. PROMOVER ATIVIDADE FISICA COM OBJETIVO DE REDUZIR O SEDENTARISMO NO PAIS			
INDICADORES			
PRINCIPAL	Meta Proposta 2009	Resultado 2009	Unidade
PREVALENCIA DE SEDENTARISMO EM ADULTOS. OBS:INDICADOR A SER PACTUADO POR ESTADOS E CAPITAL DO ESTADO	27,50	16,90	%
PREVALENCIA DE TABAGISMO. OBS: A SER PACTUADO SOMENTE POR ESTADOS E CAPITAIS	15,50	15,40	%
COMPLEMENTAR	Meta Proposta 2009	Resultado 2009	Unidade

PROPORÇÃO DE MUNICÍPIOS PRIORITÁRIOS COM NÚCLEOS DE PREVENÇÃO DAS VIOLÊNCIAS E PROMOÇÃO DA SAÚDE POR UF. OBS: INDICADOR A SER PACTUADO POR MUNICÍPIOS PRIORITÁRIOS, CONFORME INSTRUTIVO.	não pactuado	não informado	%
PRIORIDADE: VI - FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA			
OBJETIVOS			
X. MELHORAR O ACOMPANHAMENTO DAS CONDICIONALIDADES DO SETOR SAÚDE DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA (ACOMPANHAMENTO DAS FAMÍLIAS E CRIANÇAS BENEFICIÁRIAS)			
IX. DESENVOLVER AÇÕES CONTÍNUAS VOLTADAS À DIMINUIÇÃO DA PREVALÊNCIA DE DESNUTRIÇÃO EM CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS			
VIII. DESENVOLVER AÇÕES DE PROMOÇÃO, PREVENÇÃO E ASSISTÊNCIA CONTEMPLANDO PRIORITARIAMENTE, AS ÁREAS PROGRAMÁTICAS E TRANSVERSAIS			
VII. IMPLANTAR O PROCESSO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NAS TRÊS ESFERAS DE GOVERNO, COM VISTAS À QUALIFICAÇÃO DA GESTÃO DESCENTRALIZADA			
VI. FORTALECER O DESENVOLVIMENTO DAS REDES LOCAIS E REGIONAIS DE SAÚDE COM VISTA À INTEGRAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA AOS DEMAIS NÍVEIS DE ATENÇÃO			
V. APOIAR TÉCNICA E FINANCEIRAMENTE A ATENÇÃO BÁSICA COMO RESPONSABILIDADE DAS TRÊS ESFERAS DE GESTÃO DO SUS			
IV. GARANTIR A INFRA-ESTRUTURA NECESSÁRIA AO FUNCIONAMENTO DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE CONSIDERANDO MATERIAIS, EQUIPAMENTOS, INSUMOS SUFICIENTES PARA O CONJUNTO DE AÇÕES PROPOSTAS PARA ESSES SERVIÇOS			
III. AMPLIAR E QUALIFICAR A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS POR MEIO DO CUMPRIMENTO DOS PRINCÍPIOS ESTABELECIDOS NA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA: ACESSIBILIDADE, VÍNCULO, COORDENAÇÃO, CONTINUIDADE DO CUIDADO, TERRITORIALIZAÇÃO E ADOÇÃO DE CLIENTELA, RESPONSABILIZAÇÃO, HUMANIZAÇÃO			
II. DESENVOLVER AÇÕES DE QUALIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA POR MEIO DE ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE E DE OFERTA DE CURSOS DE ESPECIALIZAÇÃO E RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E EM MEDICINA DA FAMÍLIA E COMUNIDADE, PRIORITARIAMENTE PARA PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA			
I. GARANTIR QUE A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SEJA A ESTRATÉGIA PRIORITÁRIA DA ATENÇÃO BÁSICA E ORIENTADORA DOS SISTEMAS DE SAÚDE CONSIDERANDO AS DIFERENÇAS LOCO-REGIONAIS			
INDICADORES			
PRINCIPAL	Meta Proposta 2009	Resultado 2009	Unidade
PROPORÇÃO DA POPULAÇÃO CADASTRADA PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	60,00	57,66	%
COBERTURA DE PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA	13,00	11,84	%
TAXA DE INTERNAÇÕES POR ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL	40,00	29,14	/10.000
TAXA DE INTERNAÇÃO POR DIABETES MELLITUS E SUAS COMPLICAÇÕES NA POPULAÇÃO DE 30 ANOS E MAIS	14,20	12,21	/10.000
MÉDIA ANUAL DE CONSULTAS MÉDICAS POR HABITANTE NAS ESPECIALIDADES BÁSICAS	1,50	1,78	quantidade
PROPORÇÃO DE NASCIDOS VIVOS DE MÃES COM 4 OU MAIS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL. OBS: PACTUAR SOMENTE SE NÃO TIVER ATINGIDO 90% DO ANO ANTERIOR, CONFORME INSTRUTIVO	não pactuado	não informado	%
PROPORÇÃO DE NASCIDOS VIVOS DE MÃES COM 7 OU MAIS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL. OBS: PACTUAR SOMENTE SE TIVER ATINGIDO MAIS DE 90% NO ANO ANTERIOR, CONFORME INSTRUTIVO	59,00	64,91	%
PERCENTUAL DE CRIANÇAS MENORES DE CINCO ANOS COM BAIXO PESO PARA IDADE	5,80	4,23	%
COMPLEMENTAR	Meta Proposta 2009	Resultado 2009	Unidade
PROPORÇÃO DE MUNICÍPIOS COM O PROJETO AVALIAÇÃO PARA MELHORIA DA QUALIDADE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (AMQ) IMPLANTADO	não pactuado	não informado	%
RECURSO FINANCEIRO (EM REAIS) PRÓPRIO DISPENDIDO NA ATENÇÃO BÁSICA	não pactuado	não informado	R\$
MÉDIA ANUAL DA AÇÃO COLETIVA ESCOVAÇÃO DENTAL SUPERVISIONADA	não pactuado	não informado	%
MÉDIA MENSAL DE VISITAS DOMICILIARES POR FAMÍLIA REALIZADAS POR AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	não pactuado	não informado	quantidade
PERCENTUAL DE FAMÍLIAS COM PERFIL SAÚDE BENEFICIÁRIAS DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA ACOMPANHADAS PELA ATENÇÃO BÁSICA	não pactuado	não informado	%
PRIORIDADE: VII - SAÚDE DO TRABALHADOR			
OBJETIVOS			
II. APOIAR ESTADOS E MUNICÍPIOS NA CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS EM SAÚDE DO TRABALHADOR			
I. AMPLIAR A REDE NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO TRABALHADOR - RENAST, ARTICULADA ENTRE O MINISTÉRIO DA SAÚDE, AS SECRETARIAS ESTADUAIS E MUNICIPAIS, A PARTIR DA REVISÃO DA PORTARIA G/M NÚMERO 2.437 DE 07/12/2005			
INDICADORES			
PRINCIPAL	Meta Proposta 2009	Resultado 2009	Unidade
NÚMERO DE CEREST IMPLANTADOS	3	0	N.Absoluto
COMPLEMENTAR	Meta Proposta 2009	Resultado 2009	Unidade
NÚMERO PROFISSIONAIS DE SAÚDE MATRICULADOS	não pactuado	não informado	N.Absoluto
PRIORIDADE: VIII - SAÚDE MENTAL			
OBJETIVOS			
II. BENEFICIAR PACIENTES DE LONGA PERMANÊNCIA EM HOSPITAIS PSÍQ. POR MEIO DO PROGRAMA DE VOLTA PARA CASA - PVC			

I. AMPLIAR A COBERURA DE CENTROS DE ATENCAO PSICOSSOCIAL - CAPS			
INDICADORES			
PRINCIPAL	Meta Proposta 2009	Resultado 2009	Unidade
TAXA DE COBERTURA CAPS POR 100 MIL HABITANTES	0,55	0,57	/100.000
COMPLEMENTAR	Meta Proposta 2009	Resultado 2009	Unidade
TAXA DE COBERTURA DO PROGRAMA DE VOLTA PARA CASA	não pactuado	não informado	N.Absoluto
PRIORIDADE: IX - RESPONSABILIDADES GERAIS			
OBJETIVOS			
INVESTIGAR TODOS OS CASOS DE EVENTOS ADVERSOS POS-VACINACAO.			
PRIORIDADE: X - ATENCAO INTEGRAL AS PESSOAS EM SITUACAO OU RISCO DE VIOLENCIA			
OBJETIVOS			
II. AMPLIAR A COBERTURA DA FICHA DE NOTIFICACAO/ INVESTIGACAO DE VIOLENCIA DOMESTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLENCIAS			
I. IMPLANTAR REDES DE ATENCAO E PROTECAO A PESSOAS EM SITUACAO DE VIOLENCIA DOMESTICA E SEXUAL QUE CONTEMPLAM: CRIANCAS, ADOLESCENTES, ADULTOS, IDOSOS, PESSOAS COM DEFICIENCIA, COM TRANSTORNOS MENTAIS E TRABALHADORES, DE AMBOS OS SEXOS			
INDICADORES			
PRINCIPAL	Meta Proposta 2009	Resultado 2009	Unidade
PROPORCAO DE MUNICIPIOS PRIORITARIOS DO ESTADO COM NOTIFICACAO DE VIOLENCIA DOMESTICA, SEXUAL E/OUTRAS VIOLENCIAS, IMPLANTADAS. OBS: DF CONSIDERAR A CIDADE DE BRASILIA COMO PRIORITARIA, CONF. INST.	50,00	50,00	%
COMPLEMENTAR	Meta Proposta 2009	Resultado 2009	Unidade
PROPORCAO DE REDES DE ATENCAO INTEGRAL A MULHER E ADOLESCENTES EM SITUACAO DE VIOLENCIA IMPLANTADOS EM MUNICIPIOS PRIORITARIOS NO ESTADO. OBS: A SER PACTUADO POR MUN. PRIORITARIOS, CONFORME INSTRUTIVO	não pactuado	não informado	N.Absoluto
PRIORIDADE: XI - SAUDE DO HOMEM			
OBJETIVOS			
I.PROMOVER A SAUDE INTEGRAL DO HOMEM			
INDICADORES			
PRINCIPAL	Meta Proposta 2009	Resultado 2009	Unidade
POLITICA DA SAUDE DO HOMEM ELABORADA E PUBLICADA	100,00	0,00	%
PACTO DE GESTAO			
PRINCIPAL	Meta Proposta 2009	Resultado 2009	Unidade
COBERTURA VACINAL POR TETRAVALENTE EM MENORES DE UM ANO DE IDADE	253	265.999	N. vacinad
PROPORCAO DE OBITOS NAO FETAIS INFORMADOS AO SIM COM CAUSAS BASICAS DEFINIDAS. OBS. MANTER MAIOR OU IGUAL A META PACTUADA.	90,00	89,18	%
TAXA DE NOTIFICACAO DE CASOS DE PARALISIA FLACIDA AGUDA - PFA EM MENORES DE 15 ANOS	56,00	1,17	/100.000
PROPORCAO DE DOENCAS EXANTEMATICAS INVESTIGADOS OPORTUNAMENTE	80,00	95,29	%
PROPORCAO DE CASOS DE DOENCAS DE NOTIFICACAO COMPULSORIA (DNC) ENCERRADOS OPORTUNAMENTE APOS NOTIFICACAO	80,00	83,13	%
PROPORCAO DA RECEITA PROPRIA APLICADA EM SAUDE CONFORME PREVISTO NA REGULAMENTACAO DA EC 29/2000	12,00	15,44	%
INDICE DE ALIMENTACAO REGULAR DAS BASES DE DADOS NACIONAIS OBRIGATORIAS SIA-SUS, SIH-SUS, CNES, SIAB	100,00	100,00	%
INDICE DE CONTRATUALIZACAO DE UNIDADES CONVENIADAS AO SUS, NOS ESTADOS E MUNICIPIOS	60,00	58,90	%
PROPORCAO DE ESTADOS E MUNICIPIOS COM RELATORIOS DE GESTAO APROVADOS NO CONSELHO ESTADUAL DE SAUDE E CONSELHO MUNICIPAL DE SAUDE	100,00	75,00	%
COMPLEMENTAR	Meta Proposta 2009	Resultado 2009	Unidade
PROPORCAO DE CONSTITUICAO DE COLEGIADOS DE GESTAO REGIONAL	não pactuado	não informado	%
QUANTIDADE DE ESTADOS COM A PPI ATUALIZADA	não pactuado	não informado	%

ANEXO III – Relatório de Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde – Prioridades e Objetivos – Minas Gerais - 2008

Relatório de Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde - Prioridades e Objetivos - Estado: MINAS GERAIS

PACTO PELA VIDA			
PRIORIDADE: I - ATENÇÃO A SAÚDE DO IDOSO.			
OBJETIVOS			
I. IDENTIFICAR PESSOAS IDOSAS EM SITUAÇÃO DE FRAGILIDADE OU EM RISCO DE FRAGILIZAÇÃO PARA AÇÕES DE PREVENÇÃO DE FRATURA DE FÊMUR.			
II. CONTRIBUIR PARA A MELHORIA DA QUALIDADE DA ATENÇÃO PRESTADA AO RESIDENTE NAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS - ILPI.			
INDICADORES			
PRINCIPAL	Meta Pactuada 2008	Resultado 2008	Unidade
TAXA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR DE PESSOAS IDOSAS POR FRATURA DE FÊMUR	23,93	22,80	/10.000
COMPLEMENTAR	Meta Pactuada 2008	Resultado 2008	Unidade
PERCENTUAL DE INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS (ILPI) CADASTRADAS, INSPECIONADAS	não pactuado	não informado	%
PRIORIDADE: II - CONTROLE DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E DE MAMA.			
OBJETIVOS			
I. AMPLIAR OFERTA DO EXAME PREVENTIVO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO DE FORMA QUE A COBERTURA DO EXAME PREVENTIVO ALCANCE A 80% DA POPULAÇÃO ALVO.			
II. TRATAR/SEGUIR AS LESÕES PRECURSORAS DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NO NÍVEL AMBULATORIAL.			
III. DIMINUIR O NÚMERO DE AMOSTRAS INSATISFATORIAS DO EXAME CITOPATOLÓGICO.			
IV. IMPLANTAR O SISTEMA NACIONAL DE INFORMAÇÃO PARA O CONTROLE DO CÂNCER DE MAMA - SISMAMA, COM IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO, INTEGRANDO-O AO SISCOLO			
INDICADORES			
PRINCIPAL	Meta Pactuada 2008	Resultado 2008	Unidade
RAZÃO DE EXAMES CITOPATOLÓGICO CERVICO-VAGINAIS NA FAIXA ETÁRIA DE 25 A 59 ANOS EM RELAÇÃO A POPULAÇÃO-ALVO, EM DETERMINADO LOCAL, POR ANO	0,30	0,21	razão
PERCENTUAL DE TRATAMENTO/SEGUIMENTO NO NÍVEL AMBULATORIAL DAS LESÕES PRECURSORAS DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO (LESÕES DE ALTO GRAU - NIC II E NIC III)	100,00	22,19	%
COMPLEMENTAR	Meta Pactuada 2008	Resultado 2008	Unidade
PERCENTUAL DE MUNICÍPIOS COM AMOSTRAS INSATISFATORIAS ACIMA DE 5%, POR UF, NO ANO	não pactuado	não informado	%
PROPORÇÃO DE MUNICÍPIOS COM SERVIÇO DE MAMOGRAFIA PRESTADORES DO SUS CAPACITADOS NO SISMAMA.	não pactuado	não informado	%
PRIORIDADE: III - REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL E MATERNA.			
OBJETIVOS			
I. ESTIMULAR A INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO DE MENORES DE UM ANO, VISANDO SUBSIDIAR INTERVENÇÕES PARA REDUÇÃO DA MORTALIDADE NESTA FAIXA ETÁRIA.			
II. INVESTIGAR ÓBITOS MATERNO			
III. REDUZIR A MORTALIDADE POS-NEONATAL			
IV. REDUZIR A MORTALIDADE NEONATAL			
V. REDUZIR O NÚMERO DE MORTE INFANTIL INDÍGENA, TENDO COMO LINHA DE BASE O ANO DE 2005.			
VI. APRIMORAR A QUALIDADE DA ATENÇÃO PRE-NATAL			
VII. REDUZIR A TAXA DE CESÁREAS			
INDICADORES			
PRINCIPAL	Meta Pactuada 2008	Resultado 2008	Unidade
PROPORÇÃO DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITOS INFANTIS	27,60	11,51	%
PROPORÇÃO DE ÓBITOS DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL INVESTIGADOS	75,00	32,87	%
COEFICIENTE DE MORTALIDADE POS-NEONATAL. OBS: REDUZIR A PORCENTAGEM PROPOSTA	6,00	6,80	%
COEFICIENTE DE MORTALIDADE NEONATAL. OBS: REDUZIR A PORCENTAGEM PROPOSTA	4,00	2,50	%
COMPLEMENTAR	Meta Pactuada 2008	Resultado 2008	Unidade
NÚMERO DE CASOS DE SÍFILIS CONGENITA	não pactuado	não informado	N.Absoluto
TAXA DE CESÁREAS. OBS. META IGUAL OU MENOR QUE O VALOR PACTUADO.	não pactuado	não informado	%

PRIORIDADE: IV - FORTALECIMENTO DA CAPACIDADE DE RESPOSTAS AS DOENCAS EMERGENTES E ENDEMIAS, COM ENFASE NA DENGUE, HANSENIASE, TUBERCULOSE, MALARIA, INFLUENZA, HEPATITE, AIDS.			
OBJETIVOS			
I. REDUZIR A LETALIDADE POR FEBRE HEMORRAGICA DE DENGUE			
II. AMPLIAR A CURA DE CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE BACILIFERA DIAGNOSTICADOS A CADA ANO			
III. REDUZIR A INCIDENCIA DE MALARIA NA REGIAO DA AMAZONIA LEGAL			
IV. AMPLIAR A CURA DOS CASOS NOVOS DE HANSENIASE DIAGNOSTICADOS, NOS PERIODOS DE TRATAMENTO PRECONIZADOS			
V. AUMENTAR A PROPORCAO DE COLETA DE AMOSTRAS CLINICAS PARA O DIAGNOSTICO DO VIRUS INFLUENZA DE ACORDO COM O PRECONIZADO			
VI. AMPLIAR A COBERTURA DA POPULACAO BRASILEIRA COM ACOES DE VIGILANCIA, PREVENCAO E CONTROLE DAS HEPATITES VIRAIS			
VII. REDUZIR A INCIDENCIA DE AIDS EM MENORES DE 5 ANOS			
INDICADORES			
PRINCIPAL	Meta Pactuada 2008	Resultado 2008	Unidade
TAXA DE LETALIDADE POR FEBRE HEMORRAGICA DE DENGUE	15,40	11,00	%
PROPORCAO DE CURA DE CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE PULMONAR BACILIFERA	67,40	68,66	%
INCIDENCIA PARASITARIA ANUAL DE MALARIA. OBS: INDICADOR A SER PACTUADO SOMENTE PELOS ESTADOS DA AMAZONIA LEGAL	não pactuado	não informado	%
PROPORCAO DE CURA DOS CASOS NOVOS DE HANSENIASE DIAGNOSTICADOS NOS ANOS DAS COORTES	89,70	84,60	%
PROPORCAO DE AMOSTRAS CLINICAS COLETADAS DO VIRUS INFLUENZA EM RELACAO AO PRECONIZADO	60,00	39,42	%
PROPORCAO DE CASOS DE HEPATITES B E C CONFIRMADOS POR SOROLOGIA	75,00	78,88	%
TAXA DE INCIDENCIA DE AIDS EM MENORES DE 5 ANOS DE IDADE	1,90	1,00	/100.000
PRIORIDADE: V - PROMOCAO DA SAUDE			
OBJETIVOS			
I. PROMOVER ATIVIDADE FISICA COM OBJETIVO DE REDUZIR O SEDENTARISMO NO PAIS			
II. REDUZIR A PREVALENCIA DO TABAGISMO NO PAIS			
III. AMPLIAR REDE DE PREVENCAO DE VIOLENCIA E PROMOCAO A SAUDE NOS ESTADOS E MUNICIPIOS			
INDICADORES			
PRINCIPAL	Meta Pactuada 2008	Resultado 2008	Unidade
PREVALENCIA DE SEDENTARISMO EM ADULTOS. OBS:INDICADOR A SER PACTUADO POR ESTADOS E CAPITAL DO ESTADO	27,50	27,60	%
PREVALENCIA DE TABAGISMO. OBS: A SER PACTUADO SOMENTE POR ESTADOS E CAPITAIS	15,50	15,60	%
COMPLEMENTAR	Meta Pactuada 2008	Resultado 2008	Unidade
PROPORCAO DE MUNICIPIOS PRIORITARIOS COM NUCLEOS DE PREVENCAO DAS VIOLENCIAS E PROMOCAO DA SAUDE POR UF. OBS: INDICADOR A SER PACTUADO POR MUNICIPIOS PRIORITARIOS, CONFORME INSTRUTIVO.	não pactuado	não informado	%
PRIORIDADE: VI - FORTALECIMENTO DA ATENCAO BASICA			
OBJETIVOS			
I. GARANTIR QUE A ESTRATEGIA SAUDE DA FAMILIA SEJA A ESTRATEGIA PRIORITARIA DA ATENCAO BASICA E ORIENTADORA DOS SISTEMAS DE SAUDE CONSIDERANDO AS DIFERENCAS LOCO-REGIONAIS			
II. DESENVOLVER ACOES DE QUALIFICACAO DOS PROFISSIONAIS DA ATENCAO BASICA POR MEIO DE ESTRATEGIAS DE EDUCACAO PERMANENTE E DE OFERTA DE CURSOS DE ESPECIALIZACAO E RESIDENCIA MULTIPROFISSIONAL E EM MEDICINA DA FAMILIA E COMUNIDADE, PRIORITARIAMENTE PARA PROFISSIONAIS DA ESTRATEGIA SAUDE DA FAMILIA			
III. AMPLIAR E QUALIFICAR A ESTRATEGIA DE SAUDE DA FAMILIA NOS MUNICIPIOS BRASILEIROS POR MEIO DO CUMPRIMENTO DOS PRINCIPIOS ESTABELECIDOS NA POLITICA NACIONAL DE ATENCAO BASICA: ACESSIBILIDADE, VINCULO, COORDENACAO, CONTINUIDADE DO CUIDADO, TERRITORIALIZACAO E ADSCRICAO DE CLIENTELA, RESPONSABILIZACAO, HUMANIZACAO			
IV. GARANTIR A INFRA-ESTRUTURA NECESSARIA AO FUNCIONAMENTO DA UNIDADE BASICA DE SAUDE CONSIDERANDO MATERIAIS, EQUIPAMENTOS, INSUMOS SUFICIENTES PARA O CONJUNTO DE ACOES PROPOSTAS PARA ESSES SERVICOS			
V. APOIAR TECNICA E FINANCEIRAMENTE A ATENCAO BASICA COMO RESPONSABILIDADE DAS TRES ESFERAS DE GESTAO DO SUS			
VI. FORTALECER O DESENVOLVIMENTO DAS REDES LOCAIS E REGIONAIS DE SAUDE COM VISTA A INTEGRACAO DA ATENCAO BASICA AOS DEMAIS NIVEIS DE ATENCAO			
VII. IMPLANTAR O PROCESSO DE MONITORAMENTO E AVALIACAO DA ATENCAO BASICA NAS TRES ESFERAS DE GOVERNO, COM VISTAS A QUALIFICACAO DA GESTAO DESCENTRALIZADA			
VIII. DESENVOLVER ACOES DE PROMOCAO, PREVENCAO E ASSISTENCIA CONTEMPLANDO PRIORITARIAMENTE, AS AREAS PROGRAMATICAS E TRANSVERSAIS			
IX. DESENVOLVER ACOES CONTINUAS VOLTADAS A DIMINUICAO DA PREVALENCIA DE DESNUTRICAO EM CRIANCAS MENORES DE 5 ANOS			
X. MELHORAR O ACOMPANHAMENTO DAS CONDICIONALIDADES DO SETOR SAUDE DO PROGRAMA BOLSA FAMILIA (ACOMPANHAMENTO DAS FAMILIAS E CRIANCAS BENEFICIARIAS)			
INDICADORES			
PRINCIPAL	Meta Pactuada 2008	Resultado 2008	Unidade
PROPORCAO DA POPULACAO CADASTRADA PELA ESTRATEGIA SAUDE DA FAMILIA	60,00	56,59	%
COBERTURA DE PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLOGICA PROGRAMATICA	13,00	13,00	%
TAXA DE INTERNACOES POR ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL	40,00	22,80	/10.000

TAXA DE INTERNAÇÃO POR DIABETES MELLITUS E SUAS COMPLICAÇÕES NA POPULAÇÃO DE 30 ANOS E MAIS	14,20	13,66	/10.000
MEDIA ANUAL DE CONSULTAS MEDICAS POR HABITANTE NAS ESPECIALIDADES BASICAS	1,50	1,82	quantidade
PROPORÇÃO DE NASCIDOS VIVOS DE MAES COM 4 OU MAIS CONSULTAS DE PRE-NATAL. OBS: PACTUAR SOMENTE SE NAO TIVER ATINGIDO 90% DO ANO ANTERIOR, CONFORME INSTRUTIVO	não pactuado	não informado	%
PROPORÇÃO DE NASCIDOS VIVOS DE MAES COM 7 OU MAIS CONSULTAS DE PRE-NATAL. OBS: PACTUAR SOMENTE SE TIVER ATINGIDO MAIS DE 90% NO ANO ANTERIOR, CONFORME INSTRUTIVO	59,00	63,50	%
PERCENTUAL DE CRIANCAS MENORES DE CINCO ANOS COM BAIXO PESO PARA IDADE	5,80	5,10	%
COMPLEMENTAR	Meta Pactuada 2008	Resultado 2008	Unidade
PROPORÇÃO DE MUNICIPIOS COM O PROJETO AVALIAÇÃO PARA MELHORIA DA QUALIDADE DA ESTRATEGIA SAUDE DA FAMILIA (AMQ) IMPLANTADO	não pactuado	não informado	%
RECURSO FINANCEIRO (EM REAIS) PROPRIO DISPENDIDO NA ATENÇÃO BASICA	não pactuado	não informado	R\$
MEDIA ANUAL DA AÇÃO COLETIVA ESCOVAÇÃO DENTAL SUPERVISIONADA	não pactuado	não informado	%
MEDIA MENSAL DE VISITAS DOMICILIARES POR FAMILIA REALIZADAS POR AGENTE COMUNITARIO DE SAUDE	não pactuado	não informado	quantidade
PERCENTUAL DE FAMILIAS COM PERFIL SAUDE BENEFICIARIAS DO PROGRAMA BOLSA FAMILIA ACOMPANHADAS PELA ATENÇÃO BASICA	não pactuado	não informado	%
PRIORIDADE: VII - SAUDE DO TRABALHADOR			
OBJETIVOS			
I. AMPLIAR A REDE NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAUDE DO TRABALHADOR - RENAST, ARTICULADA ENTRE O MINISTERIO DA SAUDE, AS SECRETARIAS ESTADUAIS E MUNICIPAIS, A PARTIR DA REVISÃO DA PORTARIA G/M NUMERO 2.437 DE 07/12/2005			
II. APOIAR ESTADOS E MUNICIPIOS NA CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS EM SAUDE DO TRABALHADOR			
INDICADORES			
PRINCIPAL	Meta Pactuada 2008	Resultado 2008	Unidade
NUMERO DE CEREST IMPLANTADOS	3	3	N.Absoluto
COMPLEMENTAR	Meta Pactuada 2008	Resultado 2008	Unidade
NUMERO PROFISSIONAIS DE SAUDE MATRICULADOS	não pactuado	não informado	N.Absoluto
PRIORIDADE: VIII - SAUDE MENTAL.			
OBJETIVOS			
I. AMPLIAR A COBERURA DE CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS			
II. BENEFICIAR PACIENTES DE LONGA PERMANENCIA EM HOSPITAIS PSIQ. POR MEIO DO PROGRAMA DE VOLTA PARA CASA - PVC			
INDICADORES			
PRINCIPAL	Meta Pactuada 2008	Resultado 2008	Unidade
TAXA DE COBERTURA CAPS POR 100 MIL HABITANTES	0,55	0,51	/100.000
COMPLEMENTAR	Meta Pactuada 2008	Resultado 2008	Unidade
TAXA DE COBERTURA DO PROGRAMA DE VOLTA PARA CASA	não pactuado	não informado	N.Absoluto
PRIORIDADE: IX - RESPONSABILIDADES GERAIS			
OBJETIVOS			
INVESTIGAR TODOS OS CASOS DE EVENTOS ADVERSOS POS-VACINAÇÃO.			
PRIORIDADE: X - ATENÇÃO INTEGRAL AS PESSOAS EM SITUAÇÃO OU RISCO DE VIOLENCIA			
OBJETIVOS			
I. IMPLANTAR REDES DE ATENÇÃO E PROTEÇÃO A PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLENCIA DOMESTICA E SEXUAL QUE CONTEMPLAM: CRIANCAS, ADOLESCENTES, ADULTOS, IDOSOS, PESSOAS C/ DEFIC., C/ TRANSTORNOS MENTAIS E TRABALH., DE AMBOS OS SEXOS			
II. AMPLIAR A COBERTURA DA FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO DE VIOLENCIA DOMESTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLENCIAS			
INDICADORES			
PRINCIPAL	Meta Pactuada 2008	Resultado 2008	Unidade
PROPORÇÃO DE MUNICIPIOS PRIORITARIOS DO ESTADO COM NOTIFICAÇÃO DE VIOLENCIA DOMESTICA, SEXUAL E/OUTRAS VIOLENCIAS, IMPLANTADAS. OBS: DF CONSIDERAR A CIDADE DE BRASÍLIA COMO PRIORITARIA, CONF. INST.	50,00	0,00	%
COMPLEMENTAR	Meta Pactuada 2008	Resultado 2008	Unidade
PROPORÇÃO DE REDES DE ATENÇÃO INTEGRAL A MULHER E ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE VIOLENCIA IMPLANTADOS EM MUNICIPIOS PRIORITARIOS NO ESTADO. OBS: A SER PACTUADO POR MUN. PRIORITARIOS, CONFORME INSTRUTIVO	não pactuado	não informado	N.Absoluto
PRIORIDADE: XI - SAUDE DO HOMEM			
OBJETIVOS			
I. PROMOVER A SAUDE INTEGRAL DO HOMEM			
INDICADORES			
PRINCIPAL	Meta Pactuada 2008	Resultado 2008	Unidade
POLITICA DA SAUDE DO HOMEM ELABORADA E PUBLICADA	100,00	0,00	%

PACTO DE GESTAO			
PRINCIPAL	Meta Pactuada 2008	Resultado 2008	Unidade
COBERTURA VACINAL POR TETRAVALENTE EM MENORES DE UM ANO DE IDADE	252,631	256662	N. vacinad
PROPORCAO DE OBITOS NAO FETAIS INFORMADOS AO SIM COM CAUSAS BASICAS DEFINIDAS. OBS. MANTER MAIOR OU IGUAL A META PACTUADA.	90,00	89,06	%
TAXA DE NOTIFICACAO DE CASOS DE PARALISIA FLACIDA AGUDA - PFA EM MENORES DE 15 ANOS	56,00	62,00	/100.000
PROPORCAO DE DOENCAS EXANTEMATICAS INVESTIGADOS OPORTUNAMENTE	80,00	94,80	%
PROPORCAO DE CASOS DE DOENCAS DE NOTIFICACAO COMPULSORIA (DNC) ENCERRADOS OPORTUNAMENTE APOS NOTIFICACAO	80,00	80,00	%
PROPORCAO DA RECEITA PROPRIA APLICADA EM SAUDE CONFORME PREVISTO NA REGULAMENTACAO DA EC 29/2000	12,00	13,00	%
INDICE DE ALIMENTACAO REGULAR DAS BASES DE DADOS NACIONAIS OBRIGATORIAS SIA-SUS, SIH-SUS, CNES, SIAB	100,00	100,00	%
INDICE DE CONTRATUALIZACAO DE UNIDADES CONVENIADAS AO SUS, NOS ESTADOS E MUNICIPIOS	60,00	43,00	%
PROPORCAO DE ESTADOS E MUNICIPIOS COM RELATORIOS DE GESTAO APROVADOS NO CONSELHO ESTADUAL DE SAUDE E CONSELHO MUNICIPAL DE SAUDE	100,00	56,00	%
COMPLEMENTAR	Meta Pactuada 2008	Resultado 2008	Unidade
PROPORCAO DE CONSTITUICAO DE COLEGIADOS DE GESTAO REGIONAL	não pactuado	não informado	%
QUANTIDADE DE ESTADOS COM A PPI ATUALIZADA	não pactuado	não informado	%

Planilha disponível no endereço: www.saude.gov.br/sispacto

ANEXO IV – Roteiro de entrevista

Instituição: _____

Cargo do entrevistado: _____

Data: ___/___/_____

Contextualização

- qual a história da organização, com destaque para as principais mudanças acontecidas?
- como é o processo de formulação estratégica?
- como acontece a gestão estratégica?
- descreva o modelo de atenção à saúde utilizado na instituição.

Competências

- quais são as políticas de recursos humanos existentes na organização?
- como é a prática efetiva de gestão de recursos humanos na organização?
- como foi o trajeto e qual o estágio atual da implantação do modelo de gestão por competência na instituição?

Inovação

- quais os principais projetos da organização?
- descreva as principais inovações em andamento ou implantadas.
- como é conduzida a gestão dessas inovações?
- como visualiza a contribuição da gestão de competências com a gestão da inovação?

Desempenho Organizacional

- quais os controles internos e externos existentes na organização para medição do resultado?
- quais os principais indicadores de resultados que a instituição monitora?
- como é a forma que o desempenho é gerenciado na organização?
- como visualiza a contribuição da gestão de competências com o desempenho organizacional?
- como visualiza a contribuição da gestão da inovação com o desempenho organizacional?

ANEXO V – Documentos internos relevantes utilizados na pesquisa

A. Exemplo de documentação de projeto na Unimed-BH – Projeto Prontuário Eletrônico do Paciente

Descrição do Projeto

OBJETIVO

Implantar o Prontuário Eletrônico do Paciente como um sistema de coleta de informações clínicas, disponibilizando o histórico clínico do paciente (anamnese, exame físico, exames complementares, protocolos de conduta, planos de cuidados, rotinas administrativas, etc.) à equipe de saúde, de forma gradual em relação às diversas especialidades médicas e locais de atendimento, de forma interligada.

DESCRIÇÃO DO PRODUTO

Gerais

- Sistema deverá se adequar às normas do CFM – Resoluções 1638 e 1639
- Estruturação e padronização dos registros clínicos em cada unidade de atendimento.
- Definição e cadastro de padrões de atestados, orientações terapêuticas, laudos, encaminhamentos para outros profissionais de saúde, solicitação de exames e outros documentos necessários.
- O sistema deverá contemplar tanto clientes Unimed-BH quanto não Unimed-BH.
- O prontuário será único para o paciente, contendo os diversos registros clínicos das diversas especialidades, locais de atendimento, etc.
- O sistema deverá resgatar as informações clínicas da fase provisória do prontuário eletrônico, mesmo que seja em forma de relatório (PDF) apenas.

Acesso

- Controle de acesso hierarquizado através de senhas individuais, definindo perfis de acesso de leitura e de escrita dependendo do tipo de profissional de saúde e do local de atendimento certificados pela Unimed-BH.
- Haverá controle de pontualidade e de duração de consultas baseando-se no log de acesso, de abertura e salvamento de fichas clínicas.
- O sistema deverá estar preparado para o acesso ser feito usando identificação biométrica.
- O sistema terá Certificação Digital, ou seja, terá assinatura eletrônica.

Repositório de Conhecimento Médico

- Criação de uma base centralizada de conhecimento médico, a partir das informações coletadas nos diversos locais de atendimento. Esta base permitirá o acesso às informações essenciais (a serem definidas) do paciente em diversos pontos da rede de atendimento.
- Será gradualmente disponibilizado a toda rede um conjunto de informações clínicas a ser definido, através de uma interface padrão. (Portal de Informações do Paciente)
- O prestador poderá fazer interface sistema a sistema, através de um protocolo de acesso ao serviço que a Unimed-BH disponibilizará no Webservice. O Portal de Informações do Paciente fará uso deste mesmo componente de negócio. A entrada e saída de informações serão sempre através deste componente seguindo o protocolo a ser definido

- Este repositório deverá estar integrado com as tabelas da Unimed-BH, como dados cadastrais, dados de utilização e outras a ser definidas, para que não haja redundância de dados já existentes.
- As informações apresentadas pelo repositório serão diferenciadas dependendo do local de atendimento e do perfil do usuário (médico, laboratório, etc.). A autorização da leitura completa das informações do paciente poderá ser autorizada pelo próprio paciente via biometria.
- As gestões interessadas para usar os dados deste repositório serão envolvidas para especificação do modelo de dados.

Registros Clínicos

- Criação da ficha clínica de acordo com as características do atendimento (unidade de atendimento; especialidade; protocolo: diabetes, asma, etc.; tipo da consulta: 1a. Consulta, retorno, tratamento seriado, intervenção cirúrgica, etc.)
- Para estruturação dos prontuários, haverá um cadastro básico de blocos de perguntas e respostas, agrupadas de tal forma que o administrador das fichas clínicas possa criá-las, seguindo orientação da Comissão de Revisão de Prontuários, de forma padronizada.
- Cada bloco de perguntas e respostas deverá conter a opção de outros, para facilitar a estabilidade do prontuário estruturado, evitando manutenções freqüentes e garantindo de certa forma a continuidade dos estudos epidemiológicos.
- Registro da ficha clínica, onde o médico poderá optar pela ficha a ser preenchida no momento do atendimento de acordo com o estado geral do paciente, por exemplo, se um pneumologista achar interessante usar um prontuário com o protocolo de asma, poderá optar por ele no momento da consulta.
- Acesso ao prontuário completo do paciente em todas as especialidades já consultadas via Prontuário Eletrônico da Unimed-BH, incluindo informações de utilização do paciente, como Exames Complementares (solicitações e resultados), Internações, etc. Os dados e formato de apresentação deverão ser definidos previamente neste projeto.
- O sistema terá um modo de consulta com as informações principais do paciente a serem definidas, como por exemplo, idade do paciente (calculada pelo sistema), doenças ativas, doenças inativas, alergias, medicamentos em uso, resultados de exames e sinais vitais apresentados de forma agrupada (por grupo de exame ou por doença) e cronológica (resultados ao longo do tempo).
- Deverá haver a facilidade de preenchimento do prontuário (amigabilidade), de forma que o médico responderia às investigações detalhadas somente se for o caso. Por exemplo, o médico qualificaria a tosse apenas se existir este sinal/sintoma. Uma alternativa é se criar uma estrutura de "tree view", porém, será definida a melhor alternativa neste projeto.
- O registro clínico poderá ser salvo em duas etapas: parcial e definitivo para que o usuário tenha a opção de preencher o prontuário em mais de uma etapa, caso haja necessidade.
- Antes de salvar definitivamente, o sistema apresentará os dados clínicos efetivamente preenchidos para o médico confirmar os dados. Caso haja necessidade de se alterar algo, o sistema voltará à tela de preenchimento da ficha clínica para se permitir a devida alteração/inclusão de dados.
- Deverá haver a possibilidade de cancelamento com justificativa de um prontuário preenchido indevidamente pelo usuário, que deverá ser executado somente pelo médico responsável. Ex: preencher para o paciente errado. A premissa é que a alteração poderá ser realizada apenas no dia do atendimento. Não haverá exclusão física dos dados do prontuário da base de dados.
- A correção de erro após a inclusão definitiva se dará da seguinte forma: o profissional de saúde deverá, no mesmo dia, criar um adendo com a nova informação e justificativa. O histórico das alterações deverá ser mantido na base de dados.
- Na rotina de gravação do prontuário eletrônico do paciente, além de salvar os dados no banco de dados do sistema, deverá também armazenar os dados no repositório de conhecimento médico.
- O sistema deverá estar preparado para futuramente ter um editor de imagens para desenhos do médico para simbolizar sinais do paciente.
- O sistema deverá possuir uma ferramenta de busca para permitir a localização de informações clínicas do paciente em atendimento por meio do uso de filtros de dados, incluindo informações do repositório de conhecimento médico.

- Funcionalidade para busca do cliente para consulta e/ou inclusão de dados clínicos.
- Durante o registro clínico, poderá se optar por abrir um protocolo de conduta para preenchimento, como por exemplo de diabetes, asma, etc., não substituindo o prontuário.
- Poderá haver cadastrado prontuários específicos de uma especialidade, por exemplo, um pediatra poderá optar por preencher um prontuário específico de puericultura ou de hebiatria. Com isto, uma especialidade poderá possuir mais de uma ficha clínica estruturada específica.
- O sistema de registro clínico poderá ser utilizado por profissionais de saúde, ou seja, além do médico, enfermeiras na pré-consulta poderão utilizar o sistema. Existirão alguns trechos que alguns profissionais não médicos poderão preencher, de acordo com perfis pré-definidos.
- O sistema deverá estar preparado para emissão de gráficos auxiliares que representam a evolução de sinais vitais ou resultados de exames, os quais podem ser individualmente selecionados para exibição por paciente.
- O sistema deverá recuperar nas consultas subseqüentes dados a serem definidos, como por exemplo, dados cadastrais (naturalidade, cor, etc.), história pregressa (se for o caso), etc.

Solicitação de Exames e Procedimentos

- Disponibilização da Tabela de exames e procedimentos da Unimed-BH
- Cadastro de grupos de exames, discriminando material e método (quando for o caso) e valores de referências, baseando-se na tabela da Unimed-BH.
- Haverá uma funcionalidade para solicitar exames e procedimentos, baseados no cadastro de exames acima.
- Impressão de guia de solicitação de exame no padrão da Unimed-BH, a ser definida.

Resultados de Exames

- O médico solicitante do exame terá acesso a uma tela para lançamento de resultados de exames apresentados pelo paciente, nos casos onde não haja a interface direta com os laboratórios via Webservice.
- Consulta dos resultados de exames de forma agrupada e cronológica, para visualizar a evolução do paciente. Os grupos de exames serão definidos.
- O sistema deverá estar preparado para interface via Webservice com os laboratórios para disponibilização automática de resultados de exames, segundo padrão de comunicação HL7 ou outro a ser definido.
- Notificação de resultados de exames disponibilizados na base de dados para os médicos solicitantes.
- O sistema deverá ter um cadastro das possíveis técnicas de análise de exames e suas respectivas unidades de medida e valores de referência.
- O sistema deverá estar preparado para incorporação de imagem de exames ao prontuário eletrônico, segundo padrão de comunicação DICOM ou outro a ser definido.

Prescrição de Medicamentos

- Criação de cadastro de medicamentos com uso, posologia, nome científico e comercial.
- Criação de cadastro de interações medicamentosas
- Prescrição médica eletrônica com alertas de interações medicamentosas e posologias inadequadas para referência
- Dependendo da hipótese diagnóstica, o profissional de saúde poderá optar pelo uso do protocolo de conduta. Desta forma, o sistema de prescrição de medicamento deve ser aderente aos protocolos de conduta adotados pela Unimed-BH.
- Impressão do receituário para ser entregue ao paciente, sem necessidade de nova entrada de dados pelo médico, ou seja, a prescrição gerará automaticamente uma receita a ser impressa.

Agendamento

- Agendamento de clientes contemplando consultas, exames e pequenos procedimentos, através de busca de cliente por nome e por carteira para os clientes Unimed-BH.

- Todas as regras de negócio do sistema Agendamento Unifácil devem ser contempladas nesta funcionalidade.
- Admissão do paciente previamente agendado e não agendado, possuindo uma funcionalidade para encaixe, desistência, bloqueio de agenda, etc.
- Consulta à agenda de pacientes confirmados.
- Sinalizador para o médico da chegada do paciente quando passar pela recepcionista.
- Cadastro de motivos de não comparecimento.
- O prontuário poderá ser aberto através da consulta da agenda, para preenchimento durante o atendimento.
- O prontuário também poderá ser aberto para consulta e para preenchimento sem haver um agendamento prévio do cliente.

Relatórios

- Após a inclusão definitiva do registro clínico, haverá a possibilidade de impressão do mesmo, contendo apenas as informações que foram efetivamente preenchidas, incluindo a data e a hora do atendimento.
- Impressão de receitas, atestados, orientações terapêuticas, laudos e encaminhamentos para outras especialidades, segundo padrão previamente cadastrado.
- Relatórios epidemiológicos a serem definidos.
- Relatórios gerenciais por unidade de atendimento e consolidado, por exemplo:
 - i. Tempo médio de consultas
 - ii. Atrasos por parte dos pacientes
 - iii. Consultas canceladas, por motivo / por cliente empresarial
 - iv. Consultas por especialidades
 - v. Ociosidade por Cooperado / Especialidade
 - vi. Atrasos por parte dos cooperados no início do turno de trabalho
 - vii. Índice de replicação de consultas geral, por médico e por especialidade
 - viii. Tempo médio de espera para agendamento por médico e por especialidade
 - ix. Índice de retornos ao mesmo médico dentro do período de 30 dias.
 - x. Índice de encaminhamentos internos e externos, geral, por médico e por especialidade
 - xi. Especialidades não disponíveis nos Núcleos mais procuradas.
 - xii. Outros a ser definidos

Fonte: Documentação interna da empresa gerada em 2006.

B. Painel de Evolução Estratégica de Projetos 2000-2005 – Unimed-BH – Provimento de Saúde

2000	2001	2002	2003	2004	2005
Provimento de Saúde					
Relacionamento com prestadores e cooperados					
Implantação parcial do Salutaris	Desenvolvimento Salutaris	Implantação do Salutaris		Reformulação do Cálculo da Produção Médica	Implantação de repositório único de regras de Autorização
		Sistema de digitação de Cooperados - DIGWEB implantado	Unioffice - Consultas	Reestruturação do módulo Coleta Unioffice - Coleta arquivo eletrônico e disponibilização de relatórios	Autorizador Unioffice - SRPM
	Implantação do Sad - Consultas e exames simples e controlados	SAD - Liberação de procedimentos	SAD - Fisioterapia (início)	SAD - Fisioterapia implantado	SAD - Liberação de mais 600 procedimentos (PPP, PPCM, e outros)
		Auditoria Eletrônica	Descentralização e automatização do encaminhamento de Contas pelos Prestadores	Implantação de ferramentas para coleta eletrônica de produção médica de Prestadores e Cooperados	Biometria (58 locais e 201 equipamentos)
			Encaminhamento de conta pelo Cooperado de forma eletrônica, via SAD		Sistema de cadastro de contratos de prestadores implantado
					Automatização das tabelas, carga de procedimentos no Salutaris e documentos de Contratação de Prestadores
					PPO
					CBHPM
				Início dos programas de Promoção da Saúde	Implantação da Atenção Integrada à Saúde
					Início de implantação de ações de Promoção de Saúde em empresas (V&M)
			Consulta bonificada		Controle das atividades da Saúde Ocupacional através do sistema Vstorh
Serviços Próprios					
	Farmácia	Início do projeto HDMU (APH)	Implantação do Unifácil Barreiro	Início do projeto Anexo HDMU	Inauguração do Anexo HDMU
				Início do projeto SGG	Certificação ISO e ONA no HDMU
				Implantação do HDMU	Implantação da Clínica de Dor
				Implantação do sistema para agendamento de consultas no Unifácil	
			Início da implantação do sistema hospitalar	Implantação do sistema hospitalar no HDMU (MV/2000)	Reformulação dos fluxos do P.A. Unimed BH, com implantação de painel de atendimento e acolhimento de clientes
			Estruturação dos processos do HDMU, para simulação e treinamento dos novos funcionários	Estruturação dos processos do HDMU	Implantação de processo de Serviço de Gestão de Alto Risco e CT-Adulto no HDMU

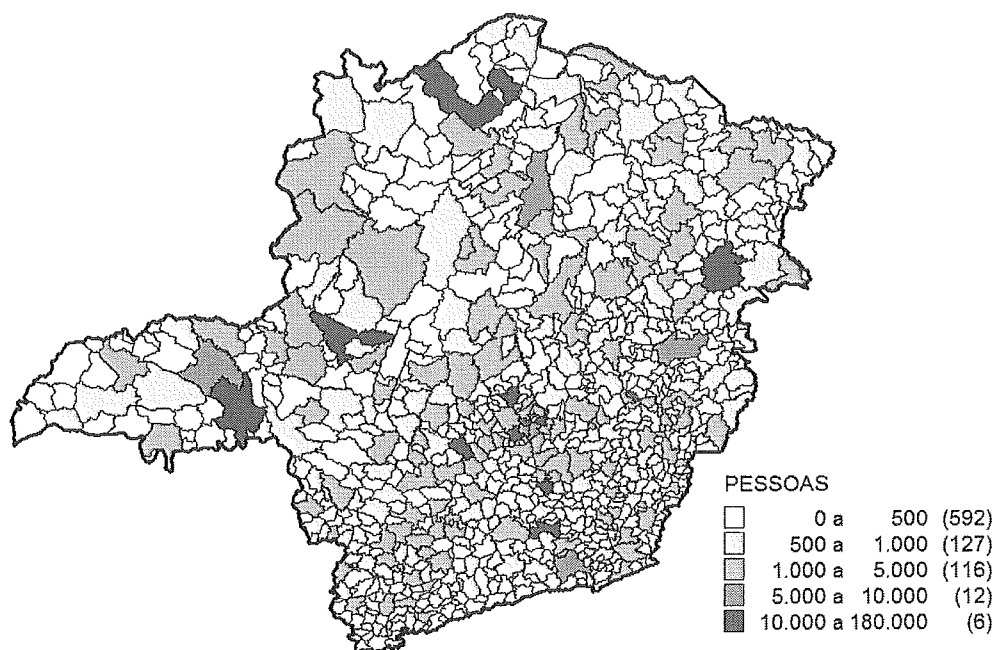
Fonte: Documentação interna da empresa gerada em 2006.

C. Painel de Evolução Estratégica de Projetos 2000-2005 – Unimed-BH – Comercial e Suporte

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Comercial						
Unidisk		Cadastro Amigável	Cartão magnético	Implantação do módulo de informações gerenciais comerciais - Autocom Higienização e Atualização da bd cadastrais E-mail inteligente Parque Cimenteiro Melhoria dos fluxos do Cadastro de Clientes Terceirização do Call Center de atendimento de clientes Agendamento unificado de visitas de vendedores das Lojas Autorizadas pela A&C	Desenvolvimento de metodologia de criação de novos produtos com o piloto Produto Hospitalar MEE Web site Implantação do gerenciamento eletrônico do atendimento - sistema VISUAL Proposição de novos processos para definição das funcionalidades do sistema AUTOCCOM Instituição do "Fala Cliente", para centralização do relacionamento com cliente individual	Emissão da Movimentação Individual via sistema Implantação da classificação eletrônica da satisfação do cliente no atendimento Implantação de célula de trabalho (Vendas / SO) para atendimento do cliente no Agrazo / CPT Médico triagista no Setor de Cadastro para avaliação de utilização de cliente em contrato anterior
Suporte						
			Início do projeto Backoffice	Implantação do sistema de retroguarda Revisão dos processos de áreas administrativo-financeiras Automação das atividades de gerenciamento de pessoas, via sistema Vatorh Implantação da funcionalidade de banco de dados de CV - Vagas.com	Implantação da Central de Cobrança Ativa, eliminando atividade terceirizada Implantação da modalidade de Cobrança Registrada de títulos a receber PDS - Grupo gerador e nobreak implantados e início do plano de continuidade do negócio (PCN) Prodiges	? - Instituição do registro de cliente inadimplente no Serv. Proteção de Crédito - SPC Adoção da modalidade de compra eletrônica via Central de Compras - Superbuy - na Web Emissão de NF a laser Políticas de segurança de rede e normas implantadas e revisão dos acessos do Salutaris - PDS Intranet Norma e sistemática de Auditoria de Implantação de Processos implantada
			Unistat Implantação do Projunid Help Desk Criação de metodologia para realização de Assembléias Implantação da Metodologia de Gerenciamento de Projetos e Revisão de Processos			
			Unificação da base de dados			

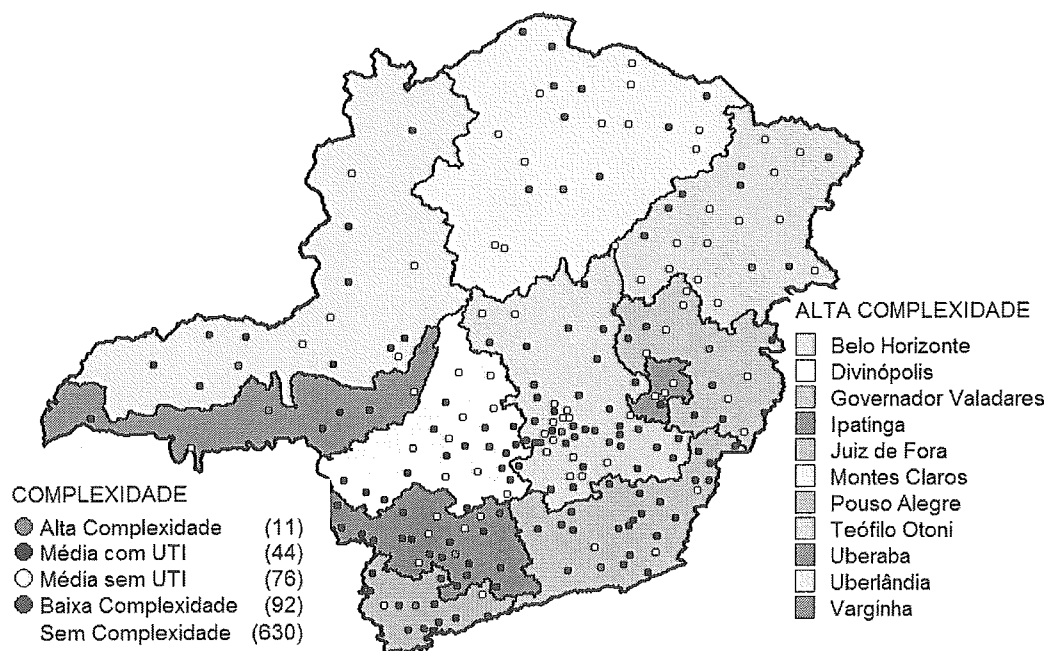
Fonte: Documentação interna da empresa gerada em 2006.

E. Distribuição geográfica dos beneficiários do IPSEMG – Documentação interna



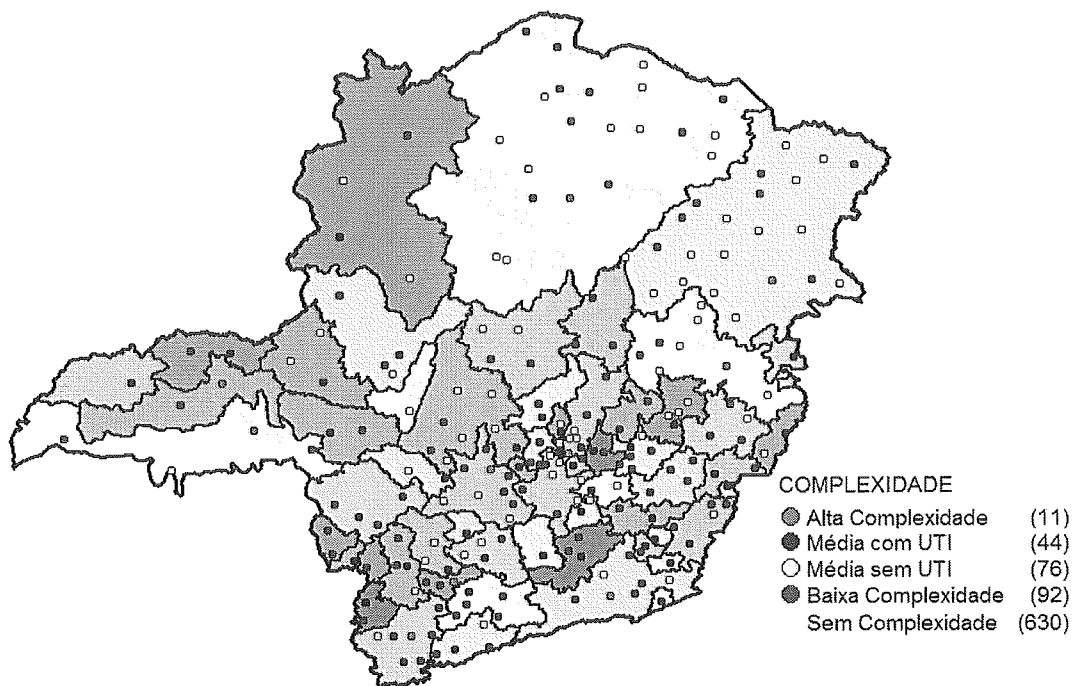
Fonte: Construído baseado em dados do Sistema CADU do Ipsemg, 2010.

F. Macrorregiões com alta complexidade propostas para Ipsemg



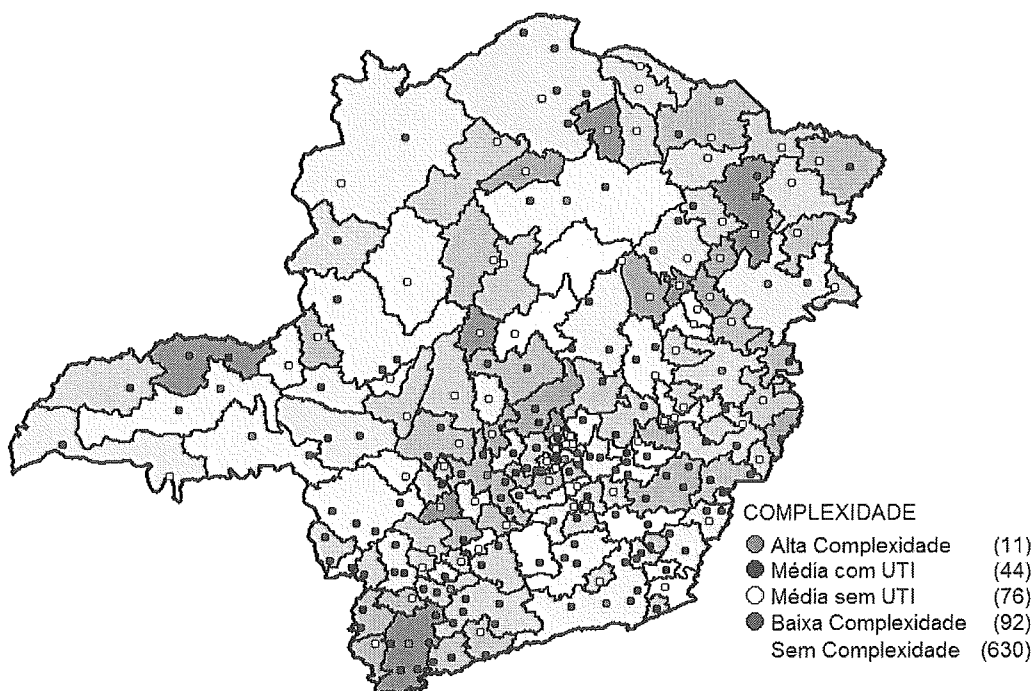
Fonte: Documentação Interna Ipsemg, 2010.

G. Mesorregiões de média complexidade com UTI propostas para Ipsemg



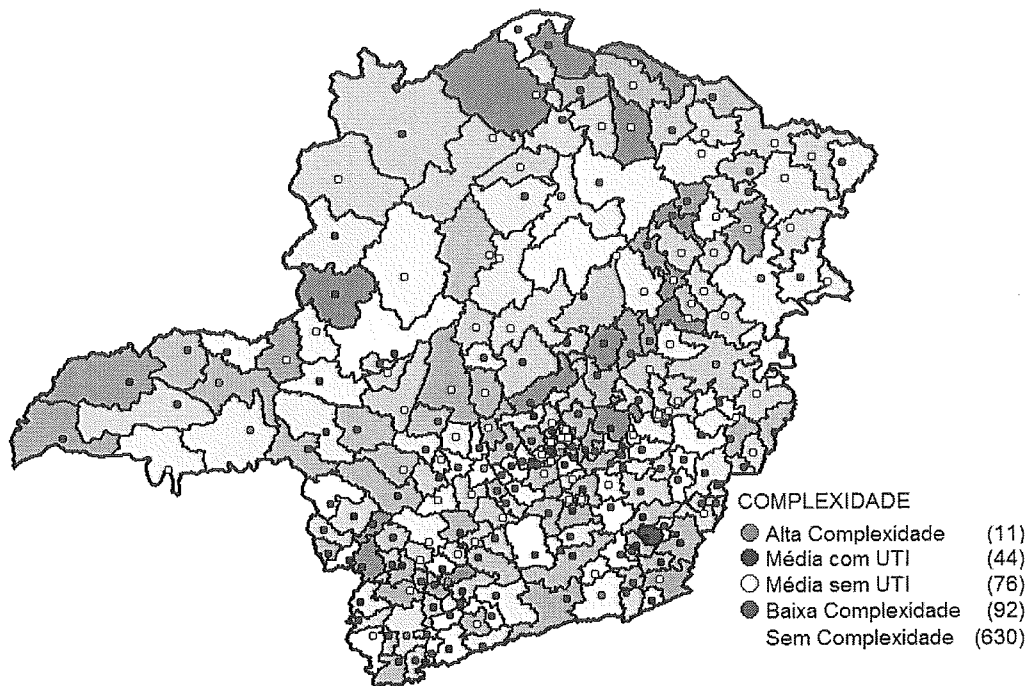
Fonte: Documentação Interna Ipsemg, 2010.

H. Mesorregiões de média complexidade sem UTI propostas para Ipsemg



Fonte: Documentação Interna Ipsemg, 2010.

I. Relação das regiões de baixa complexidade propostas para Ipsemg



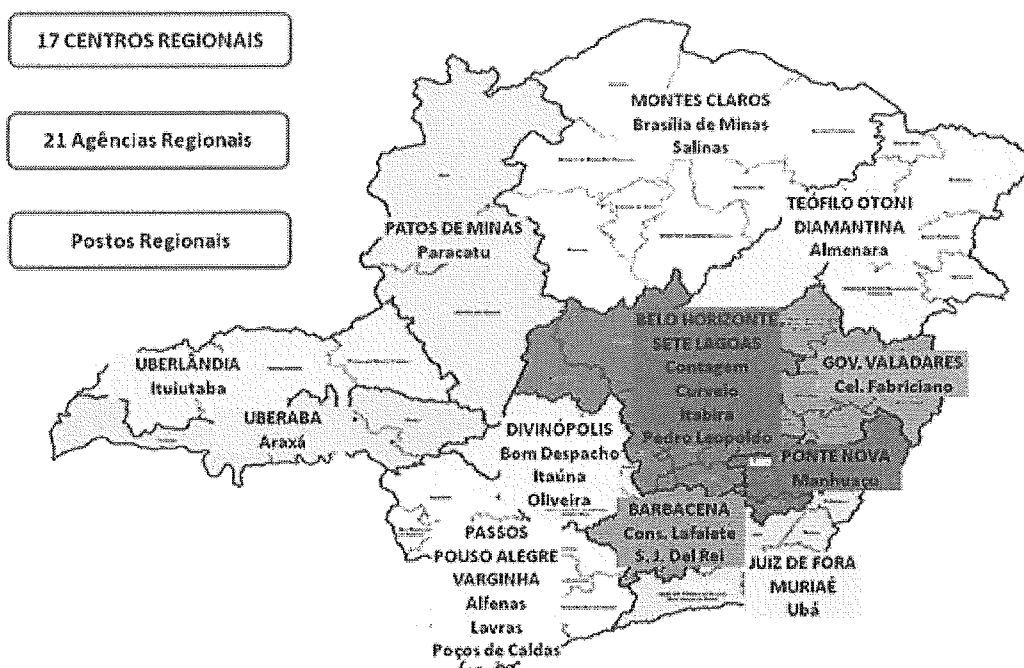
Fonte: Documentação Interna Ipsemg, 2010.

J. Lógica de Atendimento na Macrorregião de Uberaba – Rede Proposta Ipsemg

Município	Baixa Complexidade	Média Complexidade SEM UTI	Média Complexidade COM UTI	Alta Complexidade
Uberaba	Local	Local	Local	Local
Araxá	Local	Local	Local	Uberaba
Frutal	Local	Local	Uberaba	Uberaba
São Gotardo	Local	Local	Araxá	Uberaba
Iturama	Local	Frutal	Uberaba	Uberaba
Sacramento	Local	Uberaba	Uberaba	Uberaba
Conquista	Local	Uberaba	Uberaba	Uberaba
Campos Altos	Local	Araxá	Araxá	Uberaba
Ibiá	Local	Araxá	Araxá	Uberaba

Fonte: Documentação Interna Ipsemg, 2010.

K. Unidades Regionais Proposta para o Ipsemg



Fonte: Documentação interna do Ipsemg, 2011.

L. Conjuntos de indicadores indicados para monitoramento – Ipsemg (Documentação interna gerada em 2009):

a. Número de consultas por usuário ano (média populacional)

Objetivo: monitorar a frequência de utilização do sistema.

Padrão de serviço: manter média de quatro consultas por usuário por ano.

Indicador (es): média de consultas por usuário por ano.

$$\text{consultas por usuário por ano} = \frac{\text{total de consultas realizadas até 31 de dezembro do ano anterior}}{\text{número de usuários do plano em 31 de dezembro do ano anterior}}$$

b. Número de consultas por usuário ano (registro individualizado)

Objetivo: monitorar a frequência de utilização do sistema.

Padrão de serviço: manter registro individualizado do número de consultas realizadas por cada um dos inscritos no plano de saúde.

Indicador (es): número médio de consultas por usuário por ano (inclui os que não realizaram nenhuma consulta)

$$\text{consultas por usuário} = \frac{\text{somatório do número de consultas realizadas por casa usuário no período}}{\text{número de usuários do plano no final do período}}$$

Indicador (es): Número médio de consultas por usuários que realizaram pelo menos uma consulta no período (exclui os usuários que não realizaram consultas no período)

$$\text{consultas por usuário} = \frac{\text{somatório do número de consultas realizadas por casa usuário que realizaram pelo menos uma consulta no período}}{\text{número de usuários do plano no que realizaram pelo menos uma consulta no período}}$$

Estratificações: especialidades médicas, sexo, idade e regiões geográficas.

Padrão de serviço: realização de pré-consulta em todas as primeiras consultas das equipes de atenção primária.

Indicador (es): percentual de primeiras consultas na atenção primária para as quais foram realizadas pré-consulta.

$$\% \text{ de pré - consulta} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de pré consultas em primeiras consultas na atenção primária}}{\text{n}^\circ \text{ de primeiras consultas na atenção primária}} \times 100$$

Padrão de serviço: garantir a cobertura por exames para detecção precoce de cânceres de mama, colo de útero e intestino.

Indicador (es): percentual das populações específicas cobertas por exames de mamografia, Papanicolaou e sangue oculto nas fezes.

$$\% \text{mamografia} = \frac{\text{n}^{\circ} \text{ de mulheres com 40 anos ou mais que realizaram pelo menos uma mamografia no período}}{\text{n}^{\circ} \text{ de mulheres usuárias do plano 40 anos ou mais no período}} \times 100$$

$$\% \text{papanicolaou} = \frac{\text{n}^{\circ} \text{ de mulheres com 20 anos ou mais que realizaram pelo menos um papanicolaou no período}}{\text{n}^{\circ} \text{ de mulheres usuárias do plano 20 anos ou mais no período}} \times 100$$

$$\% \text{pesquisa de sangue oculto nas fezes} = \frac{\text{n}^{\circ} \text{ de usuários com 50 anos ou mais que realizaram pelo menos uma pesquisa de sangue oculto nas fezes no período}}{\text{n}^{\circ} \text{ de usuárias do plano com 50 anos ou mais no período}} \times 100$$

c. Informações sobre a gestação e o parto

Objetivo: Monitorar a saúde materno-infantil.

Padrão de serviço: registrar no sistema de informações da operadora todos os dados constantes da Declaração de Nascido Vivo (DN).

Indicador (es): percentual de partos realizados no âmbito do plano de saúde cujos dados da DN foram transcritos para o sistema de informações do plano.

$$\% \text{DN compiladas} = \frac{\text{n}^{\circ} \text{ de partos cujos dados da DN foram compilados para o SI do plano de saúde no período}}{\text{total de partos realizados no âmbito do plano de saúde no período}} \times 100$$

Padrão de serviço: realizar pelo menos seis consultas de pré-natal nas gestações iniciadas na vigência do plano de saúde.

Indicador (es): percentual dos partos onde a DN registra a realização de pelo menos seis consultas de pré-natal durante a gestação.

$$\% \text{DN compiladas} = \frac{\text{n}^{\circ} \text{ de partos com pelo menos 6 consultas de pré - natal no período}}{\text{total de partos realizados no âmbito do plano de saúde no período}} \times 100$$

Padrão de serviço: manter a taxa de cesarianas abaixo de 40% nos partos realizados no âmbito do plano de saúde.

Indicador (es): percentual de partos, por cesariana, realizados no âmbito do plano de saúde.

$$\begin{aligned} & \% \text{ de cesarianas} \\ & = \frac{n^{\circ} \text{ de partos por cesariana realizados no período}}{\text{total de partos realizados no âmbito do plano de saúde no período}} \times 100 \end{aligned}$$

Padrão de serviço: realizar primeira consulta de puericultura no primeiro mês de vida

Indicador (es): percentual dos recém-nascidos que realizam a primeira consulta no decorrer do primeiro mês de vida.

$$\begin{aligned} & \% \text{ puericultura no primeiro mês de vida} \\ & = \frac{n^{\circ} \text{ RN com consulta de puericultura no 1}^{\circ} \text{ mês de vida no período}}{\text{total de partos realizados no período}} \times 100 \end{aligned}$$

d. Vigilância de fatores de risco

Objetivo: Identificar estas pessoas precocemente e oferecer-lhe o cuidado adequado é um dos objetivos do Ipsemg. No mesmo sentido, é importante medir a prevalência destes fatores de risco na população e acompanhar suas variações ao longo do tempo e entre diferentes grupos.

A partir da distribuição por sexo e idade dos beneficiários do Ipsemg e do conhecimento das prevalências dos principais fatores de risco associados às doenças crônicas não transmissíveis na nossa população, estima-se que existam entre estes beneficiários aproximadamente 240.000 hipertensos, 40.000 diabéticos, 128.000 obesos, 110.000 com colesterol elevado e 160.000 fumantes.

Padrão de serviço: identificar a cada ano pelo menos 10% dos beneficiários que apresentam fatores de riscos associados às doenças crônicas.

Indicador (es): índice de identificação de beneficiários que apresentam fatores de risco associados a doenças crônicas não transmissíveis.

$$\begin{aligned} & \text{Índice de FR} \\ & = \frac{n^{\circ} \text{ de usuários com determinado FR identificados no período}}{n^{\circ} \text{ estimado de beneficiários que apresentam o FR}} \\ & \times 100 \end{aligned}$$

Padrão de serviço: Incluir a cada ano pelo menos 20% dos beneficiários que apresentam condições específicas (hipertensão, diabetes,

obesidade, colesterol elevado e tabagismo) conhecidos pelo Ipsemg em programas de cuidados específicos.

Indicador (es): índice de inclusão de beneficiários que apresentam condições específicas em linhas de cuidado organizadas

$$\begin{aligned} & \text{Índice de inclusão} \\ & \text{n}^\circ \text{ de usuários que apresentam condições específicas} \\ & \text{e qu foram incluídos em linhas de cuidado} \\ & = \frac{\text{n}^\circ \text{ de beneficiários que apresentam condições específicas}}{\text{conhecidos pelo MG Saúde}} \times 100 \end{aligned}$$

Além dos indicadores acima listados, outros ligados diretamente a padrões de serviços definidos, também serão acompanhados agrupados em demográficos, epidemiológicos e econômico-financeiros.

a. Demográficos

Os indicadores deste grupo não correspondem padrões de serviço específicos e visam descrever a população de beneficiários do Ipsemg.

- *População total por idade e sexo*

Modelo de Distribuição Tabular do número de beneficiários do Ipsemg segundo a faixa etária e o sexo.

- *Taxa bruta de mortalidade*

$$\begin{aligned} & \text{Tx bruta de mortalidade} \\ & = \frac{\text{n}^\circ \text{ total de óbitos entre beneficiários}}{\text{n}^\circ \text{ total de beneficiários}} \times 100 \end{aligned}$$

- *Mortalidade proporcional por idade*

$$\begin{aligned} & \text{Mortalidade proporcional por idade} \\ & = \frac{\text{n}^\circ \text{ de óbitos na faixa etária}}{\text{Total de óbitos entre beneficiários}} \times 100 \\ & \text{(excluídos os com idade ignorada)} \end{aligned}$$

- *Proporção de idosos na população*

$$\begin{aligned} & \text{Proporção de idosos} \\ & = \frac{\text{n}^\circ \text{ de beneficiários com 60 ou mais anos de idade}}{\text{n}^\circ \text{ total de beneficiários}} \\ & \times 100 \end{aligned}$$

- *Índice de envelhecimento*

$$\begin{aligned} & \text{Índice de envelhecimento} = \\ & \frac{\text{n}^\circ \text{ de beneficiários com 65 anos ou mais de idade}}{\text{n}^\circ \text{ de beneficiários com menos de 15 anos de idade}} \times 100 \end{aligned}$$

- *Razão de dependência*

$$\text{Razão de dependência} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de beneficiários de 0 a 14 e de 60 ou mais anos de idade}}{\text{n}^\circ \text{ de beneficiários de 15 a 64 anos de idade}} \times 100$$

b. Epidemiológicos – indicadores

- *Prevalência de fatores de risco*

(dados obtidos no levantamento de necessidades de saúde dos usuários do Ipsemg)

- *Prevalência de tabagismo*

$$\begin{aligned} \text{Prev. de tabagismo} \\ = \frac{\text{n}^\circ \text{ de beneficiários que relatam fumar cigarros}}{\text{n}^\circ \text{ total de beneficiários}} \\ \times 100 \end{aligned}$$

- *Prevalência de sobrepeso e obesidade*

$$\begin{aligned} \text{Prev. de sobrepeso} &= \frac{\text{n}^\circ \text{ de beneficiários com IMC de 25 a } 29,9 \text{ Kg/m}^2}{\text{n}^\circ \text{ total de beneficiários}} \times 100 \\ \text{Prevalência de obesidade} \\ &= \frac{\text{n}^\circ \text{ de beneficiários IMC } \geq 30 \text{ Kg/m}^2}{\text{n}^\circ \text{ total de beneficiários}} \times 100 \end{aligned}$$

- *Prevalência de dieta inadequada*

$$\begin{aligned} \text{Consumo insuficiente de frutas e verduras} \\ = \frac{\text{n}^\circ \text{ de beneficiários com consumo} \\ \text{insuficiente de frutas e verduras}}{\text{n}^\circ \text{ total de beneficiários}} \times 100 \\ \text{Consumo excessivo de sal} \\ = \frac{\text{n}^\circ \text{ de beneficiários que consomem} \\ \text{sal em excesso}}{\text{n}^\circ \text{ total de beneficiários}} \times 100 \end{aligned}$$

- *Prevalência de consumo excessivo de álcool*

$$= \frac{\text{n}^\circ \text{ de beneficiários que relatam consumo semanal} \\ \text{de 15 ou mais doses de bebida alcoólica por semana}}{\text{n}^\circ \text{ total de beneficiários}} \times 100$$

- *Prevalência de hipertensão arterial (HA)*

$$\text{Prev. de HA} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de beneficiários que relatam diagnóstico de HA}}{\text{n}^\circ \text{ total de beneficiários}} \times 100$$

- *Diabetes (DM)*

$$\text{Prev. de DM} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de beneficiários que relatam diagnóstico de DM}}{\text{n}^\circ \text{ total de beneficiários}} \times 100$$

- *Depressão*

$$\text{Prev. de depressão} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de beneficiários que relatam diagnóstico de depressão}}{\text{n}^\circ \text{ total de beneficiários}} \times 100$$

- *Avaliação negativa da própria saúde (ANPS)*

$$\text{Prev. de ANPS} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de beneficiários que avaliam a própria saúde com ruim ou muito ruim}}{\text{n}^\circ \text{ total de beneficiários}} \times 100$$

c. Financeiro

- *Rentabilidade*

Objetivo

Os indicadores de rentabilidade revelam a eficiência da gestão na geração de resultado.

Formula:

$$\text{Rentabilidade} = \frac{\text{resultado operacional gerencial}}{\text{receita bruta}} \times 100$$

Periodicidade mensal.

- *Receita bruta*

Conceituação

É a remuneração obtida pela venda de planos de saúde e produtos opcionais. É reconhecida no momento em que a transação é feita, independentemente do seu recebimento efetivo. É o somatório das faturas emitidas

Interpretação

Mostra a magnitude e a composição da receita bruta do Ipsemg

Método de cálculo

Somatório das faturas emitidas no período. Periodicidade anual.

Este indicador será estratificado em: Receita bruta do patrocinador, Receita bruta do beneficiário, Receita bruta do dependente, Receita bruta da co-participação.

- *Custo assistencial*

Conceituação

Mede o custo de atenção à saúde aos clientes, isto é, todo e qualquer gasto com assistência à saúde efetuado pelo Ipsemg em sua atividade fim.

Método de cálculo

O custo assistencial é composto pela somatória dos seguintes itens: custo de plano de saúde (líquido de co-participação); repasse aeromédico (caso existente); repasse odontologia; custo operacional; reembolso a clientes (procedimentos); custo promoção saúde.

Custo assistencial =
(custo de plano de saúde + repasses + reembolso + custo da promoção da saúde)

- *Despesas operacionais*

Conceituação

Indica o montante da receita destinado a pagar as despesas operacionais da empresa, em relação à receita bruta.

Método de cálculo

$$\text{Despesas operacionais} = \frac{\text{despesas operacionais}}{\text{receita bruta}} \times 100$$

A despesa operacional é composta da somatória dos seguintes itens: despesas com pessoal; despesas administrativas; despesas com publicidade e propaganda; despesas financeiras; despesas tributárias; despesas com vendas; depreciação e amortização;

- *Inadimplência*

Conceituação

Razão entre os valores baixados por perda e provisionados por inadimplência e a receita bruta.

Método de cálculo

$$\text{Inadimplência} = \frac{(\text{baixas por perda de receita} + \text{provisão para devedores duvidosos} - \text{recuperação de créditos baixados por perda})}{\text{receita bruta}} \times 100$$

Periodicidade: mensal.

- *Comprometimento de caixa*

Método de cálculo

"Comprometimento de caixa = saldo de caixa - (provisões + investimentos + depósitos judiciais + fundos)"

Periodicidade mensal.

- *Liquidez*

Conceituação

Avalia a capacidade financeira do Ipsemg em liquidar todas as obrigações assumidas com terceiros ao longo dos prazos pactuados. O método de cálculo detalhado a seguir se refere ao conceito de liquidez geral.

Método de cálculo

$$\text{Liquidez} = \frac{(\text{ativo circulante} + \text{duplicatas descontadas} + \text{realizável a longo prazo})}{(\text{passivo circulante} + \text{duplicatas descontadas} + \text{exigível a longo prazo})}$$

Periodicidade trimestral

- *Índice de giro de operação*

Conceituação

IGO – Índice de Giro de Operação é um índice criado pela ANS para estabelecer um padrão mínimo de liquidez e rentabilidade das operadoras. O valor mínimo é 1(um), e as operadoras abaixo deste índice devem apresentar plano de recuperação financeira. Há uma variação, identificada (veja o tópico correspondente). O método de cálculo detalhado a seguir se refere ao conceito de IGO com W².

Método de cálculo

$$IGO = \left\{ \frac{(\text{ativo circulante} / \text{passivo circulante})}{\frac{(\text{custo assistencial} + \text{despesas de comercialização})}{\text{faturamento líquido}}} \right\} \times W$$

Periodicidade: trimestral.

- *Endividamento*

Conceituação

Avalia o grau de endividamento, ou seja, qual a parcela de recursos de terceiros foi tomada em relação ao ativo. Há diversas variações identificadas (veja tópico correspondente). O método de cálculo a seguir se refere ao conceito de endividamento geral.

Método de cálculo

$$\text{Endividamento} = \frac{(\text{passivo circulante} + \text{exigível a longo prazo} + \text{duplicatas descontadas})}{(\text{ativo circulante} + \text{duplicatas descontadas})} \times 100$$

Periodicidade: trimestral

² W é um fator divulgado pela ANS, revisto periodicamente.