



PAULO NAVARRO DE MORAES

**AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO COMO ESTRATÉGIA DE  
GESTÃO DO TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE:  
REFLEXÕES SOBRE O DISCURSO NORMATIVO DO  
PMAQ-AB E DO PAPD DE CAMPINAS-SP**

**CAMPINAS  
2014**





UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

PAULO NAVARRO DE MORAES

**AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO COMO ESTRATÉGIA DE GESTÃO DO  
TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: REFLEXÕES SOBRE O  
DISCURSO NORMATIVO DO PMAQ-AB E DO PAPD DE CAMPINAS-SP**

Orientadora: Profa. Dra. Aparecida Mari Iguti

Área de concentração: Política, Planejamento e Gestão em Saúde

**Dissertação de Mestrado** apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, como requisito para obtenção do título de **Mestre** em Saúde Coletiva.

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELO ALUNO PAULO NAVARRO DE MORAES E ORIENTADA PELA PROFA. DRA. APARECIDA MARI IGUTI.

---

CAMPINAS  
2014

Ficha catalográfica  
Universidade Estadual de Campinas  
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas  
Juliana Ravaschio Franco de Camargo - CRB 8/6631

M791a Moraes, Paulo Navarro de, 1980-  
Avaliação de desempenho como estratégia de gestão do trabalho na Atenção Básica à Saúde : reflexões sobre o discurso normativo do PMAQ-AB e do PAPD de Campinas-SP / Paulo Navarro de Moraes. – Campinas, SP : [s.n.], 2014.

Orientador: Aparecida Mari Iguti.  
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Avaliação de desempenho. 2. Administração de recursos humanos. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Atenção primária à saúde. I. Iguti, Aparecida Mari, 1955-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

**Título em outro idioma:** Employee performance appraisal as a strategy of work management in Primary Health Care : reflections about the normative discourse of PMAQ-AB and PAPD of Campinas-SP

**Palavras-chave em inglês:**

Employee performance appraisal

Personnel management

Unified health system

Primary health care

**Área de concentração:** Política, Planejamento e Gestão em Saúde

**Titulação:** Mestre em Saúde Coletiva

**Banca examinadora:**

Aparecida Mari Iguti [Orientador]

Alcides Silva de Miranda

Gustavo Tenório Cunha

**Data de defesa:** 12-02-2014

**Programa de Pós-Graduação:** Saúde Coletiva

---

**BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO**

**PAULO NAVARRO DE MORAES**

---

**Orientador (a) PROF(A). DR(A). APARECIDA MARI IGUTI**

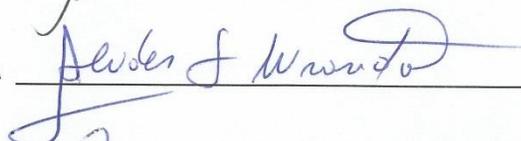
---

**MEMBROS:**

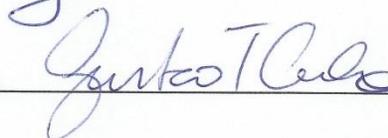
1. PROF(A). DR(A). APARECIDA MARI IGUTI



2. PROF(A). DR(A). ALCIDES SILVA DE MIRANDA



3. PROF(A). DR(A). GUSTAVO TENÓRIO CUNHA



---

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da  
Universidade Estadual de Campinas

---

**Data: 12 de fevereiro de 2014**

---

***À minha Erika e ao meu Vinícius, por ‘sermos quem podemos ser  
com os sonhos que podemos ter’.***

***E também à minha mãe Ignez, por toda a força e bons fluidos, e com um pedido  
de desculpas pelos discos quebrados.***

## – Apresentação e Agradecimentos –

*“A vida é a arte do encontro, embora haja tanto desencontro pela vida”*  
(Vinícius de Moraes)

O verso de Vinícius de Moraes, que abre esta sessão de apresentação e agradecimentos, encontra-se na letra do “Samba da Bênção”, em que o ‘*poetinha*’ relembra e homenageia seus parceiros de música e da vida. Considerarei apropriado iniciar com ele, para fazer, com menos arte, o meu “samba da bênção”, tomando por inspiração a questão dos encontros.

Produzir uma dissertação de mestrado é um exercício acadêmico extremamente massacrante (fica a queixa), e o é, entre outras coisas, porque a possibilidade de nela inserir todas as reflexões que se deseja é, na verdade, uma impossibilidade. Da mesma forma, nesta sessão de agradecimentos e apresentação, também será impossível lembrar todas as pessoas que, cada uma à sua maneira, contribuíram para que este momento fosse possível. Então, gostaria de deixar primeiramente os meus agradecimentos às pessoas que, por algum descuido da memória ou por algum ato falho, não se encontrarem nas linhas abaixo. Deixo também o meu agradecimento à CAPES, pelo financiamento através da bolsa de mestrado.

Retomando a questão dos encontros, pretendo dividir essa sessão em alguns grupos deles (sai, método!), de forma que este “samba” ajude, de alguma forma, o leitor a entender/compreender as diferentes trajetórias interconectadas que me trouxeram até aqui.

### **Meus encontros com a militância**

Sou o filho de uma mãe que, durante toda a minha infância, foi uma militante. Da ADUF-PB, da ANDES, da CUT, do Partido dos Trabalhadores. Inicialmente, a criança sentiu o peso desta concorrência, mas desde muito cedo senti também o orgulho – que carrego até hoje – de ter uma mãe comprometida com a transformação da sociedade, que é injusta e desigual. Muito obrigado, mãe, por estes ensinamentos e por acender

em mim a chama de quem quer transformar o mundo.

Tive um breve encontro com a militância na adolescência, à época dos “caras pintadas” que protestavam contra o presidente Collor. Mas foi, sem dúvidas, na faculdade de medicina e no Movimento Estudantil que se deu meu encontro mais definitivo com a militância.

Como não lembrar a turma de ‘palhaços’ – minha turma na faculdade – que, ainda no segundo semestre do curso ousou desafiar as hierarquias e vícios da instituição e se colocou de nariz de palhaço, vestida de preto, em uma prova de Neuroanatomia? Vivi a empolgação de contestar um sistema injusto, e sofri a consequência de minha primeira e única reprovação na faculdade – claro, na disciplina de Neuroanatomia. Agradeço a toda turma de palhaços por poder ter esta lembrança em minha história, e em especial aos amigos Rogério, Róbson, Vinícius, Felipe e Erika, lembrando da noite que passamos em claro, juntos, à véspera daquele protesto.

Agradeço imensamente a cada um dos companheiros que lutaram comigo, no Movimento Estudantil de Medicina (MEM) da UFPB, primeiro no grupo “Consciência Acadêmica”, e depois no querido grupo “Efeito Placebo”, onde aprendi que

o estudante que consegue perceber-se capaz de alterar a realidade em seu curso e em sua universidade será, com certeza, o profissional que será capaz de alterar a realidade em seu campo de atuação, e o cidadão que será capaz de participar da transformação social pretendida (GRUPO EFEITO PLACEBO, 2004, p. 10).

Dentro e fora da gestão do Centro Acadêmico de Medicina Napoleão Laureano (o CANAL), lembro-me com especial carinho de André, Alemão, João, Luciano, Ricardinho, Ivanhoé, Marlindo, toda a “turma dos Bancários”, e uma vez mais de Róbson, Vinícius, Felipe e Erika. Muito obrigado por tudo!

Esta militância no MEM me levou, junto com vários destes companheiros, ao movimento estudantil geral da UFPB. Lembro com muito carinho, também, da greve estudantil de 2004, quando literalmente fechamos o campus da UFPB por 3 dias. Naquela greve, começou a se formar o “Coletivo Refazenda” que, no ano seguinte, disputaria e ganharia o Diretório Central dos Estudantes da UFPB, tendo o amigo

Vinícius como nosso presidente. Agradeço demais a todos os companheiros do Refazenda, em especial o Júnior Caróé, além de, mais uma vez, Vinícius, Felipe e Erika.

Seguindo minha saga no Movimento Estudantil, já próximo de me formar, fomos disputar a Diretoria Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina, a DENEM. Já está ficando repetitivo, mas a companhia e o companheirismo de Vinícius, Felipe e Erika, uma vez mais, foram fundamentais neste processo. Agradeço, portanto, a eles e a todos os companheiros, Brasil afora, que compuseram aquela diretoria da DENEM em 2006 (foram mais de 60!), pelas disputas, lutas e sentidos que se foram construindo.

Foi no início daquela gestão, em janeiro de 2006, num COBREM em Niterói, que minha amiga e companheira de lutas Erika tornou-se, também, minha amante, minha namorada, e viria a ser minha mulher, o amor da minha vida, a mãe do meu filho, minha “Anja”, minha Erika. A ela, todos os agradecimentos seriam poucos. Só me resta pedir para que fique sempre comigo, para que eu continue tendo sempre novos motivos para agradecer. Aproveito para agradecer também meus sogros, Sonia e Luis Sergio, por toda a disponibilidade e ajuda e por todo o carinho com que nos têm tratado.

Deste encontro, nasceu meu Vinícius, meu Vivo, “o filho que eu quero ter” e tenho. Um menino lindo, inteligente, sensível, compreensivo, que soube, aos seis anos, acompanhar-me em todas as jornadas, inclusive neste Mestrado. Por dar (um novo) sentido à vida, por torná-la melhor, meu muito obrigado, “Vivow”!

Juntos, Erika e eu, já médicos e com o pequeno Vinícius, iniciamos nossa andança pelo Brasil. Em nossa primeira parada, na Harmonia (RS), tive a oportunidade de ajudar a organizar a I Conferência Municipal de Saúde, na qual fui eleito delegado, representando os trabalhadores da saúde, para a etapa estadual e daí para a XIII Conferência Nacional de Saúde.

Já em Campinas, retomei a militância junto com os companheiros do “Coletivo João de Barro” e do Núcleo Regional do CEBES Campinas, “refundado” sob a influência positiva do querido Nelsão. Lembrando da Thaís, Chicão, da Tânia, do Bruno, das “Paulas”, do Nílton, do Luiz, da Carina, do Pedro, da Ellen, do Gerardo, da Márcia,

do Mariante, da Nayara, da Haydée e, na certeza de estar esquecendo muita gente ainda, agradeço a todos os que viveram comigo esses espaços.

Após entrar na Residência em Medicina Preventiva e Social da Unicamp, junto com os amigos e companheiros Felipe Reque, Ellen Machado e Pedro Tourinho (turma muito querida!), decidimos, os quatro – mas sob a influência decisiva do Pedro – entrar no Movimento de Médicos Residentes, assumindo a diretoria da Associação dos Médicos Residentes do Estado de São Paulo (AMERESP).

Fiquei como presidente e, já na primeira semana de gestão, deflagramos uma greve geral dos médicos residentes do estado, acompanhando o movimento nacional de 2010. Lembrando daquela greve, tenho que agradecer, além dos meus colegas de residência da Preventiva, pelo menos ao Campineiro, ao Salvador e ao Pedro Carneiro, que ajudaram demais a segurar as pontas naquele período tão turbulento.

Tornei-me também, respaldado pelos companheiros do núcleo do CEBES de Campinas, diretor do CEBES nacional, ainda residente. Por serem decisivos na minha formação política e de sanitarista, quero agradecer a todos os companheiros da diretoria 2011-2013, em especial a Alcides, Paulo Amarante e Pedro Carneiro.

No início do segundo ano de residência médica, “ganhei” um novo “filho”. Thiago, que eu conheci por pouco tempo no grupo Efeito Placebo da UFPB, veio também fazer a residência em Medicina Preventiva e Social da Unicamp, e ficou um ano morando em minha casa, tornando-se um amigo muito querido meu, da Erika e do Vinícius, que ganhou um “irmão” mais velho... ou mais novo? Thiago, muito obrigado pela amizade e pela convivência mais próxima que tivemos desde então.

Ainda residente, tive a oportunidade de participar da Comissão de Relatoria da XIV Conferência Nacional de Saúde, coordenada pelo Prof. Gastão Wagner, a quem agradeço demais, não apenas por esta oportunidade, mas por todos os ensinamentos e exemplos de vida e de luta em *defesa da vida*. Agradeço, uma vez mais, ao Nilton e ao Pedro, que foram também fundamentais nesse processo de grande aprendizado e importância política. E agradeço também aos demais companheiros da Comissão, Ligia Bahia, Arnaldo, Luiz Eduardo e Paulo Capel e a todos os membros da Comissão Organizadora da XIV Conferência.

Junto com Felipe e Pedro, fiz e faço parte do Blog Saúde Brasil, uma experiência fantástica de colocar a discussão sobre a saúde e o SUS em evidência, articulando vários atores importantes do chamado Movimento Sanitário Brasileiro com os trabalhadores e usuários, também muito importantes, embora menos afamados. A todos os que ajudaram a construir o Blog, agradeço.

Mais recentemente, uma vez mais junto ao Pedro, retomei minha filiação ao Partido dos Trabalhadores, onde pude ajudar – certamente menos do que ele e eu gostaríamos – a eleger o companheiro Pedro vereador de Campinas no pleito de 2012.

Enfim, esta trajetória de militância que continua, em defesa da vida, em defesa do SUS e em defesa de uma medicina, uma saúde e uma sociedade melhores, marcada por tantos encontros, certamente foi decisiva para que eu chegasse a este momento.

### **Meus encontros com a Academia**

Reza a lenda familiar que o meu primeiro contato com a produção acadêmica aconteceu aos três anos de idade, quando minha mãe estava fazendo seu mestrado e eu, ainda criança, me dedicava a quebrar LP's enquanto ela escrevia. Aos dez anos, mudei de João Pessoa para Campinas pela primeira vez, para acompanhar minha mãe em seu doutorado na Unicamp. Voltei para João Pessoa aos quinze e acompanhei o mestrado do meu pai. Ainda antes de entrar na faculdade de medicina, acompanhei de muito perto a elaboração da tese de doutorado de minha mãe, atrasada por contingências da vida. Enfim, tenho certeza de que, se eu resolvi enfrentar as agruras da formação acadêmica e da pós-graduação, devo muito a eles, ao meu pai João Leonardo e, muito especialmente, à minha mãe Ignez.

Sou o filho de um pai médico e psiquiatra. E não tenho dúvidas de que muito de minha opção por cursar Medicina teve a ver com ele, com meu avô Luciano (*in memoriam*) – também médico e psiquiatra – e com seu mítico “anel de doutor” que, acredito, fiz por onde herdar.

Entre na faculdade de medicina da Universidade Federal da Paraíba aos vinte e

um anos e, como se pôde ver em *meus encontros com a militância*, este foi um período profundamente marcado, em minha memória e história, pelo Movimento Estudantil. Mas também me tornei médico neste período, e se isto aconteceu, devo muito aos amigos Vinícius, Felipe, Erika e, principalmente, Rogério e Róbson, companheiros de estudos inglórios por tantas madrugadas. Agradeço também à minha “bendrasta” (como ela se proclama!) Clara Maria, que sempre – ao seu jeito – apoiou minha aventura pela faculdade de medicina, buscando sempre me trazer aos estudos quando a militância me puxava em sentido contrário.

E a alguns professores, em especial a Arnaldo e ao querido Biu, que foi com quem comecei a trilhar os caminhos da Saúde Coletiva, como aluno e depois como Monitor. E, claro, a meu pai e professor João Leonardo.

Fora do curso médico, também marcou muito essa fase a luta de minha irmã Aninha, junto com Val, meu cunhado, contra o câncer. Acompanhei cada momento, passei noites com ela no hospital nas quimioterapias, vibrei com o transplante de fígado que lhe restabeleceu a saúde e tem permitido que até hoje estejamos juntos, enfrentando agora outros problemas. Que venham; venceremos! Muito obrigado, Aninha, por ter vencido essa batalha e por ser minha companheira em tantas outras.

Depois de formado, fiquei alguns anos “apenas” trabalhando e militando, até que, num domingo, os amigos Pedro e Ellen vieram fazer uma visita em minha casa e me convidaram para fazer a prova da Residência em Medicina Preventiva e Social da Unicamp. Não sei se eles sabem, mas foi graças a eles que minha vida deu uma nova guinada. Tornar-me-ia sanitaria. Agradeço a eles por serem tão decisivos.

Agradeço aos colegas “R2”, Nilton, Heloísa, Fernando e Marcinha, pelo acolhimento e convivência. Aos preceptores, em especial Vera, Gustavo, Valéria, Isabel e Fábio BH. Aos professores, em especial Fernando, Solange, Rosana, Nelsinho, Sérgio, Gastão, Juliana e Igutí. Muitos destes continuaram meus professores no Mestrado, fazendo jus a novos agradecimentos. E uma vez mais à minha turma, mais que especial: os amigos Felipe Reque, Ellen Machado e Pedro Tourinho.

Já no final da residência, fiz a seleção para este Mestrado. Se a fiz, devo muito à

leniência, paciência e aposta da Profa. Iguti, que se tornou, além de uma referência, minha orientadora. Muito obrigado, Iguti, por aguentar este aluno tão arredo à disciplina e tão implicado em tantas coisas além do Mestrado. Se este foi concluído com êxito, tenho muito que lhe agradecer.

Concluída a residência, além de ingressar no Mestrado, ingressei também na docência na PUC Campinas, e uma vez mais os amigos Pedro e Ellen foram os agenciadores dessa nova empreitada. Agradeço a eles, e à Maria Alice, Adílson, Beth Smeke e todos os colegas professores da PUC, além de todos os estudantes com quem tanto já aprendi.

### **Meus encontros com o trabalho em saúde**

Recém-formado, com o Vinícius recém-nascido, mudamo-nos Erika, eu e o pequeno Vinícius, para o Rio Grande do Sul, onde tive meu primeiro trabalho como médico de família e comunidade.

Agradeço então aos meus primeiros pacientes e vizinhos da Harmonia (RS), cidade que me acolheu e que tanto me ensinou. Agradeço também aos colegas da equipe do Centro de Saúde, em especial ao amigo Zé Roberto, que à época era Secretário de Saúde da Harmonia e foi meu primeiro “chefe”.

Fiquei menos de um ano na Harmonia. Quis o destino que eu fizesse uma breve nova passagem por João Pessoa, onde trabalhei na USF Tijolão, antes de voltar, graças a um concurso público e tantos anos depois, para Campinas. Escolhi trabalhar no Centro de Saúde Barão Geraldo, e, por ironia do destino, morei um tempo no mesmo prédio em que tinha morado na época do doutorado de minha mãe. Vir para Campinas tinha todo um significado, não apenas pela minha história pessoal, mas porque era a rede do SUS Campinas o cenário de tantas experiências e inovações que se fizeram presentes na minha formação como médico e militante. Agradeço a toda a equipe do CS Barão, em especial a Adriana, auxiliar de enfermagem que enfrentou comigo vários períodos de “acolhimento”. Também agradeço às colegas Priscila, Ana, Celina, Alina, Léo e Spartaco, pela convivência e pelo apoio.

Fiquei servidor público municipal lotado no Centro de Saúde Barão Geraldo por quase dois anos. Até que o Pedro e a Ellen viessem “tumultuar” minha vida, como já citado. Em uma semana, me inscrevi, fiz prova, fui aprovado, exonerei-me da Prefeitura de Campinas e tornei-me médico residente.

Depois da Residência, fui facilitador da Comunidade de Práticas da Atenção Básica, um projeto coordenado pelo amigo Felipe. Neste projeto, mais pessoas queridas se somaram e foram decisivas na minha formação. Agradeço a todos os que ajudaram e trabalharam neste projeto, que segue aí firme, e o faço nos nomes do time de facilitadores, Rubinho, Karen e Sabrina.

### **Meu encontro com esta pesquisa**

Este conjunto de trajetórias de encontros, entre outros, me trouxeram até o Mestrado. Cheguei nele médico, sanitarista, professor, militante e trabalhador da saúde. E com um compromisso ético-político, forjado nessas trajetórias e nesses encontros, que me faz tomar partido, escolher um lado. Escolhi estar no campo da Esquerda e gosto de pensar que nele me encontro e sigo encontrando companheiros que alimentam o sonho de uma sociedade justa e igualitária.

Foi durante a residência que tive contato, pela primeira vez, com o Programa de Avaliação Periódica do Desempenho, da Prefeitura Municipal de Campinas, e com o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, nesta ordem.

Recordo de estar em uma reunião do colegiado de coordenadores do Distrito de Saúde Norte de Campinas, como residente, quando foi apresentado o PAPD. E lembro do sentimento de desconforto com que percebi que se estaria atrelando a progressão na carreira dos servidores públicos municipais (até bem pouco tempo, meus colegas) a um sistema de avaliação excludente e que buscava impor a competição entre colegas. Foi muito fácil permitir aflorar a indignação e atribuir tal programa aos descaminhos de um governo de Direita, pouco comprometido com as políticas sociais e muito comprometido com o mercado.

Pouco tempo depois, foi publicada a portaria que instituiu o PMAQ-AB. O

sentimento de desconforto foi parecido, e de imediato o programa me lembrou o PAPD, pois também se tratava de um sistema de avaliação competitivo e excludente. Se, neste aspecto, foi parecido, este desconforto foi ampliado porque eu já não podia atribuí-lo à Direita, a um governo que eu combatia como militante, ao adversário; ao contrário, foi produzido e encampado por um governo que eu defendo, do meu partido, e por pessoas em quem eu reconheço um inequívoco compromisso com a consolidação da política pública de saúde.

Hobsbawm, em seu livro “Estratégias para uma esquerda racional”, afirma que

a crise global do capitalismo nas décadas de 70 e 80 conduziu a dois resultados igualmente paradoxais. Levou ao reflorescimento da crença na empresa privada irrestrita e nos mercados irrestritos; a uma redescoberta da autoconfiança militante por parte da burguesia, sem paralelo desde o final do século XIX, e, ao mesmo tempo, a um sentimento de fracasso, a uma crise aguda de autoconfiança, entre os socialistas (HOBBSAWM, 1991, p.13).

Como foi bem observado no Exame de Qualificação – e aproveito para agradecer demais ao Alcides, ao Gustavo e ao Tadeu pelas inestimáveis contribuições e pela generosidade com que acolheram a mim e à minha pesquisa – este trabalho tem como plano de fundo uma questão, na verdade um dilema, que é um dilema da Esquerda contemporânea: o que fazer e como lutar contra o avanço destas políticas que reforçam a subjetividade neoliberal? Ou, dito de outra forma, como realizar enfrentamentos que produzam um outro tipo de subjetividade?

Não tenho a pretensão de que este trabalho venha a produzir estas respostas, tanto pelos limites formais quanto, principalmente, pela própria limitação de quem não as tem nem as buscou ou encontrou na pesquisa. Mas tenho a esperança de que, além de um exercício acadêmico formal, esta dissertação possa ser de alguma valia no contexto da luta da Esquerda para encontrar esses caminhos necessários.

Finalizo esta sessão com um agradecimento particular e especial ao meu amigo e cunhado Val, pelas dicas metodológicas na construção desta pesquisa e, principalmente, à minha mãe Ignez, pelo trabalho de revisão e pelos diálogos “*gramscianos*” que tanto me apoiaram.

## – Resumo –

A grande crise global do capitalismo, iniciada nos anos 1970, teve repercussões importantes, tanto na reorganização dos processos produtivos quanto na reorganização dos Estados Nacionais, sob a égide ideológica neoliberal. No tocante aos processos produtivos, tiveram lugar variados processos de reengenharia da gestão do trabalho que são conjuntamente denominados por Lima (1996) como *Novas Políticas de Recursos Humanos (NPRH)*. Este processo teve lugar no Brasil nos anos 1990, sendo reconhecido nesta pesquisa como Contra-Reforma do Estado brasileiro. Partindo da premissa de que um dos efeitos deste avanço neoliberal consiste da progressiva incorporação dos conceitos e diretrizes das *Novas Políticas de Recursos Humanos* no âmbito do serviço público, materializada na implantação de programas que introduzem arranjos e dispositivos da lógica empresarial na gestão do trabalho dos servidores públicos, realizou-se uma pesquisa qualitativa de tipo documental com o objetivo de compreender a utilização da Avaliação do Desempenho do Trabalhador como estratégia gerencial na Atenção Básica à Saúde. Recortou-se, como *corpus* empírico, a adoção de dois programas governamentais: em nível nacional, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, e em nível municipal, o Programa de Avaliação Periódica do Desempenho dos servidores públicos municipais de Campinas. Utilizou-se metodologia inspirada na Análise de Conteúdo (BARDIN, 2011), procedendo-se um estudo descritivo seguido de uma análise por categorização. Os documentos oficiais foram analisados destacando-se três grupos de categorias de análise, relacionados a (1) os parâmetros; (2) o modo de condução; e (3) o sistema de recompensas. Com diferentes nuances, concluímos que ambos os Programas possuem, em seus discursos normativos, elementos de aproximação com as NPRH, sendo a utilização da Avaliação do Desempenho do Trabalhador como instrumento gerencial semelhante ao uso que é feito no setor privado. Tal utilização pode ser considerada como uma forma de privatização da gestão do trabalho dos servidores públicos, o que consideramos um indicativo de avanço da hegemonia neoliberal no Estado e na sociedade brasileira.

– *Abstract* –

The great global crisis of capitalism, started in the 1970s, had important repercussions, both in the reorganization of production processes and in National States, under the neoliberal ideological aegis. Concerning to the production processes, several reengineering processes of the work management took place, that are jointly referred by Lima (1996) as *New Policies of Human Resources* (NPRH). This process took place in Brazil in the 1990s, being recognized on this research as the Counter-Reformation of the Brazilian State. Assuming that one of the effects of this neoliberal progress is the gradual incorporation of the concepts and guidelines of the *New Policies of Human Resources* within the public service, substantiated on the implementation of programs that introduce arrangements and devices from business logic on managing the work of civil servants, a documentary type of qualitative research was carried out, in order to understand the use of the Employee Performance Appraisal as a management strategy in Primary Health Care. It was stressed, as empirical *corpus*, the adoption of two governmental programs: on the national level, the National Program of Improvement of the Primary Care's Access and Quality (PMAQ-AB), and on the municipal level, the Program of Periodic Performance Evaluation of municipal servants of Campinas. A methodology inspired on the Content Analysis (BARDIN, 2011) was used, carrying out a descriptive study followed by an analysis by categorization. Official documents were analyzed with emphasis on three groups of analysis' categories, related to (1) the parameters; (2) the driving mode, and; (3) the reward system. With different nuances, we conclude that both Programs have, in their normative discourses, elements of approach with the NPRH, being the use of Employee Performance Appraisal as management instrument similar to the use that is made on the private sector. Such use can be considered as a privatization way of the work management of the public servants, what we consider an advancement indicative of neoliberal hegemony in the State and Brazilian society.

– Lista de Abreviaturas e Siglas –

ABS – Atenção Básica à Saúde

AMAQ – Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

DAB – Departamento de Atenção Básica

DRH – Departamento de Recursos Humanos

EAB – Equipe de Atenção Básica

ESF – Estratégia Saúde da Família

GM – Gabinete do Ministro

MARE – Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado

MBE – Medicina Baseada em Evidências

MS – Ministério da Saúde

NPRH – Novas Políticas de Recursos Humanos

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAB – Piso da Atenção Básica

PAPD – Programa de Avaliação Periódica do Desempenho

PCCV – Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos

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

PMC – Prefeitura Municipal de Campinas

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PSF – Programa de Saúde da Família

SAS – Secretaria de Atenção à Saúde

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SIPS – Sistema de Indicadores de Percepção Social

SISVAN – Sistema Nacional de Vigilância Ambiental e Nutricional

SUS – Sistema Único de Saúde

TM – Trabalho Morto

TV – Trabalho Vivo

## Lista de Figuras

---

FIGURA 1	Propaganda oficial veiculada em 1991 sobre o Programa Nacional de Desestatização .....	25
FIGURA 2	Setores do Estado, Formas de Propriedade e de Administração .....	27
FIGURA 3	Ciclo da Gestão por Resultados .....	93
FIGURA 4	Mapa da estratificação dos municípios para o processo de Certificação das Equipes de Atenção Básica .....	96
FIGURA 5	Fases de implantação do PMAQ-AB em nível local .....	97
FIGURA 6	Possíveis relações dos entes interfederativos na perspectiva do apoio institucional .....	105

## Lista de Quadros

---

QUADRO 1	Parâmetros para avaliação de desempenho dos servidores públicos de Campinas do Quadro Geral e Saúde .....	87
QUADRO 2	Competências esperadas dos servidores públicos do Quadro Geral e Saúde .....	89
QUADRO 3	Estratos gerados a partir das notas obtidas pelos municípios .....	96
QUADRO 4	Estrutura do instrumento AMAQ-AB .....	102
QUADRO 5	Sistema de categorias de análise .....	113
QUADRO 6	Resultados encontrados quanto aos Parâmetros .....	127
QUADRO 7	Resultados encontrados quanto ao Modo de Condução .....	127
QUADRO 8	Resultados encontrados quanto ao Sistema de Recompensas .....	128

## Lista de Tabelas

---

TABELA 1	Indicadores a serem pactuados entre as Equipes de Atenção Básica e a gestão municipal .....	99
TABELA 2	Padrões de qualidade por sub-dimensão .....	103
TABELA 3	Percentual da nota final da Certificação, conforme dimensão .....	106

## Sumário

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>21</b>
Objetivos .....	37
Percurso Metodológico .....	37
<b>CAPÍTULO I – Elementos teórico-históricos de análise .....</b>	<b>42</b>
1.1. Breve histórico das políticas de gestão do trabalho no setor privado .....	42
1.2. A Novidade nas políticas de recursos humanos .....	48
1.3. Avaliação do Desempenho do Trabalhador como instrumento de gestão do trabalho .....	52
1.4. Avaliação do Desempenho no Serviço Público .....	63
<b>CAPÍTULO II – Atenção Básica à Saúde: algumas considerações sobre as especificidades do trabalho e da gestão .....</b>	<b>68</b>
<b>CAPÍTULO III – Estudo descritivo dos programas .....</b>	<b>84</b>
3.1. O Programa de Avaliação Periódica do Desempenho (PAPD) da Prefeitura Municipal de Campinas (SP) .....	84
3.2. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica .....	90
<b>CAPÍTULO IV – Análise e discursão do conteúdo dos documentos oficiais do PAPD e do PMAQ-AB .....</b>	<b>108</b>
4.1. A construção do sistema de categorias de análise.....	108
4.2. Análise do conteúdo do Programa de Avaliação Periódica do Desempenho (PAPD) dos servidores públicos municipais de Campinas (SP) .....	114
4.2.1. Quanto aos parâmetros .....	114
4.2.2. Quanto ao modo de condução .....	117
4.2.3. Quanto ao sistema de recompensas.....	118
4.3. Análise do conteúdo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).....	119
4.3.1. Quanto aos parâmetros .....	119
4.3.2. Quanto ao modo de condução .....	122
4.3.3. Quanto ao sistema de recompensas.....	124
4.4. Seguindo a discussão .....	128
<b>CONCLUSÕES .....</b>	<b>133</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>134</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>141</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>151</b>
ANEXO 1 – Compromissos das equipes e dos entes federados no PMAQ-AB .....	151
ANEXO 2 – Indicadores de Desempenho e Monitoramento da Fase 1 do PMAQ-AB, por Área Estratégica .....	154
ANEXO 3 – Parecer do Comitê de Ética.....	157
ANEXO 4 – Moção de Repúdio ao Programa de Avaliação de Desempenho dos Servidores Municipais de Campinas.....	159
ANEXO 5 – Fac-Símile do artigo publicado na Revista Saúde em Debate .....	160

## – INTRODUÇÃO –

Profundas modificações têm acontecido no mundo do trabalho. A partir da crise do sistema *taylorista-fordista*, evidenciada na grande crise global do capitalismo, nos anos 1970 e seguintes, as empresas buscaram introduzir inovações no processo de trabalho e de produção, com vistas ao enfrentamento da mesma.

Braverman (1987), Antunes (1995), Antunes e Alves (2004) e Harvey (2007), entre outros, veem o *fordismo*, junto com o *taylorismo*, como a forma de organização do trabalho predominante, principalmente, na grande indústria, ao longo do século XX. Para Antunes, as transformações na forma de organizar o processo de trabalho, a partir da crise dos anos 1970 e 1980, produziram modificações tão intensas que

a classe que vive do trabalho sofreu a mais aguda crise deste século, que atingiu não só sua materialidade, mas teve profundas repercussões na sua subjetividade e, no íntimo inter-relacionamento destes níveis, afetou sua forma de ser (ANTUNES, 1995, p. 15).

Essas transformações materializaram-se na emergência de novos processos de trabalho, onde o modelo de produção em série e de massa, característico do fordismo, é transformado “por novos padrões de busca de produtividade, por novas *formas de adequação da produção à lógica de mercado*” (*idem*, p. 16, grifo nosso).

Tais formas de adequação passam pela incorporação, na organização do processo de trabalho, de elementos estruturantes do próprio capitalismo, como a concorrência e a busca constante por resultados e produtividade.

O avanço científico e tecnológico que marca esta fase de metamorfose do processo de trabalho não gera a completa substituição do trabalhador pela máquina, mas uma necessidade crescente de qualificação e *intelectualização* do trabalho social. Emerge o chamado “desemprego estrutural”, em que

paralelamente à redução quantitativa do operariado industrial tradicional dá-se uma alteração qualitativa na forma de ser do trabalho, que de um lado impulsiona para uma maior qualificação do trabalho e, de outro, para uma maior desqualificação (*idem*, p. 47).

De um lado, os processos produtivos apontam a necessidade de menos trabalhadores cumprindo uma função mais polivalente, mais qualificada e “intelectualizada”, aumentando a concorrência entre os trabalhadores.

De outro lado, com a adoção do receituário neoliberal, há uma flexibilização das leis e direitos trabalhistas, ampliando as condições objetivas para a instalação da concorrência entre trabalhadores.

Para Lima (1996, p. 23), “as pressões econômicas resultantes de um meio cada vez mais competitivo, incerto e ameaçador, impulsionam as empresas a procurar novas formas de aumentar sua produtividade”. Este cenário é reproduzido no interior do mundo do trabalho.

Em um mercado de trabalho cada vez mais concorrido e menos protegido pelas legislações trabalhistas e sob a sombra de um desemprego crescente, os trabalhadores se veem também pressionados a “procurar novas formas de aumentar sua produtividade”, sob pena de ficarem excluídos do mercado de trabalho.

Essas novas estratégias de gerenciamento recebem as mais diversas denominações: “gerenciamento estratégico participativo”, “gerenciamento de terceiro tipo”, “pós-fordismo”, “gerenciamento da qualidade total”, entre outras. Para se referir a elas de uma maneira conjunta, Lima (1996, p. 23) vai utilizar a expressão *Novas Políticas de Recursos Humanos* (NPRH), denominação que passamos a utilizar com este sentido.

Eficiência e Qualidade. Estas duas palavras, estes dois conceitos, estão definitivamente impregnados no discurso relacionado ao mundo do trabalho e da produção, nesses novos tempos.

Chiavenato assim define o conceito de eficiência, no âmbito da administração:

a eficiência é uma relação entre custos e benefícios. Assim, a eficiência está voltada para a melhor maneira pela qual as coisas devem ser feitas ou executadas (métodos), a fim de que os recursos sejam aplicados da forma mais racional possível (CHIAVENATO *apud* CASTRO, 2006).

Já para Megginson *et al* (1998, p.11), trata-se de um conceito matemático: “é a

relação entre insumo e produto (*input* e *output*)”. Para estes autores, um administrador eficiente é aquele que consegue os melhores produtos com a maior economia de insumos, aí incluídos aqueles relacionados ao custo (mão-de-obra, matéria prima, máquinas, capital) e aqueles relacionados ao tempo.

Em outras palavras, um administrador é considerado eficiente quando minimiza o custo dos recursos usados para atingir determinado fim. Da mesma forma, se o administrador consegue maximizar os resultados com determinada quantidade de insumos, será considerado eficiente (*idem*, p. 11).

A qualidade, por sua vez, é um conceito polissêmico, que encerra em si uma ampla gama de significados, por vezes antagônicos, a partir da perspectiva de quem o adote. Para Miguel (2006, p.17), o conceito de qualidade tem mudado ao longo do último século: “desde o início da era industrial a qualidade era praticada, mesmo que somente como forma de conferir o trabalho realizado pelos artesãos”.

Segundo o autor, o conceito de qualidade varia conforme o enfoque, podendo estar relacionado ao cliente, ao produto e à “conformidade com as exigências, ou seja, cumprimento dos requisitos” (*idem*, p. 19).

Há autores, por outro lado, que enxergam no discurso da qualidade uma tentativa de dominação cultural, marcadamente no contexto do crescimento do pensamento neoliberal verificado, no Brasil, a partir do final dos anos 1980 do século XX. A qualidade, portanto, converte-se “em uma palavra de ordem mobilizadora, em um grito de guerra em torno do qual se devem juntar todos os esforços” (ENQUITA, 1995, p. 95).

A utilização das premissas da qualidade e da eficiência tem marcado a gestão do trabalho no último século. Desde o controle da produção pelos artesãos, como nos lembra Miguel, até a qualidade total e a gestão de excelência, a busca da eficiência e da qualidade na produção tem sido a marca da gestão do trabalho no setor produtivo, com repercussões diretas no mercado de trabalho.

Se, no chamado mundo desenvolvido, essas políticas tiveram lugar nos anos 1980, o Brasil vivia neste período uma grave crise econômica – oriunda ainda da

grande crise global do capitalismo iniciada nos anos 1970 – e política, com a crise da ditadura militar instalada no país em 1964 e com o processo de abertura política “lenta, gradual e progressiva”. Tinha lugar uma crescente luta social por melhores salários e condições de trabalho (da qual são exemplo as famosas greves dos metalúrgicos do ABC paulista) e pela abertura política (da qual é exemplo a famosa campanha pelas *Diretas Já!*, em 1984).

Sob a efervescência deste intenso processo de mobilização social, o parlamento brasileiro aprovou, em 1988, a nova Constituição, chamada de Constituição Cidadã. A alcunha, cuja autoria é atribuída ao então presidente da Câmara dos Deputados, Ulisses Guimarães, se justificava pela inclusão de uma série de direitos sociais no rol de garantias constitucionais, entre os quais destacamos a Saúde, reconhecida no art. 196 da nova Carta como “direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988).

Na contramão da nova Constituição, o processo político no Brasil, com a ascensão de Fernando Collor como primeiro presidente eleito diretamente desde 1960, caminhou no sentido de implantar o receituário neoliberal do Consenso de Washington.

O Consenso de Washington (BATISTA, 1994) propunha uma progressiva diminuição do tamanho do Estado, com a sua retirada da economia para dar lugar à iniciativa privada – no discurso neoliberal, considerada muito mais eficiente e com muito maior qualidade.

O receituário do Consenso de Washington propunha: (1) disciplina fiscal; (2) redução dos gastos públicos; (3) regressividade e minimalismo tributário; (4) política de juros e câmbio controlada pelo mercado; (5) abertura comercial à concorrência externa; (6) privilégio para o investimento externo; (7) privatização das empresas estatais; (8) flexibilização das leis trabalhistas (com redução de direitos para o trabalhador); e (9) garantia dos direitos de propriedade intelectual (respeitando as patentes estrangeiras).

Segundo Batista, as propostas neoliberais do Consenso de Washington foram “fielmente encampadas pelo governo Collor” (1994, p. 6). A chamada reforma neoliberal do Estado Brasileiro (BATISTA, 1994; CARINHATO, 2008; RIBEIRO e MANCEBO, 2013) teve lugar, no Brasil, justamente no período imediatamente pós-Constituição de 1988, colocando-se em oposição às políticas de bem estar social que foram garantidas

no texto constitucional. Tal reforma caracterizou-se pelo cunho privatizante, assentada em premissas de qualidade e eficiência que seriam próprias do mercado.

Uma das primeiras medidas adotadas pelo governo Fernando Collor foi a criação do Programa Nacional de Desestatização, por meio da lei 8031, de 1990.

O inciso I do artigo primeiro desta lei citava como objetivo do Programa Nacional de Desestatização “reordenar a posição estratégica do Estado na economia, transferindo à iniciativa privada atividades indevidamente exploradas pelo setor público”. No inciso V do mesmo artigo, justificava-se este reposicionamento para “permitir que a administração pública concentre seus esforços nas atividades em que a presença do Estado seja fundamental para a consecução das prioridades nacionais” (Brasil, 1990).



FIGURA 1 – Propaganda oficial veiculada em 1991 sobre o Programa Nacional de Desestatização (Fonte: divulgação na Internet<sup>1</sup>).

A argumentação, inclusive veiculada em propaganda oficial da época (ver Figura 1), era, portanto, a de que o Estado deveria se retirar das atividades econômicas “indevidamente exploradas pelo setor público” para que pudesse se dedicar às atividades “em que a presença do Estado seja fundamental para a consecução das prioridades nacionais”, notadamente as políticas sociais de saúde e educação, entre outras.

<sup>1</sup> Disponível em <http://3.bp.blogspot.com/OaiwqhjeAXg/Tf0dV8XAzLI/AAAAAAAAABW0/6czj8LkLkK/s1600/propaga%2Belefante%2Be%2Bcavalo%2Bprivatiza%25C3%25A7%25C3%25A3o%2B16outubro1991.jpg>. Acesso em 12/10/2013.

O curso da privatização no Brasil teve seu rumo, que é fartamente documentado tanto na academia quanto no noticiário. Chama a atenção, na Figura 1, a construção de um imaginário sobre a qualidade e eficiência, com a associação do Estado ao passo do lerdão e do Mercado ao passo do rápido cavalo.

Em 1995, já sob o governo de Fernando Henrique Cardoso, é criado o Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE). Para Bresser Pereira, que foi o titular da pasta,

[...] a causa fundamental dessa crise econômica [vivenciada no Brasil nos anos 1980 e início dos 1990] foi a crise do Estado [...], que se caracteriza pela perda de capacidade do Estado de coordenar o sistema econômico de forma complementar ao mercado. Crise que se define com uma crise fiscal, como uma crise do modo de intervenção do Estado, como uma crise da forma burocrática pela qual o Estado é administrado [...] (BRESSER PEREIRA, 1996, p. 2-3).

A Reforma do Estado, agora alçada ao posto de política de governo com *status* de Ministério, tinha como objetivo manifesto “permitir que a administração pública se torne mais eficiente e ofereça ao cidadão mais serviços, com maior qualidade” (BRASIL, 1997, p. 7).

Ao propor as bases desta reforma, Bresser Pereira afirma a existência de quatro setores dentro do Estado: “(1) o núcleo estratégico do Estado, (2) as atividades exclusivas de Estado, (3) os serviços não-exclusivos ou competitivos, e (4) a produção de bens e serviços para o mercado” (1996, p.18).

A Figura 2, extraída do Plano Diretor da Reforma do Estado (MARE, *apud* BRESSER PEREIRA, 1996, p.20), esquematiza esses setores e demonstra a maneira como eles deveriam ser tratados, no tocante à forma de propriedade e à forma de administração.

	FORMA DE PROPRIEDADE			FORMA DE ADMINISTRAÇÃO	
	Estatal	Pública Não-Estatal	Privada	Burocrática	Gerencial
<b>NÚCLEO ESTRATÉGICO</b> Legislativo, Judiciário, Presidência, Cúpula dos Ministérios	○				○
<b>ATIVIDADES EXCLUSIVAS</b> Polícia, Regulamentação Fiscalização, Fomento, Seguridade Social Básica	○				○
<b>SERVIÇOS NÃO-EXCLUSIVOS</b> Universidades, Hospitais, Centros de Pesquisa, Museus	Publicização →	○			○
<b>PRODUÇÃO PARA O MERCADO</b> Empresas Estatais		Privatização →	○		○

FIGURA 2 – Setores do Estado, Formas de Propriedade e de Administração.  
(Fonte: MARE, *apud* BRESSER PEREIRA, 1996, p.20).

A partir da análise do esquema da Figura 2, é possível visualizar, com maior clareza, o significado da redução do tamanho do Estado proposto por esta Reforma. Ela significa passar à iniciativa privada o conjunto de empresas estatais, por meio de processos de privatização ou venda. E significa, também, um processo que é identificado, na Figura 2, como “publicização” dos serviços estatais não-exclusivos. Bresser Pereira (1996, p. 23) considera este termo da seguinte forma: “no setor de serviços não-exclusivos do Estado, a propriedade deverá ser, em princípio, pública não-estatal”. Para Bresser Pereira, a ideia é transformá-los, voluntariamente, em “organizações sociais”, ou seja, em “entidades que celebrem um contrato de gestão com o Poder Executivo e contem com autorização do parlamento para participar do orçamento público” (*idem, ibidem*).

O “novo” Estado, reduzido, ficaria responsável apenas pelo núcleo estratégico do Estado (cúpulas dos poderes) e pelas atividades exclusivas de Estado, aquelas “em que o ‘poder de Estado’, ou seja, o poder de legislar e tributar, é exercido” (*idem, p. 19*), aqui incluídas a polícia, as forças armadas e os órgãos de regulamentação e

fiscalização.

Quanto ao tipo de administração, Bresser Pereira propôs que “o objetivo geral da reforma administrativa será transitar de uma administração pública burocrática para a gerencial” (*idem*, p. 23). A administração burocrática é aqui entendida como aquela do tipo burocrático ou racional/legal comumente associada a Weber.

Max Weber (1991) tem sido considerado o primeiro e mais importante autor a propor um modelo teórico para compreender e analisar a estruturação do Estado e do trabalho no âmbito do serviço público. Weber situa a chamada dominação legal ou burocrática como inscrita entre o que chama de os “três tipos puros de dominação legítima”. Para o autor, esta dominação é

baseada na crença na legitimidade das ordens estatuídas e do direito de mando daqueles que, em virtude dessas ordens, estão nomeados para exercer a dominação [...]. Obedece-se à ordem impessoal, objetiva e legalmente estatuída e aos superiores por ela determinados, em virtude da legalidade formal de suas disposições e dentro do âmbito de vigência destas (WEBER, 1991, p.141).

Para Weber, o Estado moderno existe onde a comunidade política: a) possui uma ordem administrativa e jurídica; b) é composta por um aparelho administrativo; c) tem autoridade com poder e d) tem a possibilidade do uso da força sobre todas as pessoas em determinada área; tudo isto amparado e emanando da lei (WEBER, *apud* BARRA, 2011).

O aparelho administrativo do Estado, ou burocracia estatal é, então, composto pelos servidores públicos, que têm seu poder baseado no mérito e na competência. “Por tradição, os sistemas por mérito são classificados como aqueles baseados em ‘carreira’ ou ‘cargo’” (SELDEN, 2010, p. 88). Assim, para este autor, o aparelho administrativo estatal obedece a uma hierarquia, na qual os servidores públicos são recrutados e vão ascendendo em seu plano de carreira com base no mérito – normalmente atribuído por tempo de serviço e formação especializada mas, em alguns casos, levando em conta o desempenho do servidor no cargo. Existe ainda a possibilidade da seleção externa dos servidores, igualmente baseada em seu mérito escolhendo-se, entre trabalhadores de fora da carreira de Estado, aqueles que melhor

desempenhariam a função proposta.

Para Peters & Pierre (2010, p. 27), a burocracia pública “é a parte mais efetiva do governo, e é crucial para prover os serviços que os cidadãos esperam de seus governos”. Para estes autores, sem uma gestão pública eficiente, “os legisladores podem fazer todas as leis que quiserem, mas, a menos que tenham uma sorte incrível e uma população extraordinariamente cooperativa, nada vai acontecer” (*idem, ibidem*).

Com efeito, fica claro que é fundamental o papel dos servidores e gestores públicos no sentido de transformar uma determinada política pública em ação concreta. Temos que a gestão pública tem o difícil e complicado papel de transformar Política em Trabalho, em ação direta:

[...] a gestão pública é uma estrutura de governança, isto é, uma formalização constitucionalmente apropriada do arbítrio gerencial<sup>2</sup> destinado a capacitar o governo a colocar em prática a vontade do povo (LYNN JR., 2010, p. 34).

Este modelo de estruturação do Estado, descrito por Weber<sup>3</sup>, é uma condição necessária para a própria existência e legitimação do poder estatal, uma vez que este aparelho de Estado, baseado na divisão e distribuição de funções, na seleção de pessoal especializado, nos regulamentos e na disciplina hierárquica, faz da burocracia um modo *eficiente* de executar as políticas públicas e de regular a iniciativa privada.

Dentro do novo modelo de Estado, agora reduzido e gerencial, o Estado deve deixar à iniciativa privada, seja de maneira direta – no caso da privatização – seja de maneira indireta, no caso da “publicização”, boa parte da execução das políticas públicas, incluída aí as de saúde e educação.

Foucault aponta para uma definição do neoliberalismo sob três pontos de vista: sob o primeiro, econômico, é “a reativação de velhas teorias econômicas”; sob o segundo, sociológico, é a “instauração, na sociedade, de relações estritamente mercantis”; sob o terceiro, político, é uma “cobertura para uma intervenção generalizada

---

<sup>2</sup> Marshall Dimock (*apud* LYNN JR., 2010, p. 45) define o arbítrio gerencial como “a liberdade de decidir entre alternativas”.

<sup>3</sup> Weber trabalha com a categoria de tipo ideal. Ele propõe um modelo sobre o qual se pode fazer uma análise da realidade, como é o caso do tipo puro de dominação legítima racional/legal/burocrática.

e administrativa do Estado” (FOUCAULT, 2008, p. 179). No mesmo sentido, Mészáros (2011, p. 153) afirma que, a despeito de toda a “mitologia neoliberal” em sentido contrário, “o papel intervencionista do Estado nunca foi tão grande quanto no nosso tempo”. Na alegoria de Bourdieu (1998) – de que o Estado possui uma “mão direita”, que representa e opera os interesses do Capital, e uma “mão esquerda”, que representa e opera as políticas sociais e os interesses da classe trabalhadora – o Estado neoliberal torna-se definitivamente destro.

Segundo a percepção de Souza e Cunha (2013, p.3), o que ocorre, no contexto das reformas de Estado neoliberais, é uma inversão do papel do Estado perante o mercado:

pede-se que o mercado não seja meramente o princípio de limitação do Estado, mas o princípio de regulação interna do Estado. Ao invés de um mercado sob a vigilância do Estado, prefere-se um Estado sob a vigilância do mercado.

Trata-se, portanto, de uma opção política que busca se legitimar associando ao mercado as marcas da qualidade e da eficiência. Como vimos, o aparelho burocrático estatal, em seu modelo *weberiano*, pode (deve) ser eficiente e ter qualidade.

Observe-se que essas atividades, tidas por “não-exclusivas do Estado” ou competitivas, são atividades de interesse da iniciativa privada, ou seja, lucrativas. Consideramos pertinente recorrer, aqui, à categoria ‘Trabalho Produtivo’, definida por Marx (1978) no Capítulo VI (inédito) do livro I de O Capital. Na leitura de Carcanholo (2007, p.3), o trabalho produtivo é aquele que produz mais valia, de forma que são considerados improdutivos

[...] o valor excedente do qual se origina o lucro dos diferentes capitais, os juros, aluguéis e rendas de todos os tipos, além dos gastos improdutivos tanto públicos como privados. Entre estes gastos improdutivos incluem-se até mesmo o salário dos trabalhadores improdutivos.

Seguindo estritamente esta definição, teríamos um questionamento mesmo sobre a pertinência de classificar como trabalho os serviços realizados pelos servidores públicos – que poderiam, então, ser classificados como trabalhadores improdutivos.

Entretanto, pela análise de Carcanholo, o trabalho dos servidores públicos, no âmbito da saúde, poderia ser considerado duplamente produtivo:

[...] aqueles profissionais produzem valor e excedente-valor que não é pago pelos que imediatamente usufruem que, se são trabalhadores, têm o valor da sua força de trabalho repostou ou ampliado. Não só o excedente, mas o próprio valor produzido pelos profissionais funcionários públicos reaparecerá nas mãos dos capitais sem que lhes custe nada (salvo quando algo pagam de impostos correspondentes) que contratem os trabalhadores que, se produtivos, aquele valor e aquele excedente se transformam em mais lucros para o capital global. O labor dos mencionados profissionais funcionários públicos é, então, duplamente produtivo; não só o excedente que produzem, mas todo o valor reaparece como lucro do capital (*idem*, p. 20).

Temos, aqui, uma leitura que considera o Estado como um “balcão de negócios” (MARX, 2007) da burguesia, dentro do contexto das leis de mercado. O trabalho dos servidores públicos de Saúde teria o estrito papel de manutenção e/ou ampliação da força de trabalho e seria, portanto, um trabalho a serviço do Capital.

Para Arouca,

a articulação fundamental da Medicina refere-se à manutenção, recuperação e reprodução da força de trabalho; à manutenção e recuperação de valores de uso para as classes hegemônicas, sendo o trabalho médico diretamente produtivo quando possibilita um acréscimo na mais-valia, e improdutivo quando se refere à pura relação de troca comercial [medicina liberal] e, por fim, é indiretamente produtivo quando se refere à reprodução da força do trabalho e atendimento do exército de reserva (AROUCA, 2003, p. 232).

Polack, reforçando esta análise, afirma que “dirigindo-se à força de trabalho, o ato terapêutico eleva seu nível ou contribui para sua manutenção no quadro de uma reprodução” (POLACK, *apud* DONNANGELO, 2011, p. 55).

Maria Cecília Donnangelo (2011, p.61), considera que “as relações de produção são relações de classe, que se processam através de uma contradição fundamental, consistente na oposição entre o caráter social da produção e o caráter privado da apropriação”.

Levando em conta os conceitos de Hegemonia e de Estado Ampliado propostos

por Gramsci (1981), temos ainda que o Estado é sede de contradições e se expressa como resultante de uma acepção burguesa, conquanto esta hegemonize a correlação de forças na sociedade. Assim, a própria luta de classes encontra lugar para disputas no interior do Estado, entendido como sociedade política e sociedade civil.

O Sistema Único de Saúde brasileiro foi idealizado por seus formuladores como uma cunha contra-hegemônica no Estado brasileiro, de caráter socializante. Em que pese ser uma estrutura estatal em disputa, seria simplista seu enquadramento apenas na função de manter/ampliar a força de trabalho, embora seja impossível negar esta função.

Interessa-nos, entretanto, mais do que aprofundar este debate conceitual do campo marxista, considerar que existem concepções diferentes sobre o papel do Estado e dos serviços públicos que, em nossa visão, vão determinar, dado o seu grau de dominância na correlação de forças, a forma como será gerenciado o trabalho no âmbito do serviço público.

Trazendo a discussão para o contexto e pretensão desta pesquisa, temos que, a depender de como se vê o papel do Estado, ver-se-á também o papel do serviço público. Assim, dentro da visão neoliberal do Estado Mínimo, o trabalho em Saúde é altamente estratégico, por ser “duplamente produtivo”, como observa Carcanholo. E, assim o sendo, a gestão deste trabalho deverá pugnar pelos conceitos de eficiência e qualidade que marcam a visão neoliberal do papel do Estado<sup>4</sup>.

A transição da administração burocrática para a gerencial, proposta por Bresser Pereira, significa a incorporação, pelo Estado, dos mecanismos de gestão próprios do mercado. No que tange à gestão do trabalho, trata-se da incorporação das *Novas Políticas de Recursos Humanos*.

Para Mancebo e Ribeiro (2013, p. 195) “o Estado passa a conviver com a gradativa incorporação da lógica e dos mecanismos que regem o mundo das empresas privadas, com o objetivo de propiciar agilidade, eficiência e qualidade”. Como

---

<sup>4</sup> Para Gramsci, “o Estado é o instrumento para adequar a sociedade civil à estrutura econômica, mas é preciso que o Estado ‘queira’ fazer isto, isto é, que o Estado seja dirigido pelos representantes da modificação ocorrida na estrutura econômica” (GRAMSCI, *apud* CAVALCANTE, 2010, p.2).

instrumentos para conseguir esta maior qualidade e eficiência, constava a “contínua revisão e aperfeiçoamento das rotinas e processos de trabalho, simplificando procedimentos, desburocratizando e estabelecendo metas e indicadores de desempenho e de satisfação do cidadão” (BRASIL, 1997, p. 7).

Observe-se que tal assertiva, constante de documento oficial do então Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado colocava, na centralidade da ineficiência e da baixa qualidade, o processo de trabalho no serviço público. Ainda segundo Mancebo e Ribeiro (2013, p. 199), “por público considera-se tudo o que é ineficiente, associado ao desperdício, à corrupção, à falta de controle e coordenação, e o privado é apontado como o lugar de eficiência e de excelentes resultados”.

A Reforma do Estado incorpora esta visão depreciativa do serviço e do servidor público e traz, como solução, a adoção de metas e indicadores de desempenho, como estratégias para a revisão e aperfeiçoamento das rotinas e processos de trabalho. Nas palavras do então ocupante da pasta do MARE, Bresser Pereira:

a Reforma do Aparelho do Estado voltada para a gestão e busca de resultados, inclusive com *indicadores, metas e avaliação dedesempenho*, é um processo de mudanças da instrumentalidade da ação do Estado, dos meios da governança, no manejo ou gerenciamento de seus recursos econômicos e sociais, na busca da eficiência (BRESSER PEREIRA *apud* CARINHATO, 2008, p.42). (Grifos nossos).

Vários estudiosos<sup>5</sup> fazem uma leitura crítica deste processo de Reforma do Estado brasileiro, particularmente no que se refere ao setor Saúde. O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), em editorial de sua Revista Divulgação em Saúde para Debate (2012), além de fazer uma leitura crítica deste processo, classifica a Reforma de Estado de que falamos como uma Contra-Reforma:

o avanço das políticas e da ideologia neoliberal, frontalmente opostas à proposta do Sistema Único de Saúde, traduziu-se na prática em um paradoxo que até hoje, mais de 20 anos depois, ainda emperra a ampliação e consolidação do SUS: se, por um lado, temos a garantia constitucional da saúde como direito inalienável de cidadania, por outro, tivemos uma progressiva “contra-reforma” do Estado Brasileiro, tornando-o cada vez mais incapaz de cumprir sua função constitucional na Saúde

---

<sup>5</sup> Conf. Behring (2003); March (2011) e Souza e Cunha (2013).

(CEBES, 2012, p.4).

Este mesmo texto elenca, ainda, como exemplos desta Contra-Reforma, exatamente os mesmos elementos que marcam a reforma levada a cabo pelo MARE de Bresser Pereira:

essa “contra-reforma” do Estado tem várias facetas: a limitação imposta pela Lei de Responsabilidade Fiscal à contratação de trabalhadores para a saúde, os modelos de gestão privatizantes (como as famigeradas Organizações Sociais – OSs) que surgem justamente como saída para “driblar” essa limitação[...] (*idem, ibidem*).

Por sua vez, Paim *et al* (2011, p. 18-19) produzem a seguinte análise:

A Constituição de 1988 foi proclamada numa época de instabilidade econômica, durante a qual os movimentos sociais se retraíam, a ideologia neoliberal proliferava e os trabalhadores perdiam poder de compra. Simultaneamente a essa reforma, as empresas de saúde se reorganizavam para atender às demandas dos novos clientes, recebendo subsídios do governo e consolidando os investimentos no setor privado.

Tomando por base esses fragmentos, fica claro que, ao passo em que houve uma opção, no Brasil, expressa no texto da Constituição de 1988, de se constituir um sistema de saúde universal e integral, nos marcos teóricos do “Estado de Bem-Estar Social”, houve também uma reformulação do Estado brasileiro, de caráter neoliberal, que distanciou este Estado da possibilidade de executar a política pública garantida na Constituição, ainda que os argumentos de tal reforma fossem justamente os de dar maior eficiência e qualidade ao serviço público.

A expansão do mercado privado de saúde e a repetida reivindicação do Movimento Sanitário Brasileiro por um maior financiamento (CEBES, 2012) são exemplos inequívocos da inadequação deste novo Estado, reformado sob a égide neoliberal, em cumprir seu desígnio constitucional com relação à Saúde e às demais políticas públicas promotoras de cidadania, ou políticas sociais.

No que tange ao âmbito desta pesquisa, é particularmente importante observarmos uma faceta menos evidente do processo de privatização que teve curso com a reforma – ou, no dizer de Behring (2003), March (2011) e do CEBES (2012), com

a Contra-Reforma do Estado Brasileiro: a privatização da gestão do trabalho no âmbito do serviço público.

Privatização esta que não se dá apenas com a adoção de modelos de gestão como as Organizações Sociais, mas que se dá também no interior do próprio serviço público estatal, através da adoção de ferramentas de gestão típicas do setor privado.

A “Contra-Reforma” neoliberal do Estado Brasileiro, portanto, é um *fato histórico* que, definitivamente, transformou a visão da sociedade brasileira quanto ao papel do Estado e dos serviços públicos. Quando caracterizamos esta “Contra-Reforma” como fato histórico, estamos nos valendo da concepção *gramsciana* segundo a qual este termo é empregado para designar o fenômeno em que a filosofia ou a construção teórica reage com a sociedade, determinando certos efeitos: “o valor histórico de uma filosofia pode ser 'calculado' a partir da eficácia 'prática' (GRAMSCI, 1981, p.34).

Em acordo com a concepção *gramsciana* que invocamos, o que caracteriza o fato histórico é justamente a medida em que seus conceitos e diretrizes se imbricam com a sociedade – e, no caso, com a estruturação macro e micropolítica do Estado brasileiro, determinando certos efeitos.

Partimos da *premissa* de que um destes efeitos consiste da progressiva incorporação dos conceitos e diretrizes da administração de empresas, das NPRH, no âmbito do serviço público. Entendemos que a adoção destes conceitos e diretrizes se materializa, entre outros fatores, com a implementação de políticas e programas que introduzem os arranjos e dispositivos da lógica empresarial na gestão do trabalho dos servidores públicos.

Nos últimos anos, observamos a implantação de programas de Avaliação de Desempenho no âmbito do serviço público (BRASIL, 2010), alguns deles incidindo sobre um conjunto muito específico de servidores públicos: aqueles lotados em equipamentos de Atenção Básica à Saúde do município de Campinas (SP). Em 2010, a Prefeitura Municipal de Campinas, por meio do Decreto No. 17.074, regulamentou o Processo de Avaliação de Desempenho e Qualificação dos Servidores de Carreira, instituindo o Programa de Avaliação Periódica do Desempenho (PAPD) para os

servidores públicos municipais, “para fins de aprimoramento dos métodos de Gestão, valorização do servidor, melhoria da qualidade e eficiência do serviço público e para fins de evolução funcional” (CAMPINAS, 2010, Art. 1º).

Em 2011, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria 1.654, instituiu o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), com a finalidade de induzir “a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais” (BRASIL, 2011, Art. 1º). O programa tem como cerne a estruturação de um processo de avaliação e certificação das Equipes de Atenção Básica brasileiras.

Recortamos estes dois Programas governamentais como nosso *objeto de pesquisa* porque ambos têm, em comum, além da alusão à qualidade e eficiência no setor público, a adoção da Avaliação de Desempenho do Trabalhador – no caso, do servidor público que trabalha na Atenção Básica à Saúde em Campinas – como ferramenta de gestão para se conseguir esta tal qualidade e eficiência, à maneira defendida por Bresser Pereira e pelos documentos oficiais do MARE.

Assumindo que a Avaliação do Desempenho do Trabalhador constitui instrumento de gestão do trabalho característico das NPRH, esta pesquisa tem, como *problemática central*, a seguinte questão: os discursos normativos<sup>6</sup> do PAPD e do PMAQ-AB revelam os elementos constitutivos das *Novas Políticas de Recursos Humanos* típicas do setor privado contemporâneo?

---

<sup>6</sup> Para Miranda (2003, p. 83), fazendo uma leitura de Habermas, a racionalidade normativa é “orientada para o reconhecimento de observância de uma expectativa generalizada de comportamentos regrados, em razão de um consenso normativo prévio sobre ideias e valores compartilhados”.

## Objetivos

No que se refere aos *objetivos* pretende-se, como **objetivo geral**, compreender a utilização da Avaliação do Desempenho do Trabalhador como estratégia de gestão do trabalho dos servidores públicos lotados em equipamentos de Atenção Básica à Saúde de Campinas (SP), a partir da análise do discurso normativo dos dois programas governamentais.

E, especificamente:

- Caracterizar as *Novas Políticas de Recursos Humanos* próprias do setor privado e, dentro delas, situar a Avaliação do Desempenho do Trabalhador como dispositivo relevante das mesmas;
- Descrever o modo de funcionamento do Programa de Avaliação Periódica do Desempenho dos servidores públicos municipais de Campinas (SP) e do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, com base em seus documentos oficiais;
- Verificar de que forma as características das NPRH encontram-se presentes no discurso normativo das políticas de Avaliação de Desempenho do Trabalhador recortadas como *objeto empírico* desta pesquisa.

## Percurso Metodológico

Para responder à questão central e atingirmos os objetivos propostos, realizamos uma *pesquisa qualitativa de tipo documental*, que se iniciou com uma revisão teórico-histórica sobre a evolução das políticas de gestão do trabalho no setor privado. Realizamos, ainda, a caracterização do que Lima (1996) denominou NPRH e, dentro deste contexto, uma revisão teórico-histórica sobre a evolução do conceito e aplicação da Avaliação, mais especificamente da Avaliação do Desempenho do Trabalhador, como componente dessas políticas. Ainda na conformação do referencial teórico, trabalhamos algumas considerações sobre o trabalho e a gestão na Atenção Básica à

Saúde, uma vez que estudamos programas de avaliação do desempenho que incidem simultaneamente sobre os servidores públicos lotados em equipamentos da Atenção Básica do SUS em Campinas (SP).

A partir desses elementos teórico-históricos, passamos à etapa seguinte, a da *análise de conteúdo* dos dados empíricos da pesquisa. Conforme já anunciado, escolhemos o que Quivy e Campenhoudt (2008, p. 201) chamam de “recolha de dados preexistentes”, especificamente os dados disponíveis em documentos oficiais e públicos do “Programa de Avaliação Periódica do Desempenho”, da Prefeitura Municipal de Campinas, e do “Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica”, do Ministério da Saúde, constituindo o *corpus empírico* da pesquisa e o seu *objeto* de estudo.

Neste sentido, Bardin (2011, p. 52) propõe uma diferenciação entre a análise documental e a análise de conteúdo, essencialmente em três pontos:

- A documentação trabalha com documentos; a análise de conteúdo com mensagens (comunicação);
- A análise documental faz-se, principalmente, por classificação-indexação; a análise categórica temática é, entre outras, uma das técnicas da análise de conteúdo;
- O objetivo da análise documental é a representação condensada da informação, para consulta e armazenamento; o da análise de conteúdo é a manipulação de mensagens (conteúdo e expressão desse conteúdo) para evidenciar os indicadores que permitam inferir sobre uma outra realidade que não a da mensagem.

Assimilando este entendimento, consideramos que a nossa pesquisa trabalhou com documentos oficiais, mas com ênfase nas mensagens (comunicação) que estes documentos trazem. Portanto, entendemos que, para a análise hermenêutica dos dados documentais, utilizamos metodologia inspirada na Análise de Conteúdo (BARDIN, 2011; MORAES, 1999). Segundo Moraes, (1999, p.9) é possível usar esta metodologia para “descrever e interpretar o conteúdo de toda classe de documentos e textos”.

Na organização da análise, Bardin (2011, p. 125) identifica três pólos cronológicos: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, a

inferência e a interpretação.

O primeiro pólo cronológico, ou primeira fase, é a pré-análise que, para Bardin, possui três missões: “a escolha dos documentos a serem submetidos à análise, a formulação das hipóteses e dos objetivos e a elaboração dos indicadores que fundamentem a interpretação final” (*idem, ibidem*).

No caso desta pesquisa, escolhemos trabalhar com os documentos oficiais supra citados, buscando construir uma caracterização das propostas de avaliação do desempenho do trabalhador contida nos dois Programas, à luz dos referenciais teóricos adotados.

As hipóteses e objetivos da pesquisa já estão explicitados acima. No que se refere à elaboração dos “indicadores”, utilizamos a *categorização*. Procedemos a construção de um “sistema” de categorias de análise, seguindo a linha metodológica de Bardin. Para a autora, a categorização é um processo de tipo estruturalista que comporta duas etapas:

- O *inventário*: isolar os elementos;
- A *classificação*: repartir os elementos e, portanto, procurar impor certa organização às mensagens (BARDIN, 2011, p. 148).

Optamos pelo procedimento de definição prévia das categorias, pois, segundo Bardin, “este é o procedimento [...] aplicável no caso de a organização do material decorrer diretamente dos funcionamentos teóricos hipotéticos” (*idem*, p. 149).

Fizemos a opção de explicitar a construção deste sistema de categorias de análise, incluindo alguns aspectos metodológicos, quando da apresentação do capítulo correspondente à análise de conteúdo, como um recurso para aproximar esta construção, baseada em elementos teóricos aportados por Lima (1996), da análise efetivamente realizada.

O segundo pólo cronológico, ou segunda fase, consiste da exploração do material, quando fizemos um estudo descritivo do funcionamento dos dois programas em questão.

Finalmente, no terceiro pólo cronológico, fizemos o tratamento dos resultados obtidos e sua interpretação; este foi o momento escolhido para apresentar a lógica de construção do sistema de categorias de análise e a discussão dos resultados sob a orientação das mesmas.

Sá-Silva, Almeida e Guindani (2009) propõem, ainda, uma “ritualística necessária” para proceder a uma análise de documentos. Para os autores, é necessário que se avalie (1) o contexto; (2) o(s) autor(es); (3) a autenticidade e confiabilidade do texto; (4) a natureza do texto; (5) os conceitos-chave e a lógica interna do texto. A autoria, a autenticidade/confiabilidade e a natureza dos textos são dadas *a priori*, uma vez que trabalhamos com documentos oficiais e públicos. Buscamos discutir o contexto e, principalmente, os conceitos-chave e a lógica interna do texto, valendo-nos das *categorias de análise*.

A utilização desta metodologia inspirada na Análise de Conteúdo de Bardin (2011) nos serviu para o processamento dos dados empíricos. Contudo, optamos por uma análise hermenêutica para produzir as reflexões a que se propõe esta pesquisa, comparando os achados empíricos com o referencial teórico adotado.

Para uma melhor comunicação dos resultados e consequente apreensão dos mesmos, o presente trabalho encontra-se estruturado em quatro capítulos. No primeiro, foi feita uma discussão dos *elementos teórico-históricos* que fundamentam a análise, a partir de um breve histórico das políticas de gestão do trabalho no setor privado, da caracterização das NPRH e da análise da Avaliação, em particular da Avaliação do Desempenho do Trabalhador, como elemento constitutivo fundamental dessas políticas. No Capítulo II, produzimos *considerações sobre o trabalho e a gestão* na Atenção Básica à Saúde. No Capítulo III, iniciamos a apresentação dos *resultados empíricos*, sob a forma de um *estudo descritivo* dos documentos oficiais dos Programas. Complementando estes resultados empíricos concretizamos, no Capítulo IV, uma *análise de conteúdo* dos mesmos, a partir do *sistema de categorias de análise* produzido à luz do referencial teórico de Lima (1996) e realizamos uma *discussão* sobre a utilização dessas ferramentas de gestão do trabalho no contexto da Atenção Básica à Saúde do SUS Campinas. Nas Conclusões, fazemos uma síntese dos principais

achados desta pesquisa e, nas Considerações Finais, buscamos refletir sobre os sentidos da adoção de instrumentos das NPRH no âmbito do serviço público, reconhecendo uma expressão de supremacia da hegemonia neoliberal e apontando perspectivas para a gestão do trabalho em Saúde que superem os paradigmas neoliberais, tendo como horizonte contribuir para a efetivação de uma Política Pública de Saúde, no Brasil, o mais possível coerente, na prática e dentro dos limites históricos existentes, com o que está garantido no texto constitucional.

## – CAPÍTULO I –

### **Elementos teórico-históricos de análise**

Pretendemos debater, neste Capítulo, as bases teórico-históricas do que, tomando emprestada a expressão de Lima (1996), chamamos de Novas Políticas de Recursos Humanos, e estabelecer o dispositivo Avaliação do Desempenho do Trabalhador como parte integrante e importante destas políticas.

Ao longo do último século, tomando como marco inicial a publicação do livro ‘Princípios de Administração Científica’, de Frederick Taylor, em 1911, diversos autores têm formulado marcos teóricos que balizam novas formas de gestão do trabalho, como o próprio Taylor, Henry Ford, Elton Mayo e Taiichi Ohno.

Não é objeto ou foco principal desta pesquisa uma extensa descrição sobre as escolas de administração, mas consideramos fundamental revisitar esses autores clássicos para compreender a evolução dos marcos teórico-históricos deste campo de conhecimento, como forma de melhor apreender as atuais políticas de gestão do trabalho.

Na sequência, fazemos uma leitura sobre a caracterização propriamente dita das NPRH, tomando por base a construção de Lima e os apontamentos feitos por Campos em seu “Método para análise eco-gestão de coletivos” (2007a), entre outros referenciais teóricos.

Finalizamos este Capítulo trazendo um debate, também teórico-histórico, sobre a Avaliação, buscando um enfoque específico para a Avaliação do Desempenho do Trabalhador dentro do contexto das NPRH. E com uma breve discussão sobre a utilização deste instrumento no âmbito do serviço público.

#### **1.1. Breve histórico das políticas de gestão do trabalho no setor privado**

A administração e a gestão do trabalho, segundo Maximiniano (2000), começa a se constituir como corpo independente do conhecimento na Europa do século XVIII, durante o período da Revolução Industrial. Na visão de Smith (1996, p. 61), “o maior aprimoramento das forças produtivas do trabalho, e a maior parte da habilidade, destreza e bom senso com os quais o trabalho é em toda parte dirigido ou executado, parecem ter sido resultados da divisão do trabalho”.

Se, com o início da era industrial, tornou-se mais clara a relação entre a divisão do trabalho produtivo e o aumento da produtividade (*idem*), é atribuído a Taylor (1990) o primeiro trabalho de proposição e sistematização deste processo. Frederik Taylor é considerado o ‘pai’ da ‘administração científica’.

Seu método tem quatro elementos essenciais (descritos abaixo no contexto do trabalho da construção civil):

**Primeiro** - O desenvolvimento (*pela direção e não pelo operário*) da ciência de assentar tijolos, com normas rígidas para o movimento de cada homem, aperfeiçoamento e padronização de todas as ferramentas e condições de trabalho;

**Segundo** – A seleção cuidadosa e subsequente treinamento dos pedreiros entre os trabalhadores de primeira ordem, com eliminação de todos os homens que se recusam a adotar os novos métodos, ou são incapazes de segui-los;

**Terceiro** – Adaptação dos pedreiros de primeira ordem à ciência de assentar tijolos, pela constante ajuda e vigilância da direção, que pagará, a cada homem, bonificações diárias pelo trabalho de fazer depressa e de acordo com as instruções;

**Quarto** – Divisão equitativa do trabalho e responsabilidades entre operário e direção. No curso do dia, a direção trabalha lado a lado com os operários, a fim de ajudá-los, encorajá-los e aplainar-lhes o caminho, enquanto no passado, ao contrário, a direção permanecia de lado, proporcionava-lhes pouco auxílio e sobrecarregava-os de quase toda a responsabilidade quanto aos métodos, uso dos instrumentos, velocidade e cooperação (TAYLOR, 1990, p. 67). (Grifos nossos).

O próprio Taylor (*idem, ibidem*) enfatiza que, na maioria dos casos, o “desenvolvimento da ciência” (primeiro passo) é a parte mais importante, rivalizando em algumas situações com a “seleção científica” (segundo elemento) dos trabalhadores. A vigilância e a motivação (elementos seguintes) também são, embora menos

importantes, essenciais para a efetividade da ‘administração científica’.

Este processo proposto por Taylor, que se tornaria a base da gestão do trabalho durante boa parte do século XX (ANTUNES, 1995; HARVEY, 2007), consistia, em linhas gerais, da apropriação, por parte da “direção”, do chamado “*bestway*”, ou melhor maneira de produzir ou realizar determinada tarefa. Isto se concretiza a partir da observação do modo de fazer dos trabalhadores.

Assim, o “desenvolvimento da ciência” é derivado da análise e sistematização, por parte da direção, do saber fazer dos trabalhadores e de sua decomposição em tarefas isoladas específicas, de forma a tornar possível instruir e cobrar dos outros trabalhadores a realização dessas tarefas conforme a instrução. “Estudos de tempos e movimentos, descrições de cargos, organização e métodos, engenharia de eficiência e racionalização do trabalho foram algumas das ideias que a ação de Taylor colocou na ordem do dia” (MAXIMINIANO, 2000, p. 58).

Também chamam à atenção, no fragmento do texto de Taylor acima citado, as partes que grifamos e que podemos colocar em uma única sentença: a forma de produzir será determinada pela direção ou gerência, e o trabalhador será bonificado de acordo com sua capacidade de fazer cumprir, ‘depressa e de acordo com as instruções’. Seria este, portanto, o primeiro registro da avaliação de desempenho do trabalhador entre os autores que escolhemos revisitar, e que já incluía uma forma de remuneração conforme o desempenho perante o trabalho prescrito.

Henry Ford foi contemporâneo de Taylor. Embora não haja referências de um ao outro em suas respectivas publicações, o chamado fordismo radicaliza os métodos de Taylor, ao instituir a subdivisão do trabalho em tarefas as mais simples possíveis, criando as linhas de montagem, em que cada trabalhador ou grupo de trabalhadores fica responsável por uma tarefa apenas. Ford assim descreve sua linha de montagem:

1<sup>o</sup> Trabalhadores e ferramentas devem ser dispostos na ordem natural da operação, de modo que cada componente tenha a menor distância possível a percorrer da primeira à última fase.

2<sup>o</sup> Empregar planos-inclinados ou aparelhos concebidos de modo que o operário sempre ponha no mesmo lugar a peça que terminou de trabalhar, indo ela ter à mão do operário imediato por força do seu próprio peso, sempre que isso for possível.

3º Usar uma rede de deslizadeiras, por meio das quais as peças a montar se distribuem a distâncias convenientes (FORD, 2012, p. 73-74).

Segue Ford: “o resultado dessas normas é a *economia de pensamento* e a redução ao mínimo dos movimentos do operário, que, sendo possível, deve fazer sempre uma só coisa com um só movimento” (*idem*, p. 74, grifo nosso). O trabalho, na visão de Ford, deve ser, portanto, o mais desconectado possível da formulação do mesmo, gerando “economia de pensamento”.

Monteiro Lobato, em prefácio ao livro de Ford intitulado ‘Hoje e Amanhã’ (*apud* FORD, 2012, p. 237), o descreve como “a verdadeira bíblia da eficiência”. Sim, a mesma eficiência tão em voga nos dias atuais, e definida como a possibilidade de produzir mais em menos tempo. Ford consegue isto, em seu método, ampliando o coeficiente de alienação<sup>7</sup> do trabalho, ou seja, definitivamente separando quem pensa o como deve ser feito de quem realiza o trabalho.

Ainda revisitando a obra de Ford, é nela que surgem elementos como a formação de trabalhadores-consumidores, a participação nos lucros e a concorrência entre os trabalhadores que podem, em nossa visão, ser lidas da seguinte forma: é possível estimular o comprometimento com o trabalho estimulando a eficiência, de forma a premiar o trabalhador que consegue realizar o trabalho com melhor qualidade e em menos tempo (FORD, 2012).

Outro autor muito relevante neste campo da chamada Escola Clássica da Administração (MAXIMINIANO, 2000) é Henri Fayol. Fayol deu sua principal contribuição a esta escola ao instituir a função de gerente ou de administrador e, segundo Maximiniano, seu sistema de administração pode ser dividido em três partes principais:

A administração é uma função distinta das demais funções, como finanças, produção e distribuição;

A administração é um processo de planejamento, organização, comando, coordenação e controle;

---

<sup>7</sup>Trabalhamos, aqui, com o conceito *marxiano* de alienação ou estranhamento, na acepção descrita pelo próprio Marx em seus ‘Manuscritos Econômico-Filosóficos’: “a relação do trabalhador com sua própria atividade como uma atividade estranha, não pertencente a ele” (MARX, 2004, p.83).

O sistema de administração pode ser ensinado e aprendido (MAXIMINIANO, 2000, p. 60).

Em que pesem as importantes contribuições de Fayol, os diversos estudiosos pesquisados (BRAVERMAN, 1987; ANTUNES, 1995; HARVEY, 2007; CAMPOS, 2007a) denominam essa escola de *taylorismo* ou *taylorismo-fordismo*.

Elton Mayo é considerado o fundador da chamada Escola das Relações Humanas na administração, a partir da publicação de dois livros: 'Problemas Humanos em uma Civilização Industrial' e 'Problemas Sociais em uma Civilização Industrial'.

Mayo foi dos primeiros autores a registrar a relação direta entre as condições de vida do trabalhador – dentro ou fora do ambiente de trabalho – e o seu desempenho. Observou que a produtividade do trabalhador é resultante de seu nível de integração social, e que o grupo é o maior incentivador do comportamento de um indivíduo. Considerou, também, que o controle entre os próprios trabalhadores, por meio de organizações informais, mostrou-se mais efetivo que ações de policiamento administrativo. Estas organizações informais criam suas próprias regras e sistemas de recompensa e punição (MAYO, 2005).

Do ponto de vista da gestão do trabalho, então, a lógica seria estimular as relações entre os trabalhadores, mesmo que de caráter informal, ao passo em que a empresa faça investimentos permanentes em melhorias das condições ergonômicas de trabalho, trazendo esses grupos informais a trabalhar empaticamente com a empresa.

Para Lima (1996, p.17),

estudos iniciados por Elton Mayo na 'Western Electric Company' lançaram as bases da teoria das relações humanas [...]. A partir da "escola das relações humanas" as ideias de participação, de relações informais, de democratização das relações de trabalho, de amizade e de recompensa simbólica, foram introduzidas no universo da empresa.

No contexto da grande crise do capitalismo global dos anos 1970, à qual nos referimos na Introdução, cada vez mais empresas passaram a adotar modelos de gestão do trabalho com enfoque na qualidade. Segundo Maximiniano (2000, p. 82). "a história da administração da qualidade total confunde-se com a história do modelo

japonês de administração”. Este modelo tem seu principal expoente no chamado *Toyotismo*.

Taiichi Ohno é o autor do livro ‘O Sistema Toyota de Produção – além da produção em larga escala’ (OHNO, 1997), em que descreve o sistema de produção que ficou conhecido como Toyotismo. Para Ohno, o sistema Toyota é composto dos seguintes elementos fundamentais:

- (1) *Just-in-time*: “as partes corretas necessárias à montagem alcançam a linha de montagem no momento em que são necessárias e somente na quantidade necessária” (*idem*, p. 26);
- (2) *Autonomação*: é descrita por Ohno como “um toque humano, dado às máquinas”. Trata-se de incluir um mecanismo que faz parar a máquina quando algum defeito na produção é verificado, fazendo com que os operadores apenas vão às máquinas quando ocorre o defeito, identificando-o e corringindo-o (*idem*, p. 28). O objetivo é a *qualidade total*, ou seja, o desperdício zero por erro de produção.

Para conseguir pleno funcionamento desses dois elementos, Ohno defende que “é necessário um sistema de gestão total que desenvolva a habilidade humana até sua mais plena capacidade, a fim de melhor realçar a criatividade e a operosidade, para utilizar bem instalações e máquinas, e eliminar todo o desperdício” (*idem*, p. 30).

Este sistema de gestão é baseado no *Kanban*, que consiste num sistema de ordenamentos por escrito em que todas as etapas de produção só são disparadas mediante demanda expressa (*ondemand*).

No que diz respeito à gestão do trabalho, o método desenvolvido por Ohno descreve o trabalho como mais um elemento da produção, onde também se deve buscar a redução máxima do desperdício. A otimização do trabalho significa, na prática, contar com equipes cada vez mais reduzidas:

no Sistema Toyota de Produção, pensamos a economia em termos da redução da força de trabalho e de redução de custos. A relação entre esses dois elementos fica mais clara se considerarmos uma política de redução da mão-de-obra como meio para conseguir a redução de custos

(OHNO, 1997, p. 77-78).

A redução da força de trabalho, na lógica do toyotismo, se dá tanto incorporando elementos de automação quanto “otimizando” o processo de trabalho: “Se vemos alguém esperando ou se movendo desnecessariamente em uma tarefa feita por uma equipe de operários, não é difícil eliminar o desperdício, redistribuir a carga de trabalho, e reduzir a força de trabalho” (*idem*, p. 75).

No sistema Toyota, trabalha-se com a noção de equipes reduzidas, mas apenas equipes – e não trabalho individual. Estimula-se que o trabalhador realize mais de uma tarefa (diferentemente do fordismo) e que, em equipe, busque soluções para otimizar o trabalho – mesmo que isto implique uma posterior redução da equipe.

Assim, cria-se um sistema misto, em que os trabalhadores cooperam em pequenas equipes e em que estas competem ou concorrem entre si, buscando a contínua otimização da força de trabalho e sua conseqüente redução.

O Toyotismo, se não é o pioneiro, é certamente o mais relevante exemplo de aplicação das NPRH. Vejamos, a seguir, as principais características destas políticas.

## **1.2. A Novidade nas políticas de recursos humanos**

Alguns autores, entre os quais destacamos Lima (1996) e Campos (2007), põem em questão a oposição entre essas NPRH e o *taylorismo-fordismo* tradicional. Lima aponta para a reutilização dos conceitos da Escola de Relações Humanas, na construção destas “novas” políticas de recursos humanos, que se caracterizam mais pela difusão e aceitação dessas ideias do que propriamente por uma nova construção teórica: “a maior novidade que este ‘novo’ modelo gerencial apresenta não se encontra nos seus fundamentos, mas na abrangência de sua aplicação” (LIMA, 1996, p. 19).

Para Campos (2007a, p. 24),

[...] a escola das Relações Humanas criticou a concepção taylorista do homem, valorizando fatores subjetivos no funcionamento concreto da

empresa. Entretanto, essa nova percepção apenas ampliou os recursos técnicos empregados para controlar.

Segundo o autor, embora em vários aspectos as novas políticas superem os métodos propostos por Taylor, os princípios gerais do *taylorismo* ainda não foram superados, uma vez que a “disciplina e o controle seguem sendo o eixo central dos métodos de gestão” do trabalho:

[...] a marca central da organização moderna ou pós-moderna continua sendo o autoritarismo. Um autoritarismo, às vezes, revestido com palavras doces – parceria, integração, desenvolvimento de RH, flexibilização – mas enganosas. Além de integrar-se ao espírito da firma, espera-se que os empregados o façam com um entusiasmo expressivo, quase histérico (*idem*, p. 23).

Campos considera que há uma Racionalidade Gerencial Hegemônica, cuja característica principal é a manutenção e o refinamento da Alienação – “sistemas de direção que se alicerçam no aprisionamento da vontade e na expropriação das possibilidades de governar da maioria” (*idem, ibidem*) – retomando o conceito marxista no sentido da separação formal entre aqueles que “pensam” e “planejam” – os dirigentes – e aqueles que realizam e/ou executam o trabalho – os trabalhadores. E arremata:

[...] o taylorismo, ainda que bastante alterado depois do advento da sociologia das organizações, da qualidade total e do envolvimento de certa psicologia com a administração de pessoas, continua central para a compreensão do que se poderia denominar de Racionalidade Gerencial Hegemônica (CAMPOS, 2007 a, p. 26).

Assim, temos uma leitura de que as NPRH acrescentam elementos de controle sobre o trabalhador, sobrepondo uma dominação “psicológica” ou subjetiva à clássica dominação atribuída ao *taylorismo* tradicional, fazendo com que o mesmo assuma uma nova roupagem, mas mantenha e mesmo amplie suas características essenciais, que configuram a Racionalidade Gerencial Hegemônica.

Para Harvey, essas mudanças que ocorreram nos processos produtivos “quando confrontadas com as regras básicas de acumulação capitalista, mostram-se mais como transformações de aparência superficial” (HARVEY, 2007, p. 8).

Lima (1996) caracteriza essas NPRH como ‘novas formas de sedução na empresa’. Entendemos o termo sedução, utilizado por Lima, como um descritor para o que Campos chamou de “recursos técnicos empregados para controlar”, no campo da subjetividade, o trabalhador. Para Dubois e Garcia (2011, p.2) “a mobilização da subjetividade por meio da sedução aparenta ser um processo consciente e orquestrado. Implica a existência de um sedutor e de um seduzido”.

Em síntese, o emprego dessas técnicas de sedução, componentes centrais das NPRH, consiste na utilização de determinados arranjos e dispositivos, por parte de quem gerencia o trabalho, com a finalidade de engajar subjetivamente o trabalhador à empresa – ou, dito de outra forma, de fazer com que o mesmo “vista a camisa” da empresa.

Com este sentido, uma reportagem do sítio “*Administradores.com*” intitulada “Vestir a camisa da empresa: até que ponto isso é possível?”<sup>8</sup> é dirigida aos trabalhadores e, embora não seja literatura científica, nos parece ilustrar com absoluta clareza o modo de operação, conforme se observa nos fragmentos abaixo:

“Para vestir a camisa, você deve sentir que faz parte de um time. Caso contrário, a situação se complica. É preciso acreditar no que você faz e compreender o objetivo de tanto esforço [...]

[...] O trabalho se torna muito melhor, quando você acredita naquilo que faz. Encare sua relação com a empresa como um casamento [...]

[...]envolva-se, conheça melhor as metas da empresa, invista em novos projetos, melhore seus conhecimentos. Saiba qual a finalidade do que faz e para quem faz. Participe, faça-se ouvir”.

O que é transmitido nos trechos acima citados, em linguagem “jornalística”, parece-nos ser exatamente o que querem dizer as empresas que adotam as NPRH aos trabalhadores, exercendo a sedução. Wagner e Harter (2009), baseados em pesquisa realizada pelo instituto Gallup com um milhão de entrevistas com funcionários cadastrados em seu banco de dados com o objetivo de “descobrir quais perguntas dessas pesquisas – e, portanto, quais aspectos do serviço explicavam melhor as motivações produtivas dos trabalhadores” (p. 11), encontram os supostos 12 elementos

---

<sup>8</sup> Disponível em <http://www.administradores.com.br/noticias/administracao-e-negocios/vestir-a-camisa-da-empresa-ate-que-ponto-isso-e-possivel/6837/>. Visualizado em 30/09/2013.

“capazes de aumentar o comprometimento dos funcionários, traduzindo-o em lucros” (p.10) e denominados pelos autores como os “12 elementos da gestão de excelência”:

1. Sei o que esperam de mim no meu trabalho.
2. Tenho os materiais e equipamentos necessários para realizar o meu trabalho corretamente.
3. No meu trabalho, tenho a oportunidade de fazer o que faço de melhor todos os dias.
4. Nos últimos 7 dias, recebi algum reconhecimento ou elogio por realizar um bom trabalho.
5. Meu supervisor, ou alguém do meu trabalho, parece importar-se comigo como pessoa.
6. Há alguém em meu trabalho que estimula o meu desenvolvimento.
7. No meu trabalho, minhas opiniões parecem contar.
8. A missão/objetivo da minha empresa me faz sentir que o meu trabalho é importante.
9. Meus colegas de trabalho estão comprometidos em realizar um trabalho de qualidade.
10. Tenho um(a) melhor amigo(a) no trabalho.
11. Nos últimos seis meses, alguém em meu trabalho conversou comigo sobre o meu progresso.
12. No último ano, tive a oportunidade de aprender e crescer no meu trabalho (*idem*, p. 10-11).

Embora situe-se no limite entre a literatura popular e a acadêmica, o trabalho de Wagner e Harter nos fornece pistas importantes do *modus operandi* das NPRH. Em primeiro lugar, chama à atenção que o sujeito que parece enunciar os tais 12 elementos é o próprio trabalhador. Em segundo, traz à tona este componente de subjetividade, já citado por Campos e por Lima, como elemento central das referidas políticas.

Para produzir trabalhadores que enunciem esses discursos, as empresas que adotam as NPRH lançam mão de algumas estratégias. Segundo Lima (1995), em sintonia com Campos, o controle é o elemento central das NPRH, sendo exercido pelos seguintes dispositivos:

- A atenção dada ao cliente e a concentração sobre o exterior, consideradas com a ‘via mais rigorosa da auto-disciplina’;

- A pressão exercida pelos pares definida como o mais rigoroso dispositivo de controle;
- O tamanho reduzido das divisões que facilita sua gestão;
- A autonomia outorgada, considerada como produto da disciplina. O trabalhador tem a permissão de usufruir da sua liberdade de uma maneira que corresponda aos objetivos da empresa. Não podemos nos esquecer que este modo de agir, mais permissivo, pode engajar mais fortemente a responsabilidade dos indivíduos;
- Os fundamentos éticos, como a valorização do trabalho, considerado como um dever em relação à comunidade;
- A individualização dos salários e dos assalariados<sup>9</sup>;
- A tentativa de criar o consenso e um ambiente homogêneo (valores, regras e princípios compartilhados);
- O autocontrole que substitui a coerção;
- A conjugação da exigência e da precisão com a flexibilidade;
- A conjugação de dispositivos de controle implícitos [como os acima citados] com outros explícitos (*como a avaliação e o estabelecimento de objetivos*) (LIMA, 1996, p. 39-40) (Grifo nosso).

Os dois autores (Campos e Lima) constroem um cenário em que, embora haja uma aparente democratização e preocupação com o trabalhador, as NPRH se caracterizam pela sedução, pela captura da subjetividade dos mesmos – ou tentativas de captura do trabalho vivo em ato (MERHY, 2007) ou do trabalho real (DANIELLOU, LAVILLE e TEIGER, 1989; DEJOURS, 2004) – substituindo os rígidos controles externos do taylorismo tradicional por variantes internalizadas muito mais potentes, o que em parte explica o sucesso empresarial das organizações que passaram a se utilizar dessas novas formas de gestão do trabalho.

### **1.3. Avaliação do Desempenho do Trabalhador como instrumento de gestão do trabalho**

Lima, no último ponto em que enumera os dispositivos utilizados pelas NPRH,

---

<sup>9</sup> Desta forma, segundo Lima, reduz-se a pressão da organização dos trabalhadores e da reivindicação coletiva, ao passo em que se valoriza uma competição intensa entre os trabalhadores.

cita a avaliação e o estabelecimento de objetivos como dispositivos explícitos de controle sobre o trabalhador. É com este primeiro conceito – dispositivo de controle – que iniciamos a discussão sobre a avaliação do desempenho do trabalhador como parte integrante da gestão do trabalho característica das *Novas Políticas de Recursos Humanos*.

Entretanto, conceituar avaliação não é uma tarefa simples, embora seja um termo com o qual lidamos, intuitivamente, o tempo inteiro. O dicionário Houaiss<sup>10</sup> define o termo como “ato ou efeito de avaliar(-se)” e dá quatro acepções principais: (1) cálculo do valor de um bem ou de bens; (2) valor determinado por quem avalia; (3) apreciação ou conjectura sobre condições, extensão, intensidade, qualidade etc. de algo; e (4) verificação que objetiva determinar a competência, o progresso etc. de um profissional, aluno etc.

Diversos autores têm tentado construir um conceito de avaliação. Silva (2010, p.15) nos fala de “diversas possibilidades de expressão” que “têm gerado uma polissemia conceitual e metodológica”. Dubois, Champagne e Bilodeau (2011, p.19) afirmam que “a avaliação contemporânea é o resultado de um processo contínuo de construção e reconstrução dos meios de produção do conhecimento sobre as intervenções”. Para Guba e Lincoln (2011, p.27),

não existe nenhuma forma ‘correta’ de definir avaliação, pois, se fosse possível encontrar esse sentido, isso poria fim, de uma vez por todas, à discussão sobre como a avaliação deve ser conduzida e sobre quais são seus propósitos”.

A assertiva de Guba e Lincoln nos dá uma pista mais concreta sobre os processos de avaliação, ao definir implicitamente dois critérios comuns: a existência de propósitos e de um modo de condução da avaliação. Furtado e Laperrière (2011, p. 19) nos falam não de uma definição, mas dos componentes essenciais da avaliação: (1) informação; (2) estabelecimento de critérios; (3) julgamento; e (4) tomada de decisão. Sintetizando, podemos afirmar, com base na literatura estudada, que a avaliação serve a um propósito e opera de modos distintos, mas com os quatro componentes

---

<sup>10</sup> Consultada a versão eletrônica, disponível no endereço <http://houaiss.uol.com.br/busca?palavra=avalia%E7%E3o>. Visualizado em 30/09/2013.

essenciais supra-citados, levando em conta as suposições filosóficas predominantes em determinado contexto histórico.

Guba e Lincoln (2011) são reconhecidos pelos diversos autores por proporem uma divisão ou historiografia da avaliação em gerações<sup>11</sup>. A chamada primeira geração é caracterizada, pelos autores, no contexto da necessidade de mensuração dos diferentes atributos de crianças e jovens em idade escolar. Assim, os exames surgem como forma de verificar se e em que grau os estudantes dominam “o que se reconhece como certo” (*idem*, p. 28). As notas são consideradas “provas concretas do aproveitamento dos alunos” (*idem*, p. 29).

Ainda segundo Guba e Lincoln, o surgimento do movimento da administração científica nos setores empresarial e industrial (*taylorismo-fordismo*), deu-se a partir da necessidade de tornar o trabalho humano o mais eficiente e eficaz possível. O uso da avaliação de primeira geração na gestão do trabalho

[...] fundamentou-se expressivamente em pesquisas sobre o tempo e movimento para determinar os métodos de trabalho mais produtivos e em taxas salariais de trabalho por empreitada para que os trabalhadores se sentissem motivados a se submeter a uma disciplina tão fatigante e não gratificante [...] (GUBA e LINCOLN, 2011, p. 32).

A segunda geração surge no contexto em que se evidencia uma deficiência da primeira, ou seja, “uma abordagem de avaliação que não conseguia oferecer outra coisa senão dados sobre os alunos não poderia servir aos propósitos” de avaliar os currículos e métodos de ensino (*idem*, p. 33). Havia a necessidade de “criar uma forma de avaliar se o desenvolvimento dos nossos currículos estava ocorrendo de acordo com o planejado” (*idem*, p. 34).

A avaliação de segunda geração, portanto, é “caracterizada pela *descrição* de padrões de pontos fortes e fracos com respeito a determinados objetivos pré-estabelecidos” (*idem*, p. 35). A mensuração do desempenho dos alunos é incorporada, mas como parte do processo de avaliação das escolas. No campo da saúde, o *Relatório Flexner* constitui exemplo clássico desse momento da avaliação. Segundo

---

<sup>11</sup> Note-se que as duas primeiras gerações são descritas por Guba e Lincoln no âmbito da educação. Para os autores, os modelos e técnicas de avaliação foram inicialmente desenvolvidos no contexto educacional.

Guba e Lincoln, “foi assim que nasceu a avaliação de programas” (*idem, ibidem*).

A terceira geração da avaliação, ainda segundo o referencial de Guba e Lincoln, se caracteriza pela necessidade de avaliar o andamento dos programas enquanto eles acontecem. O contexto era o da guerra fria, quando do envio do *Sputnik* pelos soviéticos ao espaço, abrindo vantagem na corrida espacial, e a necessidade de corrigir rumos durante o andamento dos processos planejados. “Os objetivos, tanto quanto o desempenho, deveriam ser submetidos à avaliação” (*idem, p. 37*).

A avaliação de terceira geração “se caracterizou por iniciativas que visavam alcançar juízos de valor, e na qual o avaliador assumiu o papel de julgador” (*idem, ibidem*), devendo fazer este julgamento durante a execução dos processos planejados e com base nos critérios pré-definidos.

Guba e Lincoln (2011) apontam, como problemas comuns às três gerações descritas, inicialmente, uma tendência ao gerencialismo, uma vez que o conteúdo, objetivos ou critérios são definidos previamente e, geralmente, por agente externo ao objeto (reforçando a alienação do trabalho). O gestor/gerente fica fora da avaliação e é eximido de responsabilidades, que são próprias dos trabalhadores. Aqui vale à pena retomar Marx (2004, p. 90), para quem o trabalho exteriorizado ou alienado abarca duas relações: “a relação do trabalhador com o trabalho e com o produto do seu trabalho e com o não-trabalhador, e a relação do não trabalhador com o trabalhador e com o produto do trabalho deste último”.

O gestor tem o “poder supremo” de determinar as perguntas, a coleta de respostas e a quem os resultados serão divulgados. Tal situação, no entender de Guba e Lincoln, denota uma incapacidade de acomodar o pluralismo de valores, expressando uma dominação dos gestores sobre os trabalhadores: “todo ato de avaliação se torna um ato político. Aliás, todo ato de investigação, seja ele de avaliação, pesquisa ou análise de políticas, torna-se um ato político” (GUBA e LINCOLN, 2011, p. 45).

Um outro problema apontado por Guba e Lincoln (2011) e relacionado às três gerações seria um comprometimento exagerado com o paradigma científico de investigação. Tal situação, na visão dos autores, constitui uma forma de legitimação de

parâmetros que, embora sejam produzidos como expressão política, têm o debate do contraditório e da crítica interdito por estarem travestidos de critérios científicos supostamente “neutros” e “verdadeiros”.

Deste histórico de gerações da avaliação, podemos depreender uma incorporação sucessiva – embora não necessária – de uma pela outra. Atendo-nos especificamente ao seu uso na gestão do trabalho, postulamos que se utiliza uma combinação das características das três gerações. Assim, ao mesmo tempo em que se avalia o desempenho do trabalhador, a partir da comparação de seus resultados com os critérios pré-estabelecidos, se avaliam os programas ou estruturas em que acontece o trabalho e se julga o desenvolvimento das ações planejadas.

Como já reforçado anteriormente, interessa-nos, especificamente, a caracterização do instrumento Avaliação do Desempenho do Trabalhador, que está necessariamente envolvido neste processo ampliado de avaliação de que falamos.

Caetano (*apud* SANTOS, 2010, p.9) vai definir que a avaliação de desempenho “consiste na apreciação formal e sistemática, relativa a um determinado período, do desempenho das pessoas nas funções ou atividades específicas pelas quais são responsáveis”.

Para Lotta (2002, p. 3), “a avaliação de desempenho é um mecanismo que busca conhecer e medir o desempenho dos indivíduos na organização, estabelecendo uma comparação entre o desempenho esperado e o apresentado por esses indivíduos”. Utilizando os conceitos trazidos por Guba e Lincoln, é importante pensarmos, a partir desta definição, com que propósitos e com que modo de condução esta avaliação é realizada nas organizações.

Pierantoni *et al* (2011, p.1629) afirmam que o processo de avaliação de desempenho é “um dos mecanismos para transformações no âmbito funcional [...], podendo ser usado no sentido de averiguar deficiência e proporcionar políticas de desenvolvimento profissional”.

Santos (2010, p. 4) afirma que “a Avaliação de Desempenho e o Sistema de Incentivos constituem dois instrumentos dos Sistemas de Controle de Gestão”. Este,

por sua vez, é definido como sendo “um conjunto de instrumentos que motivem os responsáveis descentralizados a atingirem os objetivos estratégicos da empresa [...], favorecendo a delegação de autoridade e responsabilização” (JORDAN *et al*, *apud* SANTOS, 2010, p. 5).

Ainda segundo Santos, os Sistemas de Controle de Gestão devem ser utilizados para implementar a missão e as orientações estratégicas, através do recurso aos seguintes instrumentos:

- (1) Plano operacional – preparação dos planos operacionais (médio prazo) e dos objetivos indicadores e planos de ação (curto prazo);
- (2) Motivação e influência comportamental – diálogo e alinhamento dos responsáveis nos vários níveis da organização;
- (3) Medição e avaliação de desempenho – avaliação dos vários responsáveis, mediante os resultados que obtiveram em consequência das medidas que implementaram;
- (4) Recompensa e sistema de incentivos – programa de incentivos, ligado à avaliação de desempenho (SANTOS, 2010, p. 5-6).

Entendemos o modelo apresentado por Santos como protótipo do funcionamento das NPRH. Neste contexto, fica evidenciado o papel central que a definição de indicadores (parâmetros, critérios) e a Avaliação do Desempenho do Trabalhador têm, no conjunto do sistema.

Como já vimos, o uso da avaliação como instrumento de gestão do trabalho nos remete a Taylor, quando o mesmo propõe técnicas de racionalização do trabalho, vinculadas ao movimento e ao tempo de execução de tarefas e associadas a uma política de remuneração (bonificação), diferenciada de acordo com o alcance de determinados padrões de produtividade.

Dejours (2004, p.32) afirma que as organizações do trabalho, desde o taylorismo, são “consagradas à divisão social e técnica do trabalho, definindo a cada um tarefas, atribuições e prerrogativas limitadas”. No contexto das NPRH, temos que a Avaliação de Desempenho “passou a fazer parte de um modelo de gestão dos trabalhadores *centrado em resultados*, sendo utilizado para verificar a contribuição do trabalhador, a partir da aplicação de seu conhecimento, capacidades e habilidades” (PHILADELPHO e

MACÊDO, 2007, p.30).

Aqui, vemos emergir um dos pilares que sustentam as NPRH. Com a incorporação dos elementos de mercado, em especial do elemento concorrência, na gestão e nas relações de trabalho, há uma transferência de responsabilidade sobre o resultado da produção do gestor para o trabalhador.

No modelo *taylorista-fordista*, o modo de produção era definido pelo gestor/gerente, de forma que, ao trabalhador, cabia a responsabilidade de executar fielmente a tarefa tal qual lhe foi designada. Nas NPRH, o foco muda para o resultado, para o produto, cabendo ao o trabalhador utilizar seu conhecimento, suas capacidades e habilidades para produzir de maneira eficiente (maior produção, com o menor tempo e o menor custo possíveis) e com qualidade.

Se, no modelo taylorista-fordista, a avaliação se voltava para a precisão dos movimentos e tempo de execução das tarefas, nas NPRH entram em cena critérios muito mais subjetivos, que envolvem o grau de comprometimento e de liderança, a “aplicação de seus conhecimentos, capacidades e habilidades”. Definitivamente reduzido a mercadoria no mercado de trabalho competitivo, o trabalhador deve mostrar-se valioso para a organização, por seus méritos intrínsecos, reconhecidos por meio da Avaliação do Desempenho do Trabalhador.

No mesmo sentido, Souza e Cunha (2013, p. 8) apontam que

a avaliação vem se tornando ferramenta forte de controle da produção, uma vez que a disciplinarização dos corpos, embora não tenha desaparecido, já não ocupa lugar central na organização dos processos de trabalho.

Philadelpho e Macêdo (2007, p. 30) concebem a avaliação de desempenho como um instrumento de poder na gestão de pessoas: “o que interessa ao poder é gerir a vida dos homens, controlá-los em suas ações para que seja possível e viável utilizá-los ao máximo, aproveitando suas potencialidades”

No campo da ergonomia, destaca-se a tese de que há uma diferença entre o que é chamado de trabalho prescrito e o trabalho real. Para Daniellou, Laville e Teiger (1989, p. 7), as empresas “definem, previamente, uma produção, um trabalho, os meios

para realizá-lo: estes são determinados a partir de regras, de normas e de avaliações empíricas. São elementos previstos e, portanto, teóricos”. O trabalho prescrito é definido como

[...] a maneira como o trabalho deve ser executado: o modo de utilizar as ferramentas e as máquinas, o tempo concedido para cada operação, os modos operatórios e as regras a respeitar. Porém, *este trabalho prescrito nunca corresponde exatamente ao trabalho real*, isto é, o que é executado pelo trabalhador (*idem, ibidem*). (Grifo nosso).

Retomando esta discussão sobre o trabalho prescrito e o trabalho real, podemos afirmar que a Avaliação do Desempenho do Trabalhador constitui um instrumento sofisticado de prescrição do trabalho, funcionando de maneira invertida: ao invés de determinar o modo de produção, determina o que se espera do trabalhador e o que se espera do produto, deixando ao trabalhador a responsabilidade do sucesso ou do fracasso da produção, que será devidamente avaliado de forma a premiar ou punir o trabalhador, conforme o seu desempenho individual.

Em um contexto em que as garantias e direitos trabalhistas são progressivamente flexibilizados e o mercado de trabalho se torna cada vez mais competitivo, cabe ao trabalhador fazer perceber o seu valor de mercadoria (força de trabalho) ao capital, e demonstrar que o seu valor é maior que o do trabalhador concorrente.

O arranjo organizacional que coloca os trabalhadores em equipes pequenas que competem entre si também ocasiona uma transferência de responsabilidade que, no taylorismo-fordismo, cabia à gerência: a responsabilidade de controle do trabalho:

a competição entre colegas é habilmente combinada com a cooperação dentro de atividades de pequenos grupos [...] A competição interna se baseia na tentativa de alcance de objetivos individuais, na valorização do sucesso individual e no incentivo à auto-superação. A pressão exercida pelos pares é considerada [...] como uma fonte de motivação mais eficaz que a autoridade do patrão (LIMA, 1996, p. 25).

A competição entre os trabalhadores, portanto, é uma “forma de regulação do comportamento, muito mais eficaz que a velha cenoura e o velho chicote” (EHRENBERG *apud* LIMA, 1996, p. 25). O papel da Avaliação do Desempenho do

Trabalhador na produção desta concorrência não é exclusivo, mas sem dúvida é de grande protagonismo.

É a partir dos resultados das Avaliações do Desempenho do Trabalhador que se desenvolve a política de salários individualizados, “recompensas econômicas conjugadas com recompensas simbólicas e, às vezes, participação do empregado nos lucros ou no capital como pequeno acionista” (LIMA, 1996, p. 24).

Ainda segundo Lima, “a competição entre pares, a avaliação do mérito individual, o salário individualizado, além da exigência de auto-superação” (*idem*, p. 30) são elementos estruturantes das NPRH. E, uma vez mais, a avaliação do desempenho do trabalhador se encontra presente, como “dispositivo explícito de controle”.

Alguns autores, entre os quais destacamos Foucault e Dejours, constroem uma crítica contundente ao que Souza e Cunha (2013) vão chamar de ‘avaliacionismo acrítico’.

Para Dejours (2004, p. 28), o trabalho se define como sendo

aquilo que o sujeito deve acrescentar às prescrições para atingir objetivos que lhe são designados; ou ainda aquilo que ele deve acrescentar de si mesmo para enfrentar o que não funciona quando ele se atém escrupulosamente à execução das prescrições.

A partir desta definição, Dejours amplia o conceito que trouxemos de Daniellou, Laville e Teiger para uma composição em que a própria organização do trabalho também se diferencia entre a real e a prescrita ou projetada pelos gestores. A novidade das NPRH, portanto, para Dejours, reside no reconhecimento e na tentativa – bem sucedida – de captura do trabalho e da organização reais pelo capitalista. O sucesso desta empreitada reside, exatamente, na inversão da prescrição do trabalho e no conjunto de dispositivos criados para uma aproximação subjetiva e objetiva do sujeito trabalhador com a empresa.

A medida desse sucesso é tão grande que Dejours (2004, p. 33) afirma que “com a evolução do trabalho, sob o império das novas formas de organização do trabalho, de gestão e de administração específicos do neoliberalismo é, *nolensvolens*, o futuro do homem que está comprometido”.

Especificamente sobre a Avaliação do Desempenho do Trabalhador, Dejours (2004, p. 30) chega a ser categórico ao afirmar que “o trabalho não pode ser avaliado, porque só aquilo que pertence ao mundo visível é acessível à experimentação científica, podendo ser objeto de uma avaliação objetiva”. E prossegue:

se, por vezes, criticam-se os métodos de avaliação, a maior parte de nossos contemporâneos admite a legitimidade desta última, porque, vencidos pela dominação simbólica das ciências experimentais, pensam que tudo, neste mundo, é avaliável. Se, como vimos, o essencial do trabalho releva da subjetividade, o que é avaliado não corresponde ao trabalho. Numerosas avaliações, por vezes bastante sofisticadas, se comparadas à contribuição real daqueles que trabalham, conduzem ao absurdo e a injustiças intoleráveis. Na verdade, não se sabe bem o que se avalia; mas, com certeza, não é o trabalho. Assim, a avaliação funciona, sobretudo, como um meio de intimidação e de dominação (*idem*, p. 34).

Dejours destaca o que chama de “recurso sistemático à avaliação quantitativa e objetiva do trabalho” (*idem, ibidem*), a individualização e o apelo à concorrência generalizada entre pessoas, equipes e serviços, como princípios da forma neoliberal de organizar o trabalho. Para o autor,

os contratos de objetivos, a avaliação continuada do desempenho, a concorrência entre os agentes e a precarização das formas de emprego, conduzem ao desenvolvimento de condutas desleais entre pares e à ruína das solidariedades (*idem, ibidem*).

Assim como Dejours, Lima, Campos e outros autores já mencionados, Foucault também enxerga a incorporação da concorrência no interior das relações de trabalho como uma marca central dos modos de governo neoliberais. Segundo o autor, “é essa multiplicação da forma ‘empresa’ no interior do corpo social que constitui [...] o escopo da política neoliberal” (FOUCAULT, 2008, p. 203).

Foucault avalia que, ao contrário do que se possa pensar, o modelo neoliberal de governo não pressupõe uma retirada do Estado da economia, mas sim uma entrada da economia como determinante das políticas de Estado. O poder estatal passa, então, a agir deliberadamente, intervindo na sociedade, para garantir os princípios neoliberais. “Em outras palavras, um Estado sob a vigilância do mercado em vez de um mercado sob a vigilância do Estado” (*idem*, p. 159).

Ainda na leitura de Foucault, para o neoliberalismo, o essencial do mercado não se encontra no câmbio, na troca de bens e serviços. “O essencial do mercado está na concorrência” (*idem*, p. 161). Dejours e Foucault se aproximam na medida em que enxergam, na consolidação das NPRH, a determinação da própria constituição do ser humano neste novo contexto, o que faz Dejours avaliar que “o futuro do homem está comprometido”.

Para Foucault, a incorporação da concorrência e da lógica empresarial faz com que se busque a reconstituição do chamado *Homo oeconomicus*. “O *homo oeconomicus* que se quer reconstituir não é o homem da troca, não é o homem consumidor, é o homem da empresa e da produção” (FOUCAULT, 2008, p. 201).

A maneira como a Avaliação do Desempenho do Trabalhador contribui para a reconstituição deste *Homo oeconomicus* empresarial é bem desenvolvida por Souza e Cunha (2013, p. 6). Para estes autores, existe uma ilusão de individualidade e de homem-empresa, que

é construída por uma imensa máquina de “gestão”, que busca tanto estabelecer os parâmetros de “eficiência” como produzir uma subjetividade que valorize esta disposição competitiva e pouco questionadora destes parâmetros e seus formuladores.

A Avaliação do Desempenho do Trabalhador surge, então, como *locus* de apresentação destes parâmetros, aqui travestidos de critérios de avaliação, no contexto de inversão da prescrição do trabalho de que já tratamos. O exercício do poder, neste cenário, se dá pela possibilidade de arbitrar estes parâmetros ou critérios, que é atribuída apenas aos operadores dessa “máquina de gestão” e que, portanto, não é compartilhada pelos trabalhadores.

Conforme já apontaram Guba e Lincoln (2011), tais parâmetros – critérios se revestem, no contexto da avaliação, de uma aura científica e, portanto, de suposta neutralidade, quando em verdade significam uma ação política deliberada. Para Souza e Cunha (2013, p. 7), “a concorrência e o controle sobre a definição dos parâmetros de avaliação podem garantir um grau de alienação e mais valia inimagináveis no início da revolução industrial”.

Buscando uma possibilidade de síntese, temos que, com as NPRH, criam-se condições objetivas e subjetivas de construção de um modo de organizar a gestão do trabalho que se notabiliza por dois fatores principais: (1) a concorrência estabelecida entre os trabalhadores, internalizando o que Foucault chamou de “o escopo da política neoliberal”; e (2) a utilização da Avaliação do Desempenho do Trabalhador como principal instrumento de gestão.

Este instrumento de gestão se caracteriza por inverter a lógica original da prescrição do trabalho no modelo taylorista-fordista, transferindo para o trabalhador a responsabilidade tanto pela produção quanto pelo próprio sucesso ou fracasso na estrutura organizativa do trabalho. Assim como cabia à direção, segundo Taylor, o “desenvolvimento da ciência” de produzir, segue cabendo à direção o “desenvolvimento da ciência” de formular os parâmetros e critérios da avaliação, deixando à iniciativa e à concorrência entre os trabalhadores a tarefa de completar a distância entre a prescrição e a produção, da maneira mais eficiente e com a maior qualidade possível capturando, portanto, o trabalho real ou trabalho vivo em ato.

#### **1.4. Avaliação do Desempenho no Serviço Público**

A utilização deste recurso administrativo ou gerencial nas empresas está suficientemente demonstrada (ANTUNES, 1995; LIMA, 1996; ANTUNES e ALVES, 2004; DEJOURS, 2004; FADEL e RÉGIS FILHO, 2009; SPILKI *et al*, 2009 e SANTOS, 2010) na literatura.

Para fecharmos este Capítulo, consideramos pertinente trazer alguns elementos sobre a Avaliação do Desempenho no âmbito do serviço público. Segundo Heinrich (2010, p. 53), “a prestação de contas (*accountability*) – ao Legislativo, aos contribuintes e aos grupos de interesse dos programas – é um dos principais objetivos da avaliação de desempenho do setor público”.

No Brasil, é um dos elementos fundamentais, apontados por Bresser Pereira (1996) da transição da administração pública burocrática à gerencial. Lotta (2002),

Fontenele (2010) e Fonseca e Vieira (2011), entre outros autores, nos colocam a par de experiências do uso da Avaliação do Desempenho do Trabalhador que vêm acontecendo, há algum tempo e em diversos cenários, no Sistema Único de Saúde pelo Brasil.

Previsto em diversas legislações<sup>12</sup> específicas de planos de carreira federais, a Avaliação do Desempenho foi regulamentada pelo Decreto 7.133, de 19 de março de 2010 (BRASIL, 2010), que “regulamenta os critérios e procedimentos gerais a serem observados para a realização das avaliações de desempenho individual e institucional e o pagamento das gratificações de desempenho” previstas nessas legislações.

Pelo Decreto presidencial, fica assim estabelecido (Art. 2º, inciso I) o conceito de Avaliação de Desempenho:

monitoramento sistemático e contínuo da atuação individual do servidor e institucional dos órgãos e das entidades de lotação dos servidores integrantes dos planos de cargos e de carreiras abrangidos pelo art. 1º, tendo como referência as metas globais e intermediárias destas unidades (BRASIL, 2010).

O Decreto é extenso e detalhado, no que se refere aos critérios e procedimentos a serem realizados para dar cabo das avaliações de desempenho. Chama particular atenção, além da definição de critérios e metas, como esperado, ficar a cargo das chefias o rol de atributos a serem avaliados nos servidores, explicitados no art. 4º, em seus parágrafos 1º e 2º:

- Produtividade no trabalho, com base em parâmetros previamente estabelecidos de qualidade e produtividade;
- Conhecimento de métodos e técnicas necessários para o desenvolvimento das atividades referentes ao cargo efetivo na unidade de exercício;
- Trabalho em equipe;

---

<sup>12</sup>Leis nºs 9.657, de 3 de junho de 1998; 10.484, de 3 de julho de 2002; 10.550, de 13 de novembro de 2002; 10.551, de 13 de novembro de 2002; 10.682, de 28 de maio de 2003; 10.768, de 19 de novembro de 2003; 10.871, de 20 de maio de 2004; 10.883, de 16 de junho de 2004; 11.046, de 27 de dezembro de 2004; 11.090, de 7 de janeiro de 2005; 11.095, de 13 de janeiro de 2005; 11.156, de 29 de julho de 2005; 11.171, de 2 de setembro de 2005; 11.233, de 22 de dezembro de 2005; 11.344, de 8 de setembro de 2006; 11.355, de 19 de outubro de 2006; 11.356, de 19 de outubro de 2006; 11.357, de 19 de outubro de 2006; 11.784, de 22 de setembro de 2008; 11.890, de 24 de dezembro de 2008 e 11.907, de 2 de fevereiro de 2009 (BRASIL, 2010).

- Comprometimento com o trabalho;
- Cumprimento das normas de procedimentos e de conduta no desempenho das atribuições do cargo;
- Qualidade técnica do trabalho;
- Capacidade de autodesenvolvimento;
- Capacidade de iniciativa;
- Relacionamento interpessoal;
- Flexibilidade às mudanças (*idem*).

Por fim, e ainda sem explorar totalmente o conteúdo do Decreto, queremos destacar o artigo 12: “as avaliações de desempenho individual e institucional serão utilizadas como instrumento de gestão, com a identificação de aspectos do desempenho que possam ser melhorados [...]” (*ibidem*).

Desta forma, é impossível não considerar em definitivo a incorporação, por parte da administração pública brasileira, desse instrumento de gestão do trabalho. Repare-se que a lista de critérios para avaliação de desempenho apresentada no Decreto 7.133/2010 apresenta muita semelhança com os dispositivos das NPRH (LIMA, 1996), de forma a nos permitir a conclusão de que o perfil do trabalhador esperado no serviço público é sobremaneira similar ao perfil desenhado para o setor privado.

Heinrich (2010) realiza um interessante trabalho de reconstituição histórica dos mecanismos de avaliação de desempenho utilizados no setor público, chegando à conclusão similar de que se aproximam esses mecanismos, nas últimas décadas, aos utilizados pelas empresas de “terceiro tipo” – ou seja, que utilizam as NPRH.

Para Alencar, Pereira e Ramos (2012, p.15), quando falamos de Avaliação de Desempenho no âmbito da gestão pública, “deve-se entendê-la como um processo de identificação, observação, medição e aprimoramento do desempenho dos indivíduos, cuja finalidade é alinhá-los aos objetivos da organização”.

Romzek define essas novas metodologias de avaliação de desempenho como sistemas de “*accountability* profissional” e faz a importante ressalva de que os mesmos deixam os trabalhadores sujeitos ao arbítrio dos gestores, “considerando-se que atuam dentro de parâmetros amplos, em vez de [terem] a atenção focada destinada a garantir

a conformidade a regras e diretrizes organizacionais detalhadas” (ROMZEK, *apud* HEINRICH, 2010, p. 60). O gerenciamento do desempenho dos servidores públicos, assim colocado, transcende a “documentação dos resultados explícitos do governo” (HEINRICH, 2010, p. 70), ou seja, a ideia de prestação de contas à sociedade (*accountability*).

Bosi e Mercado-Martínez (2011, p. 44) afirmam que, no século XXI, predominam dois modelos avaliativos: “um, de natureza tradicional, prescritivo e, não raro, desenvolvido pela academia em parceria com agências sanitárias internacionais; outro, de surgimento mais recente, se pretende mais inclusivo e participativo”.

Os autores procuram fazer uma diferenciação entre os modelos de avaliação com que temos nos deparado até o momento – os de natureza tradicional – e os que se pretendem mais inclusivos e participativos. Estes últimos podem ser agrupados no que Guba e Lincoln (2011) vão chamar de “avaliação de quarta geração”.

Esta se caracteriza fundamentalmente por ser “responsiva ou respondente”: “uma forma diferente de focalizar uma avaliação, escolher os parâmetros e limites da avaliação” (GUBA e LINCOLN, 2011, p. 47), por meio de um processo interativo e negociado, que envolve os grupos de interesse em questão. Os autores vão utilizar o termo “avaliação construtivista responsiva” para designar, então, este modelo.

Outra característica fundamental deste tipo de avaliação, dito de quarta geração, é seu caráter hermenêutico, interpretativo, em que o paradigma científico da “realidade externa” cede lugar à pactuação de um ativamente determinado ponto de vista (GUBA e LINCOLN, 2011).

Mais uma vez, temos reforçado o entendimento de que o que vai caracterizar um processo avaliativo é, principalmente, a definição de parâmetros e o modo de condução da avaliação. Este processo será um instrumento de dominação, um instrumento de poder (PHILADELPHO e MACÊDO, 2007), na medida em que reforce a alienação do trabalho, ou seja, na medida em que se faça uma cisão entre quem prescreve o trabalho e quem executa o trabalho (considerando a prescrição inversa via avaliação do desempenho). Ou será um instrumento de libertação ou de democracia organizacional

(CAMPOS, 2007), na medida em que aproxime quem executa o trabalho das tarefas de planejamento e definição do trabalho.

A utilização desses métodos de Avaliação do Desempenho do Trabalhador como instrumento de gestão na iniciativa privada se reveste de sentido quando se pensa em maximizar a exploração do trabalho, produzindo mais-valia e, portanto, lucro (MARX, 2004; CARCANHOLO, 2007). Entretanto, qual seria o papel do uso de procedimento similar no âmbito do serviço público que, em tese, não se propõe a produzir mais-valia ou lucro?

A resposta para tal questão, em nossa visão passa, necessariamente, por um Estado a serviço do Capital, privatizado. A Avaliação do Desempenho do Trabalhador servidor público vai se caracterizar, então, como um processo de privatização – aqui definida como a incorporação da lógica de mercado – do serviço público.

Trataremos, nos próximos Capítulos, de analisar a introdução deste instrumento de gestão no âmbito do setor público, mais especificamente incidindo sobre os servidores públicos que trabalham na Atenção Básica à Saúde, por meio da análise dos documentos oficiais e públicos que suportam o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica, do Ministério da Saúde, e o Programa de Avaliação Periódica do Desempenho dos servidores públicos municipais de Campinas.

Antes, porém, teceremos algumas considerações sobre a especificidade do trabalho e da gestão do trabalho no âmbito da Atenção Básica à Saúde.

## – CAPÍTULO II –

### **Atenção Básica à Saúde: algumas considerações sobre as especificidades do trabalho e da gestão**

Este capítulo visa tecer algumas considerações sobre a Atenção Básica à Saúde, em particular em relação às especificidades do trabalho e da gestão. Entendemos estas considerações como necessárias, uma vez que o objeto desta pesquisa é a análise de dois programas governamentais que, simultaneamente, incidem sobre um mesmo grupo de trabalhadores: os servidores públicos lotados em equipamentos de Atenção Básica à Saúde do SUS em Campinas (SP).

Segundo Coelho, uma das primeiras propostas de constituição de uma rede de Atenção Básica à Saúde foi concebida por Bertrand Dawson em 1920, que propunha uma organização “dos serviços de saúde, a partir de profissionais generalistas que seriam responsáveis por implementar ações tanto curativas quanto preventivas, com serviços organizados local e regionalmente, por níveis de atenção” (COELHO, 2010, p. 114).

O *Informe Dawson* marcou a reorganização do sistema de saúde no Reino Unido, e até hoje constitui um referencial fundamental para a formulação de modelos alternativos ao *modelo médico hegemônico*<sup>13</sup>. Com a Conferência de Alma-Ata, realizada em 1978 no Cazaquistão, a proposta da Atenção Básica à Saúde ganha o reconhecimento da Organização Mundial de Saúde, dentro do programa Saúde para Todos no Ano 2000 (*idem*, p. 108).

Este conceito, que procurava dar ênfase na prevenção de doenças e na promoção da saúde, pressupõe ainda a participação comunitária, a intersetorialidade para a abordagem dos determinantes sociais das doenças, a atuação em equipes multidisciplinares, incorporando toda uma racionalidade no uso de dispensação de serviços de saúde que revaloriza

---

<sup>13</sup>Adotamos aqui a definição de Franco e Magalhães Jr, para quem “o modelo médico hegemônico é aquele que se desenvolveu a partir do ‘Relatório Flexner’, que analisou o ensino médico nos EUA em 1910, produzindo uma ampla reforma na formação médica, voltando-a para o campo de pesquisa biológica e da especialização sobre o corpo. A clínica flexneriana se tornou hegemônica, influenciando a modelagem dos serviços de saúde, que passaram a operar por processos de trabalho centrados no saber e na pessoa do médico” (FRANCO e MAGALHÃES JR, 2004, p.4).

o conjunto de profissionais que trabalham na atenção primária, incluindo aí os médicos generalistas ou a medicina de família (*idem, ibidem*).

De acordo com Campos (1991), esta alternativa ao modelo médico hegemônico se consolida justamente no contexto da grande crise do capitalismo global da década de 1970, quando o referido modelo entra também em crise:

crise financeira, na medida em que o Estado não consegue mais arcar com aquele padrão de gastos e com a contínua expansão da cobertura imposta pela dinâmica social [...]. Crise política, uma vez que com as medidas de contenção de despesas adotadas pelo Estado acentua-se o descontentamento e as pressões dos produtores privados de saúde, dos médicos e do conjunto de trabalhadores de saúde. E, finalmente, crise de legitimidade, tendo em vista que o modelo adotado sempre privilegiou a quantidade de serviços prestados em detrimento de sua eficácia, contribuindo para a extensão do processo de “medicalização” hoje característico do modo de produção de serviços de saúde (CAMPOS, 1991, p. 48-49).

A implantação de uma política de Atenção Básica, mesmo que mantendo os princípios de racionalidade e economicidade propostos por Dawson (COELHO, 2010), pode tanto servir como um exemplo estatal da reengenharia de produção que marcou o enfrentamento da grande crise do capitalismo dos anos 1970 – ou seja, a forma como os governos e a saúde pública reorganizaram sua estrutura para adaptar-se às novas condições econômicas – quanto significar um real enfrentamento do modelo médico hegemônico, desde que signifique uma real opção política pelo pleno direito à saúde, com os pressupostos de universalidade e integralidade.

Conforme já discutido na Introdução, o Brasil vivenciou, em um período muito curto, os dois lados desta moeda. Por um lado, há uma vitória do movimento da Reforma Sanitária Brasileira, ao inscrever na Constituição de 1988 o direito à saúde, com os princípios da universalidade, integralidade, equidade e controle social. Por outro lado, já em 1989, acontece a vitória eleitoral<sup>14</sup> de Fernando Collor e, no ano seguinte, tem início o processo de Contra-Reforma neoliberal do Estado Brasileiro.

Segundo Gil (2006, p. 1179), a Atenção Básica no Brasil, principalmente a partir

---

<sup>14</sup> Aqui, é importante lembrar que a plataforma eleitoral do então candidato Fernando Collor incluía, como elemento central, a “caça aos marajás”. Estes seriam os servidores públicos, que dispunham de privilégios muito acima dos direitos da classe trabalhadora do setor privado, regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho.

do Programa de Saúde da Família implantado a partir de 1994,

por ter sido implementada num contexto no qual a expansão da cobertura veio acompanhada das propostas de contenção do financiamento, teve seus pressupostos estruturantes de um novo modelo (universal, equânime, inclusivo, integral) obscurecidos pelo ideário neoliberal racionalizador (focalização, baixo custo, pacote básico, excludente).

A Atenção Básica concebida como “pacote básico” de saúde constitui, portanto, a formação de um subsistema “pobre para pobres” – ou, na melhor definição de Donnangelo, “o isolamento do pobre como objeto de uma prática médica diferenciada, passível de coexistir com outras formas de práticas destinadas a outras categorias sociais” (DONNANGELO, 2011, p. 125).

Tal ideia encontra guarida teórica na visão de uma tendência do campo da Saúde Coletiva, que toma, segundo Campos *et al* (2010, p. 149), “o trabalho médico como intrinsecamente comprometido com a reprodução e manutenção do capitalismo, não reconhecendo méritos na clínica individual”. A tendência à qual os autores se referem é a chamada “Programação em Saúde” que, segundo Campos (1991, p. 57), tem como eixo principal “a hipótese de que haveria uma contraposição entre a atenção individual e a Saúde Pública”. Tal tendência não propõe a “saúde pobre para pobres”, longe disto. Mas termina por se constituir em um referencial teórico que, devidamente manipulado, pode ser apropriado pelos defensores do “pacote básico de saúde”.

É o que, em nossa visão, aconteceu no Brasil. Apropriando-se das teses das ações programáticas em saúde, o modelo da Atenção Básica que se implanta massivamente no Brasil, a partir de 1994, através do Programa Saúde da Família, é composto por uma série de programas específicos com foco nas doenças infectocontagiosas e nas condições de saúde que possuem alta relevância na composição dos indicadores gerais de saúde: vacinação, atenção materno-infantil (pré-natal, puerpério e puericultura), controle da tuberculose e da hanseníase, controle das doenças crônicas não transmissíveis (especialmente Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabete Melito), além de ações de promoção e prevenção mais genéricas (ou menos focalizadas).

De qualquer forma, o Programa de Saúde da Família firmou vários elementos da

Atenção Básica brasileira, como a lógica de equipes multiprofissionais de referência (compostas minimamente por 1 médico, 1 enfermeiro, 1 técnico/auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde). Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, moradoras de um território delimitado, e foram as principais responsáveis pela efetiva ampliação do acesso – ainda que limitado – da população brasileira à assistência à saúde nos primórdios do SUS.

Estudo realizado pelo Ipea em 2010 e publicado em 2011 – portanto antes da adoção do PMAQ-AB – trata da percepção da qualidade dos serviços de Saúde. A pesquisa, denominada SIPS<sup>15</sup> Saúde, teve como “objetivo principal avaliar a percepção da população sobre serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 2011b, p. 3).

O resultado da pesquisa mostra que

80,7% dos entrevistados que tiveram seu domicílio visitado por algum membro da Equipe de Saúde da Família opinaram que o atendimento prestado é muito bom ou bom. Apenas 5,7% dos entrevistados opinaram que esse atendimento é ruim ou muito ruim (BRASIL, 2011b, p. 6).

Considerando que a Estratégia de Saúde da Família é o arranjo preferencial de organização da Atenção Básica à Saúde no Brasil, os resultados da SIPS Saúde permitem pensar que, ao menos com relação à satisfação dos usuários, o Programa Saúde da Família foi de alguma forma exitoso no Brasil.

Devido à diretriz administrativa da descentralização, os municípios brasileiros tinham (têm) certa autonomia para desenvolver seus próprios sistemas de saúde. Se este foi o modelo majoritário de implantação da Atenção Básica no Brasil, alguns municípios desenvolveram outros formatos, em que foi possível extrapolar essa visão programática e focalizada. Entre estes municípios, Campinas se destaca e constitui sede de várias experiências de rede de atenção básica à saúde, desde a década de 1970 – antes mesmo da Conferência de Alma-Ata.

Segundo L'Abbate, na década de 1970, iniciou-se na cidade a implantação e ampliação da rede de postos de saúde municipais, na perspectiva do modelo da

---

<sup>15</sup> Sigla para Sistema de Indicadores de Percepção Social (BRASIL, 2011b).

medicina comunitária. “Assim, entre 1977 e 1978, foram instalados 16 postos de saúde municipais em bairros de periferia, que vieram a somar-se a quatro postos já existentes” (L’ABBATE, 2010, p. 113).

Ainda segundo L’Abbate, esta rede ainda era incipiente e “o atendimento à população tendia a permanecer no nível do que se convencionou chamar de ‘medicina de pobre’” (*idem, ibidem*).

Esta rede foi aumentando paulatinamente nos anos 1980 e, no final desta década, tornou-se referência nacional ao implantar, a partir de 1989, um modelo de sistema de saúde que ficou conhecido como modelo *em defesa da vida*, tendo Gastão Wagner de Sousa Campos como Secretário Municipal de Saúde. Para Coelho, este modelo, “em linhas gerais, quanto à organização de serviços e de sua articulação interna, [o modelo em defesa da vida] assemelha-se muito ao que foi proposto por Dawson no Reino Unido no começo do século XX” (COELHO, 2010, p.120).

O que ele trouxe de inovador, no Brasil, foi a necessidade de se buscar, além de uma reforma da estrutura da rede de serviços, o reconhecimento da necessidade de incluir o atendimento individual, de demanda espontânea do usuário. Para isto, uma reforma do modo de se praticar a clínica também se fazia necessária.

Para alterar o trabalho da clínica é preciso alargar seu escopo. A clínica em seu formato atual reduziu seu objeto e vê apenas a doença e seus impactos biológicos. Para alargá-la é necessário que também passe a abarcar os aspectos subjetivos e sociais. Não ter como objeto apenas a doença, mas o doente (COELHO, 2010, p. 121).

O modelo *em defesa da vida*, implantado inicialmente em Campinas e em algumas cidades como Betim (MG) trazia, como questão central, a incorporação da clínica e da atenção individual para o rol de atividades que seriam desenvolvidas nos equipamentos de atenção básica. Esta clínica, contudo, não poderia ser uma reprodução da clínica da medicina liberal. Precisaria ser uma ‘*clínica ampliada e compartilhada*’ (CAMPOS, 2007b).

Campinas foi sede, ainda, de um segundo movimento, a partir de 2001, de grande importância para a composição da Atenção Básica da forma como ela está hoje

estruturada no Brasil. Tratava-se da implantação do Projeto Paidéia de Saúde da Família, em um momento em que, uma vez mais, Gastão Wagner era o Secretário Municipal de Saúde. O novo projeto tentava fazer uma síntese dos avanços conquistados com o modelo *em defesa da vida* com a estrutura proposta pelo Programa Saúde da Família motivado, em parte, pela necessidade de ampliar o financiamento federal que, àquela época, para a atenção básica, era vinculado ao modelo saúde da família.

O Projeto Paidéia manteve a perspectiva da *clínica ampliada*, alçada à condição de diretriz. As outras diretrizes eram o cadastramento e vinculação de famílias à equipe local de referência; acolhimento e responsabilização; sistema de co-gestão; e investimento em capacitação, com objetivo de ampliar a clínica e modificar o processo de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde (CAMPOS, 2007b).

Muitas das diretrizes, arranjos e dispositivos utilizados no Projeto Paidéia, na *defesa da vida* e em outras experiências locais – bem como na experiência e referências internacionais (STARFIELD, 2012) foram aproveitados e se encontram, hoje, incorporados na PNAB – Política Nacional de Atenção Básica, lançada em 2011 e que, atualmente, determina as diretrizes nacionais da Atenção Básica. Pela PNAB,

a atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012e, p. 19).

A atenção básica brasileira “orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social” (*idem*, p. 19-20). E apresenta as seguintes diretrizes e fundamentos:

- Ter território adstrito sobre o mesmo, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e nos

determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território, sempre em consonância com o princípio da equidade;

- Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde. O estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde que parte do princípio de que a unidade de saúde deva receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes. O serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos desta, ou ainda se responsabilizar pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede. A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade são fundamentais para a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção;
- Adscriver os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. A adscrição dos usuários é um processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado. O vínculo, por sua vez, consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico. A longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários, ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários, ajustando condutas quando necessário, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado;
- Coordenar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integrando as ações programáticas e demanda espontânea; articulando as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em

equipe; realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção. A presença de diferentes formações profissionais, assim como um alto grau de articulação entre os profissionais, é essencial, de forma que não só as ações sejam compartilhadas, mas também tenha lugar um processo interdisciplinar no qual progressivamente os núcleos de competência profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum de competências, ampliando, assim, a capacidade de cuidado de toda a equipe. Essa organização pressupõe o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos e profissionais para um processo centrado no usuário, onde o cuidado do usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica; e

- Estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social. A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos “atenção básica” e “Atenção Primária à Saúde”, nas atuais concepções, como termos equivalentes. Associa a ambos: os princípios e as diretrizes definidos neste documento. A Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica. A qualificação da Estratégia Saúde da Família e de outras estratégias de organização da atenção básica deverá seguir as diretrizes da atenção básica e do SUS, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locais e regionais (BRASIL, 2012e, p. 20-23).

Fizemos a opção de reproduzir integralmente este extenso conjunto de diretrizes e fundamentos em respeito ao que, imaginamos, tenha sido um grande trabalho de consolidar todas as diretrizes nacionais e internacionais da Atenção Básica, e também pela conveniência de tê-las sintetizadas no contexto deste Capítulo, uma vez que não é nosso objetivo uma descrição detalhada da PNAB, mas sim buscar os elementos que determinam a especificidade do trabalho e da gestão.

Neste sentido, é ainda relevante citar que a PNAB, filiando-se ao modelo proposto por Dawson, coloca a atenção primária como ordenadora da Rede de Atenção à Saúde, cabendo-lhe as funções de ser a base da rede (porta de entrada preferencial e participante permanente do cuidado), ser resolutiva e ser a coordenadora do cuidado,

elaborando e executando projetos terapêuticos singulares e acompanhando e organizando o fluxo do usuário nas linhas de cuidado e demais níveis de atenção (BRASIL, 2012e).

Faremos agora uma segunda citação longa, em que a PNAB prescreve as características do processo de trabalho das equipes de atenção básica:

I - Definição do território de atuação e de população sob responsabilidade das UBS e das equipes;

II - Programação e implementação das atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades de saúde da população, com a priorização de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde segundo critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência. Inclui-se aqui o planejamento e organização da agenda de trabalho compartilhado de todos os profissionais e recomenda-se evitar a divisão de agenda segundo critérios de problemas de saúde, ciclos de vida, sexo e patologias, dificultando o acesso dos usuários;

III - Desenvolver ações que priorizem os grupos de risco e os fatores de risco clínico-comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças e danos evitáveis;

IV - Realizar o acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade, tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea e o primeiro atendimento às urgências;

V - Prover atenção integral, contínua e organizada à população adscrita;

VI - Realizar atenção à saúde na Unidade Básica de Saúde, no domicílio, em locais do território (salões comunitários, escolas, creches, praças etc.) e em outros espaços que comportem a ação planejada;

VII - Desenvolver ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, e na busca por qualidade de vida pelos usuários;

VIII - Implementar diretrizes de qualificação dos modelos de atenção e gestão, tais como a participação coletiva nos processos de gestão, a valorização, fomento à autonomia e protagonismo dos diferentes sujeitos implicados na produção de saúde, o compromisso com a ambiência e com as condições de trabalho e cuidado, a constituição de vínculos solidários, a identificação das necessidades sociais e organização do serviço em função delas, entre outras;

IX - Participar do planejamento local de saúde, assim como do monitoramento e avaliação das ações na sua equipe, unidade e município, visando à readequação do processo de trabalho e do planejamento diante das necessidades, realidade, dificuldades e possibilidades analisadas;

X - Desenvolver ações intersetoriais, integrando projetos e redes de apoio social voltados para o desenvolvimento de uma atenção integral;

XI - Apoiar as estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social; e

XII - Realizar atenção domiciliar destinada a usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, que necessitam de cuidados com menor frequência e menor necessidade de recursos de saúde, e realizar o cuidado compartilhado com as equipes de atenção domiciliar nos demais casos (BRASIL, 2012e, p. 40-43).

A estas doze 'características' do processo de trabalho das equipes de atenção básica somam-se mais treze atribuições comuns a todos os profissionais e mais 61 atribuições específicas, divididas entre as categorias profissionais que compõem estas equipes. Fazemos esta citação numérica para termos uma dimensão do tamanho e da dificuldade de operar este trabalho. Lembrando dos conceitos de trabalho prescrito e trabalho real (DANIELLOU, LAVILLE e TEIGER, 1989; DEJOURS, 2004), interessa-nos tentar entender como os trabalhadores da atenção básica brasileira fazem para transformar todas essas diretrizes, fundamentos e tarefas prescritas em trabalho real.

Da mesma forma, interessa-nos entender, também, os mecanismos de gestão envolvidos para tentar viabilizar e controlar a transformação da política em trabalho, na assistência à saúde efetivamente prestada à população.

Diversos autores, entre os quais destacamos Campos e Merhy, têm construído o debate acerca das características e da especificidade da gestão e do trabalho em saúde.

Merhy e Franco (2003, p.316) consideram que "ao realizar o cuidado, o trabalhador opera um núcleo tecnológico no seu processo de trabalho, composto por Trabalho Morto (instrumental) e Trabalho Vivo em ato". O Trabalho Morto seria então caracterizado pela utilização das tecnologias duras (máquinas, exames, equipamentos médicos) e leve-duras (protocolos, modelos operacionais), e o Trabalho Vivo caracterizado pela utilização das tecnologias leves, de característica relacional, que são singulares em cada encontro profissional-paciente.

Os autores têm como pressuposto que “o trabalho em saúde é sempre relacional, porque dependente do Trabalho Vivo em ato, isto é, o trabalho no momento em que este está produzindo” (MERHY e FRANCO, 2003, p. 318). Embora utilize as tecnologias duras e leve-duras, e elas sejam instrumentos fundamentais do trabalho em saúde, estes autores observam “que o instrumental e Trabalho Vivo estão juntos no processo de trabalho, mas ao mesmo tempo, TV [Trabalho Vivo] exerce hegemonia sobre o TM [Trabalho Morto]” (*idem*, p. 319).

Se estas observações são pertinentes ao campo do trabalho em saúde, entendemos que elas são potencializadas na especificidade do trabalho na Atenção Básica à Saúde. Primeiro, porque a presença de tecnologia dura é substancialmente menor que nos outros níveis de atenção, notadamente o hospital. Segundo, porque as diretrizes da longitudinalidade e do vínculo – e elas se impõem na ABS – promovem uma relação duradoura da equipe com o usuário, deixando marcas em ambos. Terceiro, porque o rol de demandas dos usuários incluem tamanha singularidade, oriunda das suas histórias de vida e contextos territoriais, familiares e comunitários únicos, que torna praticamente impossível uma gestão protocolar<sup>16</sup> do cuidado.

Esse conjunto ampliado de demandas e de tecnologias (duras, leve-duras e leves) de cuidado disponíveis, associada à incorporação – já adotada como parte da PNAB – da atenção individual e das demandas espontâneas ao trabalho da Atenção Básica, além das mudanças do perfil de morbimortalidade decorrentes da transição demográfica e da minoração das desigualdades sociais, faz com que seja necessária uma crescente incorporação de complexidade ao trabalho da Atenção Básica.

Ao mesmo tempo, e com tantas diretrizes e normas disponíveis, o trabalhador de saúde, ao produzir cuidado, o faz no encontro singular com o usuário, e em um espaço protegido que foge ao controle da gestão. Para Merhy,

o trabalhador de saúde opera em um espaço de "autogoverno" que lhe dá inclusive a possibilidade de "privatizar" o uso deste espaço, conforme o modelo tecnoassistencial, sem ter que prestar conta do que e do como

---

<sup>16</sup> A este respeito, Cunha produz um interessante debate sobre o uso dos protocolos na Atenção Básica, e apresenta a tecnologia dos “antiprotocolos”, que podem ser entendidos tanto como “uma oferta gerencial às equipes de Atenção Básica com clientela adscrita” quanto “como um método de trabalho das equipes na Atenção Básica” (CUNHA, 2004, p. 152).

está atuando (MERHY, 1997, p. 2).

O maior espaço de “autogoverno” de que fala Merhy gera, necessariamente, uma diferença significativa entre o trabalho prescrito e o trabalho real desempenhado pelo profissional de saúde.

Neste sentido, o desafio para a gestão deste trabalho – principalmente se considerado o modo tradicional de gestão, à la Fayol, que vê a “administração como um processo de planejamento, organização, comando, coordenação e controle” (MAXIMINIANO, 2000, p. 60) – torna-se igualmente mais complexo.

Como exercitar o planejamento, a organização, o comando, a coordenação e o controle de um processo que é absolutamente singular e que ocorre em um espaço protegido? Sem dúvidas, quando se pensa a gestão desta maneira, este é o grande desafio imposto à gestão do trabalho na Atenção Básica.

Uma das respostas a este desafio tem sido a implantação de protocolos e *guidelines*, sempre que possível amparados na *Medicina Baseada em Evidências* (MBE). Esta, a exemplo da programação em saúde, se apóia na epidemiologia clínica e em estudos de meta-análise para designar, com respaldo científico, que condutas são apropriadas e produzem melhores resultados.

O uso dos protocolos e da MBE constituem uma tentativa de invadir o espaço protegido (de auto-governo) em que acontece o encontro do profissional de saúde com o paciente, prescrevendo o trabalho neste nível. Uma crítica a esta utilização é produzida por Starfield, e diz respeito à confiabilidade: “embora milhares de diretrizes tenham sido desenvolvidas por muitos grupos profissionais, normativos e de pesquisa, muitas vezes eles são inconsistentes entre si mesmos, indicando assim a imperfeição na qual são baseadas” (STARFIELD, 2002, p. 462). Cunha conclui, então, que

[...] a MBE é mais uma ferramenta da epidemiologia clínica que os profissionais da Atenção Básica deverão utilizar com as devidas reservas e críticas, mas que não dá conta de responder à singularidade de cada situação apresentada na Atenção Básica (CUNHA, 2004, p. 149).

Uma outra ponderação a ser feita é sobre os mecanismos de controle que

operam através dos protocolos baseados em evidências: embora tenham a pretensão de normatizar o encontro do profissional de saúde com o usuário, não autorizam à gestão adentrar neste espaço protegido, e permitem um controle apenas indireto (por meio de auditorias clínicas, análise de prontuários e prescrições etc.). Portanto, dentro da prática tradicional de gestão, é praticamente impossível romper com o auto-governo dos profissionais de saúde, em especial dos que trabalham na Atenção Básica à Saúde.

As alternativas ao modelo tradicional de gestão passam, necessariamente, pelo reconhecimento de que esse espaço protegido é impenetrável. A partir desta constatação, há duas possibilidades: ou se inclui o trabalhador de saúde no espaço da gestão, reconhecendo-o como sujeito protagonista e portador de ideologia, desejos, interesses e necessidades – como no Método da Roda (CAMPOS, 2007a) – ou se utilizam as NPRH<sup>17</sup>.

Iniciemos a discussão com a primeira possibilidade. Campos (1998, 2007a) trabalha com a perspectiva de uma efetiva democratização das instituições e da própria sociedade:

a democracia é uma reforma social, produto da práxis [...] e produtora de sujeitos. Não há democracia sem a intervenção deliberada de Sujeitos concretos. A democracia é, pois, um produto social. Depende da correlação de forças, do confronto entre movimentos sociais e poderes instituídos. Depende da capacidade social de se construírem espaços de poder compartilhado: rodas. A existência desses espaços é um sinal de democracia. A democracia é, portanto, a possibilidade de exercício do Poder: ter acesso a informações, tomar parte em discussões e na tomada de decisões. A democracia é, ao mesmo tempo, uma construção e uma instituição [...]. A construção de sociedades e de instituições democráticas depende da política em seu sentido mais amplo [...]. Alterar as relações entre dominantes e dominados. O Poder como resultado e como relação. A possibilidade de acesso à riqueza, à justiça. [...] à capacidade de co-produzir Necessidades Sociais, Compromissos e Contratos, valeria acrescentar. A instituição de sistemas de co-gestão (CAMPOS, 2007a, p. 41-42).

Depreendemos que, na visão de Campos, a democracia é um processo permanente de institucionalização, uma construção social. Segundo Cavalcanti, “o

---

<sup>17</sup>Em especial, o instrumento de prescrição invertida do trabalho, que se materializa nos processos de Avaliação do Desempenho do Trabalhador (como pretendemos discutir mais adiante, no Capítulo IV).

aprendizado democrático se constitui [...] a partir da participação política das pessoas nas decisões que incidem, diretamente ou não, no cotidiano de suas vidas” (CAVALCANTI, 2010, p. 22). E se há uma dimensão que definitivamente faz parte do cotidiano da vida do trabalhador, esta é a dimensão do trabalho.

A co-gestão seria, então, um sistema de efetiva democratização das instituições. Ainda segundo Campos (2007a, p. 14), o exercício do co-governo tem três funções básicas:

- uma clássica, de administrar e planejar processos de trabalho visando a produção de valores de uso;
- outra de caráter político, a co-gestão como uma forma de alterar as relações de poder e construir a democracia em instituições;
- e ainda uma pedagógica e terapêutica [...]. Espaços coletivos também como lugar de reflexão crítica, produção de subjetividade e constituição de sujeitos.

A partir da definição destas funções, evidencia-se o mecanismo de operação do Método da Roda, qual seja, a Co-Gestão de Coletivos e Sujeitos. Campos (*idem*, p. 75) entende a Co-Gestão operando em pelo menos quatro planos: *do desejo, do interesse, da necessidade social e das instituições*. Em termos mais objetivos, a Co-Gestão implica levar em consideração estes planos, de desejos, interesses e necessidades dos trabalhadores, da sociedade para quem eles produzem bens ou serviços (valores de uso) e da instituição que assume/detém os meios de produção. Campos ainda nos fala da importância fundamental de se motivar o trabalhador, também de uma perspectiva de sua realização pessoal, “estimulando-o e articulando-se condições objetivas (espaços coletivos) em que a produção de Obras<sup>18</sup> seja possível” (*idem*, p. 135).

Assim, uma gestão dita democrática necessita de espaços coletivos em que seja possível haver a composição desses desejos, interesses e necessidades, num processo dinâmico de correlação de forças e de disputa democrática. Mais precisamente, impõem-se espaços coletivos entendidos como “arranjos concretos de tempo e lugar, em que o poder esteja em jogo; e onde, de fato, se analisem problemas

---

18 Campos trabalha a “Obra” como “uma ponte entre a obrigatória produção de Valores de Uso e os Desejos e Interesses dos Trabalhadores” (CAMPOS, 2007a, p. 134).

e se tomem deliberações” (*idem*, p. 42). Campos chama estes espaços de Rodas.

Além da existência de espaços coletivos ou Rodas, seria necessário, na visão de Campos,

estender o direito e a capacidade de decidir a todos os membros de um dado Coletivo [...]. Direito formal, expresso em leis e regulamentos; e capacidade, na prática, assegurando que também os que trabalham dispõem de tempo e de informação para discutir, decidir e planejar (CAMPOS, 2007a, p. 151).

O Método da Roda constitui um método de gestão – ou co-gestão, como prefere o autor – em que é fundamental aumentar a capacidade de análise e intervenção dos sujeitos e, portanto, a redução do coeficiente de alienação do trabalhador. É esta característica que, decisivamente, o separa das NPRH, e o faz constituir-se, ao menos, em uma alternativa teórica de superação da lógica mercadológica que marca estas políticas.

No registro das NPRH, também encontramos um reconhecimento da impossibilidade de anular a autonomia dos trabalhadores, a partir do controle preciso dos tempos e movimentos do corpo, como pretendia o *taylorismo-fordismo* mais tradicional. Esta impossibilidade é ainda mais acentuada quando o trabalhador tem um espaço de atuação protegido da vigilância do gestor.

Neste caso, ao invés de apostar na redução da alienação, prefere-se trabalhar com a ideia que Lima denomina de “autonomia outorgada”. O controle deixa de ser sobre o ato clínico em si, e passa a ser sobre os resultados alcançados, sejam eles de natureza econômica (eficiência na utilização dos recursos), de natureza política, a partir do grau de satisfação do usuário, ou de natureza sanitária, com a mensuração de indicadores epidemiológicos.

Sob este funcionamento, a gestão garante a “autonomia outorgada” ao trabalhador, para que este desenvolva o melhor dos seus esforços na produção do trabalho real invertendo, como já discutido no Capítulo anterior, a lógica da prescrição do trabalho.

Para Merhy (1997, p.20), os novos modelos de gestão e de incorporação

tecnológica, no âmbito da gestão do trabalho, têm exatamente esta finalidade, e se constituem como

novos modos de gerir as organizações, a fim de garantir a “captura” do trabalho vivo em ato na produção, permitindo que os autogovernos tenham que ser “coerentes” com a natureza do processo produtivo capitalista.

Conforme já discutido, o uso de instrumentos de Avaliação do Desempenho do Trabalhador constitui um dos principais dispositivos para que a gestão possa ter controle sobre resultados e sobre a “autonomia outorgada”, constituindo-se elemento central da prescrição invertida do trabalho.

Nos próximos dois Capítulos, dedicar-nos-emos a, respectivamente, produzir um estudo descritivo e uma análise do conteúdo, baseados, como já mencionado, em documentos oficiais, de dois Programas que se utilizam do dispositivo Avaliação do Desempenho do Trabalhador, para gerenciar o trabalho dos servidores públicos lotados em equipamentos de Atenção Básica à saúde em Campinas (SP).

## – CAPÍTULO III –

### **Estudo Descritivo dos Programas**

Este Capítulo se destina à construção de um estudo descritivo dos Programas governamentais escolhidos como objeto empírico desta pesquisa: o Programa de Avaliação Periódica do Desempenho (PAPD) da Prefeitura Municipal de Campinas e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

Na Introdução e no Capítulo I, consideramos o contexto e descrevemos os métodos em que a Avaliação do Desempenho do Trabalhador se destaca como dispositivo das NPRH, aplicadas tanto no âmbito da iniciativa privada quanto no âmbito do serviço público – um serviço público privatizado, no Brasil, a partir da Contra-Reforma neoliberal do Estado.

Já identificamos os documentos que serão descritos, constituindo o *corpus* empírico desta pesquisa; eles serão apresentados quando dos itens específicos de cada Programa, abaixo. Optamos por iniciar esta apresentação com uma etapa descritiva, utilizando um recurso da análise documental que, segundo Bardin (2011, p. 51), “[...] permite passar de um documento primário (bruto) para um documento secundário (representação do primeiro)”. Neste caso, buscamos construir uma síntese de como funcionam os Programas.

#### **3.1.O Programa de Avaliação Periódica do Desempenho (PAPD) da Prefeitura Municipal de Campinas (SP).**

Seguindo a “ritualística necessária” de que falam Sá-Silva, Almeida e Guindani (2009), estão disponíveis no website da Prefeitura Municipal de Campinas três documentos oficiais: O primeiro é a Lei 12.985/2007, que dispõe sobre o Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos dos servidores do município de Campinas; o segundo,

o Decreto 17.074/2010, que regulamenta o processo de Avaliação de Desempenho e Qualificação dos servidores de carreira e, o terceiro, o Manual do Sistema de Gestão de Pessoal – Carreira – Avaliação de Desempenho, elaborado para instruir os avaliadores no *modus operandi* deste processo.

Uma vez que são documentos oficiais e públicos, temos os requisitos necessários de autenticidade, confiabilidade e natureza do texto. Quanto à autoria, a Lei 12.985/2007 é aprovada pela Câmara de Vereadores de Campinas e sancionada pelo prefeito municipal. O decreto 17074/2010 é assinado pelo prefeito municipal de Campinas e pelos secretários municipais de Assuntos Jurídicos e de Recursos Humanos. Já o Manual é de autoria da Secretaria de Recursos Humanos do município.

O PCCV dos servidores públicos municipais de Campinas utiliza a seguinte nomenclatura:

- I – Servidor: a pessoa legalmente investida em cargo público de provimento efetivo, função pública e função atividade;
- II – Cargo: unidade laborativa com denominação própria, criada por lei, com número certo, que implica o desempenho, pelo seu titular, de um conjunto de atribuições e responsabilidades;
- III – Carreira: estrutura de desenvolvimento funcional e profissional, operacionalizada através de passagens a Níveis e Graus superiores, no cargo do servidor;
- IV – Padrão: conjunto de algarismos que designa o vencimento dos servidores, formado por:
  - a) Grupo: o conjunto de cargos públicos, vinculados a uma mesma tabela de vencimento, representado por letras;
  - b) Nível: indicativo de cada posição salarial em que o servidor poderá estar enquadrado na Carreira, segundo critérios de desempenho, capacitação e titulação, representado por números;
  - c) Grau: indicativo de cada posição salarial em que o servidor poderá estar enquadrado na Carreira, segundo critérios de desempenho, representado por letras;
- V – Progressão Vertical: passagem do servidor de um Nível para outro superior, na Tabela de Vencimento própria do Grupo a que pertence;
- VI – Progressão Horizontal: passagem do servidor de um Grau para outro superior, na Tabela de Vencimento própria do Grupo a que pertence;
- VII – Vencimento base: retribuição pecuniária devida ao servidor pelo exercício do cargo, de acordo com o Nível e Grau;

VIII – Remuneração: retribuição pecuniária devida ao servidor pelo exercício do cargo composto pelo vencimento base acrescido das demais vantagens pessoais estabelecidas em lei;

IX – Massa salarial: soma do vencimento mensal dos servidores pertencentes a um Grupo (CAMPINAS, 2007, art. 2º).

No que diz respeito à Avaliação do Desempenho, em essência, a Lei 12.985/2007 vincula a progressão funcional na carreira dos servidores públicos ao seu “desempenho no exercício do cargo”, de forma que a progressão será concedida, de maneira restrita, aos servidores que ficarem acima da média na Avaliação de Desempenho em seus respectivos grupos funcionais, da seguinte forma (Campinas, 2007):

- Progressão Vertical: limitada a 5% dos servidores de cada grupo funcional;
- Progressão Horizontal: limitada a 20% dos servidores de cada grupo funcional.

O Programa de Avaliação Periódica do Desempenho (PAPD), previsto na Lei como critério para a progressão na carreira (tanto vertical quanto horizontal), é regulamentado pelo Decreto 17074/2010, com as finalidades de “aprimoramento dos métodos de Gestão, valorização do servidor, melhoria da qualidade e eficiência do serviço público e para fins de evolução funcional” (CAMPINAS, 2010, art. 1º).

O inciso III do art. 2º define a avaliação de desempenho periódica como

processo utilizado periodicamente para aferição de resultados alcançados pela atuação do servidor público efetivo, no desempenho das funções do seu cargo, segundo parâmetros de qualidade do exercício profissional, competências, qualificação e assiduidade (CAMPINAS, 2010)

São, portanto, quatro as categorias de parâmetros utilizadas pelo PAPD. O Art. 19 do Decreto 17074/10 confirma essas categorias, e estabelece uma divisão de pesos e preenchimento específicos, conforme podemos observar no Quadro1:

QUADRO 1: Parâmetros para avaliação de desempenho dos servidores públicos municipais de Campinas do Quadro Geral Saúde (Fonte: decreto 17074/10 – CAMPINAS, 2010, Art. 19).

TÓPICOS	PESO	RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO
AVALIAÇÃO DAS ATRIBUIÇÕES	65	AVALIADOR
ASSIDUIDADE	10	PREENCHIMENTO AUTOMÁTICO
AVALIAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS	20	AVALIADOR
EVOLUÇÃO DA QUALIFICAÇÃO	05	PREENCHIMENTO AUTOMÁTICO

Como podemos observar, duas das categorias de parâmetros têm preenchimento automático: a assiduidade e a evolução da qualificação. Enquanto que as outras duas – avaliação das atribuições e das competências – devem ser realizadas “em conjunto pelo servidor avaliado, seu superior imediato e a equipe em que está atuando, limitada ao máximo de cinco participantes” (CAMPINAS, 2010, Art. 10). Caso haja discordância na avaliação, prevalece a avaliação do superior imediato, cabendo ao avaliado recurso à Comissão Técnica de Gestão de Carreiras.

Passaremos à descrição dos tópicos – categorias de parâmetros, iniciando pela de menor peso (evolução da qualificação) e seguindo até a avaliação das atribuições, de maior peso na avaliação final.

A evolução da qualificação é “mensurada por cursos de complementação, atualização ou aperfeiçoamento profissional na área de atuação do servidor”. Os títulos referentes à capacitação para serem utilizados na evolução da qualificação obedecem aos seguintes critérios:

- a. Somente serão aceitos para pontuação cursos de capacitação, atualização ou qualificação profissional;
- b. Estar relacionados às atribuições do cargo do servidor, ser compatíveis com as funções desempenhadas e devidamente reconhecidos pela Comissão Técnica de Gestão de Carreiras;
- c. Ser devidamente aprovados pela Escola de Governo e Desenvolvimento do Servidor – EGDS da Secretaria Municipal de Recursos Humanos;

- d. Não possuir tempo superior a 5 (cinco) anos de sua conclusão até a data de início dos efeitos financeiros da progressão;
- e. Possuir carga horária mínima de 20 (vinte) horas para as capacitações, exceto para os cursos de informática;
- f. Não deverão ser aceitos para pontuação cursos utilizados como requisito de ingresso para o cargo (CAMPINAS, 2011, p. 8).

Existem tabelas de pontuação para as diferentes modalidades de cursos, estabelecidas na Lei 12.985/2007 (CAMPINAS, 2007 - ver anexos). O principal critério de diferenciação entre os cursos realizados consiste na carga horária dos mesmos.

Já a assiduidade é definida como “comparecimento diário ao trabalho; cumprimento do horário pré-estabelecido ou requisitado” (CAMPINAS, 2011, p. 19). O Documento assenta ainda que “não será considerada falta para efeito de avaliação afastamento por motivo de férias, licença prêmio e abono legal, júri, intimação e convocação para mesário nas eleições” (*idem*, p. 1). Logo, os demais motivos de falta, inclusive aquelas por licença para tratamento de saúde, licença maternidade e outras, previstas na lei como faltas justificadas, serão consideradas faltas, para efeito da avaliação de desempenho.

O artigo 22 do Decreto 17.074/2010 estabelece uma escala de pontuação para o critério de assiduidade: (I) nenhuma falta: 10 pontos; (II) até duas faltas: 5 pontos; (III) de três a quatro faltas: 3 pontos; igual ou superior a cinco faltas: 0 ponto (CAMPINAS, 2010, art. 22).

Passemos, então, aos parâmetros (tópicos) que constituem diretamente o exercício da Avaliação do Desempenho do Trabalhador: a avaliação das competências e a avaliação das atribuições.

Iniciemos pela avaliação das competências. Não há, nos documentos oficiais consultados, uma definição do que se está considerando como conceito de competência. Utilizamos, então, o conceito de gestão por competências que, segundo Chiavenato (2006, p. 216), é

[...] um programa sistematizado e desenvolvido no sentido de definir perfis profissionais que proporcionem maior produtividade e adequação ao negócio, identificando os pontos de excelência e os pontos de carreira,

suprindo as lacunas e agregando conhecimento, tendo por base certos critérios objetivamente mensuráveis.

O Decreto 17074/2010 define as competências exigidas dos servidores públicos de Campinas que, no caso daqueles lotados em equipamentos de saúde, correspondem à tabela apresentada no Quadro 2:

**QUADRO 2: Competências esperadas dos servidores públicos do Quadro Geral e Saúde (Fonte: Decreto 17074/2010 – CAMPINAS, 2010, Art. 19).**

DESCRIÇÃO DA COMPETÊNCIA	PESO	NOTA	RESULTADO PESO X NOTA /100
TRABALHO EM EQUIPE/FLEXIBILIDADE CAPACIDADE PARA DESENVOLVER TRABALHOS EM GRUPO, MANTENDO POSTURA PARTICIPATIVA E COLABORADORA, CONTRIBUINDO PARA ATINGIR O RESULTADO ESTABELECIDO. CAPACIDADE DE ADAPTAÇÃO RÁPIDA A SITUAÇÕES INESPERADAS E FACILIDADE DE ENCONTRAR NOVAS ALTERNATIVAS PARA RESOLVER PROBLEMAS E ADVERSIDADES.	4		CÁLCULO AUTOMÁTICO DE TODAS AS LINHAS
RELACIONAMENTO INTERPESSOAL HABILIDADE NO TRATO COM PESSOAS, INDEPENDENTEMENTE DO NÍVEL HIERÁRQUICO, PROFISSIONAL OU SOCIAL; CONVIVÊNCIA HARMONIOSA.	4		
INICIATIVA / MOTIVAÇÃO ANTECIPAR-SE FRENTE A PROBLEMAS OU OPORTUNIDADES DE MELHORIA, CONTRIBUINDO COM IDEIAS E SOLUÇÃO.	4		
RESPONSABILIDADE/COMPROMETIMENTO COMPROMISSO EM ATINGIR O RESULTADO DAS TAREFAS QUE LHES SÃO ATRIBUÍDAS. CAPACIDADE DE DISPONIBILIZAR TODO O POTENCIAL EM PROL DOS OBJETIVOS E METAS DA EQUIPE.	4		
INTERAÇÃO HABILIDADE PARA INTERAGIR COM TODOS, SERVIDORES OU MUNICÍPIOS, DE MODO A CONHECER E ENTENDER SUAS NECESSIDADES, BEM COMO PROPICIAR A TROCA DE INFORMAÇÕES.	4		
<b>SOMA SIMPLES DA NOTA</b>			<b>CÁLCULO AUTOMÁTICO</b>

Cabe, então, ao avaliador, atribuir notas às competências especificadas (pré-determinadas), de acordo com a sua percepção sobre o servidor que está sendo avaliado.

O último tópico, ou categoria de parâmetro, que é considerado no PAPD, é a avaliação das atribuições. Também aqui, há uma definição pré-estabelecida destas atribuições nos diferentes cargos<sup>19</sup>. De acordo com o Manual do Sistema de Gestão de Pessoal (CAMPINAS, 2011, p. 5), “as atribuições e especialidades do cargo serão disponibilizados dentro do sistema informatizado específico”. Há uma nota no Manual que diz que “a atualização das atribuições e especialidades do cargo é de responsabilidade da Coordenadoria Setorial de Cargos e Salários/DRH” (*idem, ibidem*).

<sup>19</sup>Ver o anexo II-B da Lei 12.985/2007, que contém a descrição das atribuições do quadro de cargos da Saúde (CAMPINAS, 2007).

Cabe ao avaliador “conceder pesos diferentes entre as atribuições desempenhadas pelo avaliado, de modo que a somatória dos pesos seja igual ao peso do respectivo tópico” (*idem, ibidem*). Neste tópico, o avaliador poderá, também, acrescentar atribuições ao avaliado.

Finalizada a Avaliação de Desempenho do servidor, esta contará com uma nota global, de cálculo automático, a partir das notas atribuídas pelo avaliador e das que são de preenchimento automático, respeitados os pesos dos tópicos. Esta nota, que será a nota da avaliação anual do servidor, será comparada com as notas dos demais trabalhadores do mesmo grupo funcional para que, dentro dos critérios estabelecidos pela Lei 12.985/2010, o mesmo possa concorrer à progressão vertical ou horizontal na carreira, desde que sua nota global fique entre as 5% ou 20% melhores (respectivamente), entre seus colegas de grupo funcional.

### **3.2. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).**

Para fazer esta descrição do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, selecionamos os documentos relacionados a seguir, todos oficiais e disponíveis no *hotsite*<sup>20</sup> criado pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde (MS), especificamente para reunir informações sobre o PMAQ.

Os documentos selecionados foram os seguintes:

- a Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável (BRASIL, 2011), atualizada pela Portaria nº 535, de 3 de abril de 2013 (BRASIL, 2013). No escopo de dispositivos

---

<sup>20</sup> Conferir em <http://dab.saude.gov.br/sistemas/Pmaq/>.

infra-legais disponibilizados, há uma série de portarias<sup>21</sup> que versam sobre a atualização e definição de valores do componente de qualidade das diversas versões<sup>22</sup> do PMAQ;

- os Documentos: “Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ” (BRASIL, 2012a); “Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo” (BRASIL, 2012b); “Instrumento de Avaliação Externa da Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica” (BRASIL, 2012c); e “Documento síntese para avaliação externa” (BRASIL, 2012d).

Além disto, incluímos a apostila completa do “Curso de Autoaprendizado – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB)”, realizado pelo Ministério da Saúde em parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde, com o Observatório de Políticas de Segurança Alimentar e Nutrição e com a Universidade de Brasília (ALENCAR *et al*, 2012) e o artigo “O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação” (PINTO, SOUSA e FLORÊNCIO, 2012), publicado na *Revista RECIIS* pelo Diretor do DAB, por seu Diretor Adjunto e pelo Coordenador-Geral de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica.

As Portarias são assinadas pelo Ministro da Saúde. O Manual Instrutivo, a AMAQ e o Instrumento de Avaliação Externa são assinados, genericamente, pelo DAB. Os módulos do curso são de autoria de Bárbara Alencar, Maína Pereira e Natascha Ramos, com a chancela de ser um curso oficial realizado pelo Ministério da Saúde e instituições parceiras supra-citadas. O artigo foi publicado na Revista RECIIS pelo

---

<sup>21</sup>A saber: Portaria Nº 2.396, de 13 de outubro de 2011; Portaria Nº 1.089, de 28 de maio de 2012; Portaria Nº 562, de 4 de abril de 2013; Portaria Nº 1.234, de 4 de abril de 2013.

<sup>22</sup> Cabe aqui o registro de que, em 2013, foram lançadas versões diferentes do PMAQ, incluindo os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (PMAQ-NASF) e os Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO). Entretanto, esta pesquisa se ateve ao estudo do PMAQ-AB, incluindo as equipes parametrizadas, equipes de saúde da família e de saúde bucal.

Diretor do DAB, por seu Diretor Adjunto e pelo Coordenador-Geral de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica.

Iniciamos o processo descritivo do PMAQ-AB a partir da Portaria que o instituiu (BRASIL, 2011). De acordo com este documento - considerando, entre outros, “a diretriz do Governo Federal de qualificar a gestão pública por resultados mensuráveis, garantindo acesso e qualidade da atenção” – institui-se o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

Alencar, Pereira e Ramos (2012, p. 8) incluem o PMAQ-AB no campo da Gestão por Resultados, que utiliza o instrumento Avaliação de Desempenho como estratégia para conseguir “garantir o acesso e a qualidade da atenção à saúde para toda a população brasileira”, o que seria, na visão das autoras, a missão do Sistema Único de Saúde.

A qualidade no Sistema Único de Saúde é definida, segundo conceito constante de documento oficial, como

o grau de atendimento a padrões de qualidade estabelecidos frente às normas, protocolos, princípios e diretrizes que organizam as ações e práticas, assim como aos conhecimentos técnicos e científicos atuais, respeitando valores culturalmente aceitos e considerando a competência dos atores (BRASIL, 2012a, p. 23).

Assim, a partir da citada missão do SUS, teria lugar o ciclo da gestão por resultados, conforme se observa na Figura 3, abaixo.

Alencar, Pereira e Ramos (2012) vão definir, então, o PMAQ-AB como um programa de avaliação do desempenho das equipes de atenção básica e da própria Atenção Básica à Saúde.

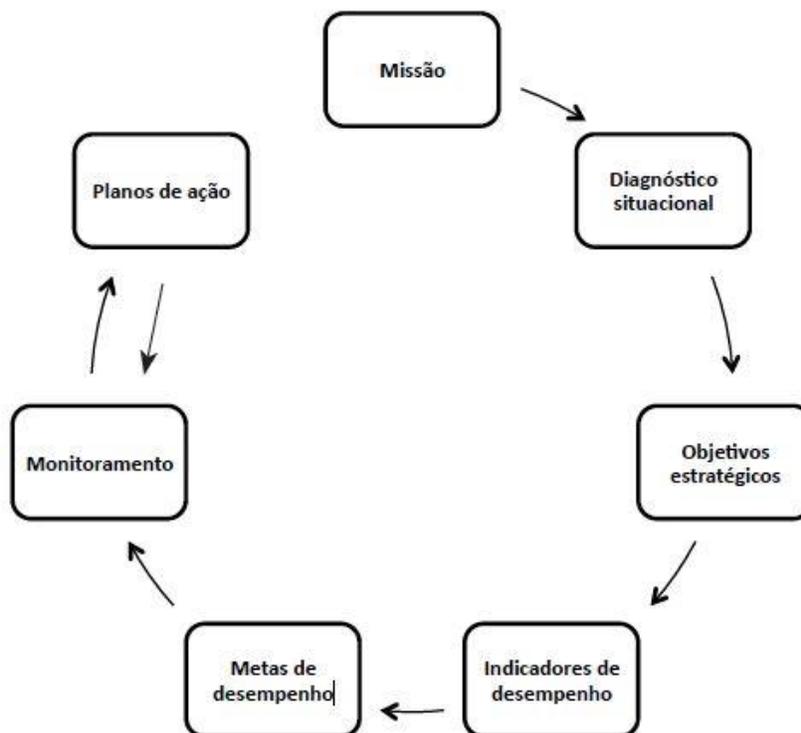


FIGURA 3 – Ciclo da Gestão por Resultados  
(Fonte: ALENCAR, PEREIRA e RAMOS, 2012, p. 7).

Retomando a Portaria 1.654/2011, o Documento apresenta um conjunto de sete diretrizes do PMAQ-AB:

- I - construir parâmetro de comparação entre as equipes de saúde da atenção básica, considerando-se as diferentes realidades de saúde;
- II - estimular processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade que envolva a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelas equipes de saúde da atenção básica;
- III - transparência em todas as suas etapas, permitindo-se o contínuo acompanhamento de suas ações e resultados pela sociedade;
- IV - envolver, mobilizar e responsabilizar os gestores federal, estaduais, do Distrito Federal e municipais, as equipes de saúde de atenção básica e os usuários num processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da atenção básica;
- V - desenvolver cultura de negociação e contratualização, que implique a gestão dos recursos em função dos compromissos e resultados pactuados e alcançados;

VI - estimular a efetiva mudança do modelo de atenção, o desenvolvimento dos trabalhadores e a orientação dos serviços em função das necessidades e da satisfação dos usuários; e

VII - caráter voluntário para a adesão, tanto pelas equipes de saúde da atenção básica quanto pelos gestores municipais, a partir do pressuposto de que o seu êxito depende da motivação e proatividade dos atores envolvidos (BRASIL, 2011, art. 2º).

O Manual Instrutivo do PMAQ-AB (BRASIL, 2012b, p. 7-8) afirma que o “principal objetivo do programa é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente”. Define ainda os seguintes objetivos específicos:

I – Ampliar o impacto da AB sobre as condições de saúde da população e sobre a satisfação dos seus usuários, por meio de estratégias de facilitação do acesso e melhoria da qualidade dos serviços e ações da AB;

II – Fornecer padrões de boas práticas e organização das UBS que norteiem a melhoria da qualidade da AB;

III – Promover maior conformidade das UBS com os princípios da AB, aumentando a efetividade na melhoria das condições de saúde, na satisfação dos usuários, na qualidade das práticas de saúde e na eficiência e efetividade do sistema de saúde;

IV – Promover a qualidade e inovação na gestão da AB, fortalecendo os processos de autoavaliação, monitoramento e avaliação, apoio institucional e educação permanente nas três esferas de governo;

V – Melhorar a qualidade da alimentação e uso dos sistemas de informação como ferramentas de gestão da AB;

VI – Institucionalizar uma cultura de avaliação da AB no SUS e de gestão com base na indução e acompanhamento de processos e resultados; e

VII – Estimular o foco da AB no usuário, promovendo a transparência dos processos de gestão, a participação e controle social e a responsabilidade sanitária dos profissionais e gestores de saúde com a melhoria das condições de saúde e satisfação dos usuários. (*idem*, p. 8).

Como forma de motivar as equipes de trabalhadores e os gestores municipais a alcançar esses objetivos, o Ministério da Saúde, através do PMAQ, lança mão de um incentivo financeiro, o componente de qualidade do Piso da Atenção Básica variável (PAB variável). Segundo Pinto, Sousa e Florêncio (2012, p. 2), com a adoção deste incentivo, “os municípios passaram a ter a possibilidade de até dobrar o recurso recebido por equipe, caso alcancem um desempenho ‘ótimo’” no PMAQ-AB.

Para fazer jus à plenitude deste “componente de qualidade”, as equipes de

atenção básica devem ter um desempenho ‘muito acima da média’, o que significa alcançar um resultado maior do que +1 (mais um) desvio padrão à média do desempenho das equipes em seu estrato. O desempenho será considerado ‘acima da média’ se o resultado alcançado for maior do que a média e menor ou igual a +1 (mais um) desvio padrão; ‘mediano ou abaixo da média’ se o resultado alcançado for menor ou igual à média; e insatisfatório se “a equipe não cumprir com os compromissos previstos na Portaria nº 1.654/GM/MS, de 19 de julho de 2011, e assumidos no Termo de Compromisso celebrado no momento da contratualização” (BRASIL, 2011, Art. 14<sup>23</sup>).

No intuito de “assegurar maior equidade na comparação das EAB [Equipes de Atenção Básica] no processo de certificação, os municípios serão distribuídos em estratos que levam em conta aspectos sociais, econômicos e demográficos” (BRASIL, 2013e).

Formou-se uma cesta de cinco indicadores, em que os municípios tiveram notas atribuídas de 0 a 10. Estes indicadores são: Produto Interno Bruto *per capita* do município (Peso 2) e percentual da população com Plano de Saúde, percentual da população com Bolsa Família, percentual da população em extrema pobreza e densidade demográfica (Peso 1 para cada indicador).

Foi feito um trabalho estatístico a partir desses indicadores (BRASIL, 2013) e, como resultado, chegou-se a seis estratos, levando em conta a pontuação total obtida pelo município e o seu porte populacional, conforme podemos observar no Quadro 3.

Os resultados obtidos pelas equipes de Saúde da Família serão comparados com os resultados de outras equipes, dentro do mesmo estrato. Na Figura 4, podemos ver uma representação do mapa brasileiro em que as diferentes cores significam os diferentes estratos em que os municípios foram alocados, ao cabo deste processo.

---

<sup>23</sup> Com a nova redação trazida pela Portaria 535/2013 (BRASIL, 2013d), o que era chamado de desempenho “ótimo”, “bom”, “regular” e “insatisfatório” foi renomeado para, respectivamente, “muito acima da média”, “acima da média”, “mediano ou abaixo da média” e “insatisfatório”. Adotamos a nova redação no texto.

QUADRO 3: Estratos gerados a partir das notas obtidas pelos municípios (Fonte: BRASIL, 2013e).

Estrato	Critérios da Estratificação
1	Municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 10 mil habitantes.
2	Municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 20 mil habitantes.
3	Municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 50 mil habitantes.
4	Municípios com pontuação entre 4,82 e 5,4 e população de até 100 mil habitantes; e municípios com pontuação menor que 4,82 e população entre 50 e 100 mil habitantes.
5	Municípios com pontuação entre 5,4 e 5,85 e população de até 500 mil habitantes; e municípios com pontuação menor que 5,4 e população entre 100 e 500 mil habitantes.
6	Municípios com população acima de 500 mil habitantes ou com pontuação igual ou superior a 5,85.

Feita esta descrição preambular, mas fundamental para a compreensão do funcionamento do PMAQ-AB, passemos agora à descrição de como ocorre o processo avaliativo propriamente dito.

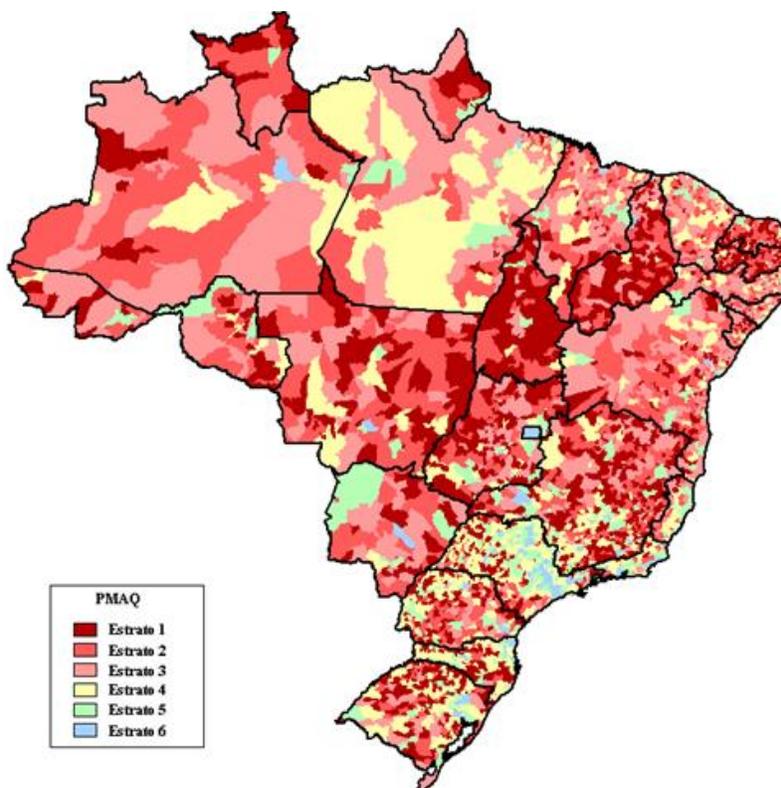


FIGURA 4 – Mapa da Estratificação dos Municípios para o Processo de Certificação das Equipes de Atenção Básica (Fonte: BRASIL, 2013e).

O processo avaliativo do PMAQ-AB é definido, no artigo 3º da Portaria 1.654/2011, como um ciclo, composto por quatro fases distintas: (1) Adesão e contratualização; (2) Desenvolvimento; (3) Avaliação Externa; e (4) Recontratualização (BRASIL, 2011). As fases estão esquematizadas na Figura 5, abaixo.

A fase de adesão e contratualização, conforme determinação do parágrafo 2º do art. 4º da Portaria 1.654, é composta pelas seguintes etapas: (1) formalização, por meio de formulário eletrônico, da adesão do município ou Distrito Federal ao PMAQ-AB; (2) encaminhamento da informação desta adesão ao Conselho Municipal de Saúde e à Comissão Intergestores Regional, com posterior homologação na Comissão Intergestores Bipartite; e (3) contratualização da equipe de saúde da atenção básica e do gestor municipal ou do Distrito Federal, de acordo com as diretrizes e compromissos mínimos exigidos pelo PMAQ-AB (BRASIL, 2011).

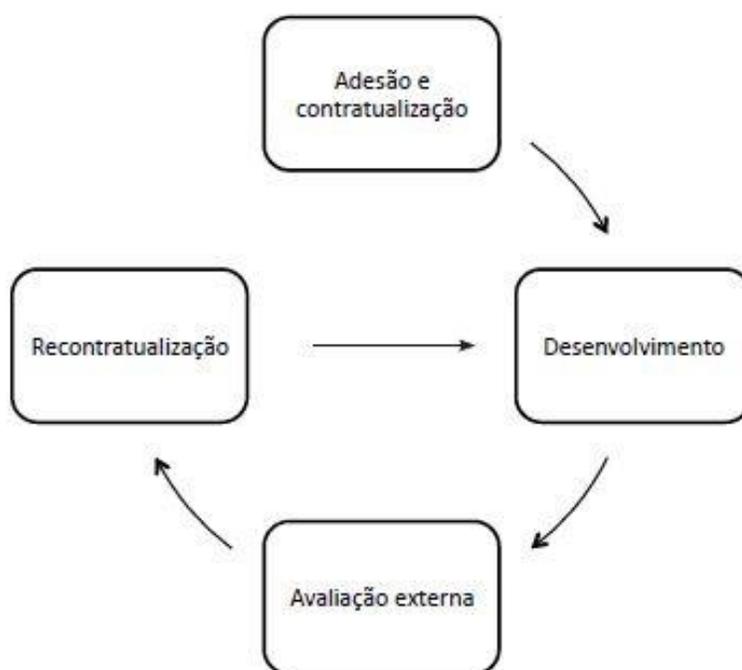


FIGURA 5 – Fases de implantação do PMAQ-AB em nível local (Fonte: ALENCAR, PEREIRA e RAMOS, 2012, p. 22).

Segundo o Manual Instrutivo do PMAQ-AB (BRASIL, 2012b), o processo de contratualização significa um momento em que as equipes da Atenção Básica e os gestores em nível municipal, estadual e federal firmam uma série de compromissos (Ver

Anexo 1) e em que os gestores municipais e as equipes da Atenção Básica pactuam indicadores de dois tipos:

(1) indicadores de desempenho: “São dados que permitem avaliar o grau de desempenho das EAB. Estão vinculados ao processo de avaliação externa e serão utilizados para classificação das equipes” (ALENCAR, PEREIRA e RAMOS, 2012, p. 27);

(2) indicadores de monitoramento: “São dados a serem acompanhados regularmente para complementação de informações sobre a oferta de serviços e resultados alcançados pelas equipes” (*idem, ibidem*). Estes indicadores, no entanto, não serão considerados para efeito da pontuação das equipes na classificação final.

No total, são 47 indicadores a serem pactuados, abrangendo sete áreas consideradas estratégicas. Estes indicadores contemplam iniciativas e programas estratégicos do Ministério da Saúde, “buscando sinergia entre o PMAQ e as prioridades pactuadas pelas três esferas de governo” (BRASIL, 2012b, p. 25). A Tabela 1 apresenta uma síntese das áreas estratégicas e quantifica os indicadores de desempenho e de monitoramento em cada uma delas.

Uma lista completa dos indicadores encontra-se no Anexo 2 desta dissertação. Entretanto, a título de facilitar a compreensão, neste momento escolhemos<sup>24</sup>, a área estratégica 5, para apresentar seus indicadores de desempenho e de monitoramento.

Os indicadores de desempenho, conforme vemos na Tabela 1, são quatro:

- Média de consultas médicas por habitante;
- Proporção de consultas médicas para cuidado continuado / programado;
- Proporção de consultas médicas de demanda agendada;
- Proporção de consultas médicas de demanda imediata.

---

<sup>24</sup> Consideramos que, de alguma forma, este conjunto de indicadores revela um traço importante das prioridades atuais, no que se refere à sobrevalorização do trabalho médico em relação ao trabalho dos demais profissionais de saúde que compõem a ABS.

TABELA1 – Indicadores a serem pactuados entre as equipes de atenção básica e a gestão municipal (Fonte: BRASIL, 2012b, p. 25).

Área Estratégica	Natureza do Uso		Total
	Desempenho	Monitoramento	
1. Saúde da mulher	6	1	7
2. Saúde da criança	6	3	9
3. Controle de <i>Diabetes mellitus</i> e hipertensão arterial sistêmica	4	2	6
4. Saúde bucal	4	3	7
5. Produção geral	4	8	12
6. Tuberculose e hanseníase	0	2	2
7. Saúde mental	0	4	4
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>23</b>	<b>47</b>

Já os indicadores de monitoramento são 8:

- Proporção de consultas médicas de urgência com observação;
- Proporção de encaminhamentos para atendimento de urgência e emergência;
- Proporção de encaminhamentos para atendimento especializado;
- Proporção de encaminhamentos para internação hospitalar;
- Média de exames solicitados por consulta médica básica;
- Média de atendimentos de enfermeiro;
- Média de visitas domiciliares realizadas pelo agente comunitário de saúde (ACS) por família cadastrada;
- Proporção de acompanhamentos das condicionalidades de saúde pelas famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família.

Uma vez que o gestor municipal formalize a adesão do município; que os atores envolvidos firmem os compromissos e que as equipes de Atenção Básica e os gestores municipais pactuem<sup>25</sup> a utilização dos indicadores de desempenho e de monitoramento, a fase de adesão/contratualização está concluída.

<sup>25</sup> “Cada EAB, para aderir, teve que assinar um “Termo de Compromisso” no qual se comprometeu em: (a) seguir

A fase seguinte é a fase de desenvolvimento. De acordo com o Manual Instrutivo do PMAQ-AB (BRASIL, 2012b), esta fase é composta de quatro dimensões: (1) autoavaliação; (2) monitoramento; (3) educação permanente; e (4) apoio institucional.

Ainda segundo o Manual Instrutivo (BRASIL, 2012b, p. 38), o ponto de partida da fase de desenvolvimento é a identificação e o reconhecimento, por parte da equipe, “das dimensões positivas e desafiadoras, das dimensões positivas e também problemáticas do seu trabalho, para produzir sentidos e significados potencialmente facilitadores/mobilizadores de iniciativas de mudança e aprimoramento”.

Não há obrigatoriedade, mas há uma recomendação no sentido de que as equipes utilizem, nessa autoavaliação, o instrumento “Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ” (BRASIL, 2012a). Este instrumento “[...] se propõe a abordar múltiplas dimensões e que necessariamente provoca a identificação de muito mais problemas que a EAB [Equipe de Atenção Básica] poderia tomar como centro prático de ação [...]” (PINTO, SOUSA e FLORENCIO, 2012, p.6).

Assim, segundo estes autores, “a ferramenta cumpre o papel de alimentar o diálogo do grupo para que ele possa eleger os problemas e pactuar ações conforme suas explicações, prioridades, interesses, disposição e capacidade de ação” (*idem*, p. 6-7). Das 17.432 equipes que aderiram ao PMAQ-AB em 2012, 13.118, ou 75,3% do total, fizeram uso da AMAQ no momento de auto-avaliação (*idem, ibidem*).

Na AMAQ, trabalha-se com o conceito de *padrões de qualidade*. Estes são definidos como a “declaração da qualidade esperada” (BRASIL, 2012a, p. 22). Refinando esta definição:

O seu sentido é afirmativo ou positivo, expressando expectativas e desejos a serem alcançados. Os padrões de qualidade caracterizam-se pela sua abrangência, referindo-se a uma visão ampla do sistema e das ações em saúde. Refletem o foco da atenção básica no usuário, induzindo a transparência dos processos de gestão, a participação e controle social

---

diretrizes organizantes do processo de trabalho; (b) observar regras de funcionamento do programa; (c) implantar dispositivos de acesso, co-gestão, autoavaliação, planejamento e avaliação relacionados a cada uma das fases posteriores; (d) ser monitorada por seis meses a partir de quarenta e sete indicadores do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB); e (e) passar por um processo de avaliação que inclui a autoavaliação, o desempenho em vinte e quatro indicadores e a avaliação *in loco* realizada por avaliadores externos que visitariam cada equipe na terceira fase do programa” (PINTO, SOUSA e FLORENCIO, *op.cit.* 2012, p. 5).

e a responsabilidade sanitária dos profissionais e gestores de saúde com a melhoria das condições de saúde e satisfação dos usuários (*idem, ibidem*).

Os padrões de qualidade foram construídos levando-se em conta:

I - Refletir os princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica;

II - Refletir os objetivos centrais e diretrizes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica;

III - Ser capaz de promover reflexões sobre as responsabilidades, tanto no que se refere à forma de organização e à prática de trabalho dos atores envolvidos na gestão municipal e Equipes de Atenção Básica, com vistas a promover o acesso com qualidade aos serviços oferecidos;

IV - Estimular a efetiva mudança do modelo de atenção e o fortalecimento da orientação dos serviços em função das necessidades e satisfação dos usuários (*idem, p. 23*).

Cada padrão de qualidade expressa, portanto, um sentido afirmativo, colocando uma situação “ideal” ou meta/objetivo a ser alcançado. No processo de autoavaliação, cada um dos padrões é apresentado e a equipe, após ler “a declaração da qualidade esperada”, deve atribuir-se uma nota de 0 a 10, sendo que “o ponto 0 (zero) indica o não cumprimento do padrão, o ponto 10 é a total adequação ao padrão” (*idem, p. 24*).

Ao todo, são 102 padrões de qualidade, divididos em 13 sub-dimensões de 4 dimensões, a serem avaliadas pela equipe de Atenção Básica. O resultado desta avaliação corresponderá a uma nota numérica, equivalente a um cálculo ponderado das notas atribuídas nas diferentes dimensões.

O Quadro 4 e a Tabela 2 mostram, respectivamente, a estruturação do instrumento AMAQ, em suas dimensões e sub-dimensões, e a distribuição do número de padrões de qualidade pelas subdimensões, com as respectivas pontuações mínimas e máximas possíveis.

QUADRO 4: Estrutura do instrumento AMAQ-AB (Fonte: BRASIL, 2012a, p. 21).

Unidade de Análise	Dimensão	Subdimensão
Gestão	Gestão Municipal	A - Implantação e Implementação da Atenção Básica no Município
		B - Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde
		C - Gestão do Trabalho
		D - Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário
	Gestão da Atenção Básica	E - Apoio Institucional
		F - Educação Permanente
		G - Gestão do Monitoramento e Avaliação - M&A
	Unidade Básica de Saúde	H - Infraestrutura e Equipamentos
		I - Insumos, Imuno-biológicos e Medicamentos
Equipe	Perfil, Processo de Trabalho e Atenção integral à Saúde	J - Perfil da Equipe
		K - Organização do Processo de Trabalho
		L - Atenção integral à Saúde
		M - Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário

A segunda dimensão da fase de Desenvolvimento (fase 2 do PMAQ-AB) consiste do monitoramento dos indicadores contratualizados na fase 1. O monitoramento tem como objetivos:

I – Orientar o processo de negociação e contratualização de metas e compromissos entre as EAB e o gestor municipal, assim como entre este e as outras esferas de gestão do SUS;

II – Subsidiar a definição de prioridades e programação de ações para melhoria da qualidade da AB, tanto para as equipes participantes quanto para os gestores das três esferas de governo;

III – Promover o aprendizado institucional, ao permitir a identificação e priorização de desafios para a melhoria da qualidade da AB, o reconhecimento dos resultados alcançados e a efetividade ou necessidade de aperfeiçoamento das estratégias de intervenção;

IV – Promover a democratização e transparência da gestão da AB e o fortalecimento da participação do usuário, por meio da publicização de metas, padrões de qualidade e resultados alcançados; e

V – Fortalecer a responsabilidade sanitária e o protagonismo dos diversos atores ao revelar tanto as fragilidades quanto os sucessos, motivando as

equipes de saúde e gestores da AB para enfrentarem os desafios (BRASIL, 2012b, p. 41-42).

TABELA 2 – Padrões de qualidade por subdimensão (Fonte: BRASIL, 2012a, p. 25).

Subdimensão	Nº Padrões	Pontuação	
		Mínima	Máxima
A - Implantação e Implementação da Atenção Básica no Município	09	0	90
B - Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde	03	0	30
C - Gestão do Trabalho	04	0	40
D - Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário	04	0	40
E - Apoio Institucional	03	0	30
F - Educação Permanente	06	0	60
G - Gestão do Monitoramento e Avaliação - M&A	05	0	50
H - Infraestrutura e Equipamentos	09	0	90
I - Insumos, Imuno-biológicos e Medicamentos:	08	0	80
J – Perfil da Equipe	03	0	30
K - Organização do Trabalho	12	0	120
L - Atenção Integral à Saúde	42	0	420
M - Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário	03	0	30

Na prática, as equipes de Atenção Básica devem inserir, regular e apresentar, sistematicamente, os dados relativos aos indicadores nos sistemas de informação disponíveis, principalmente os relativos à Atenção Básica à Saúde, que são o SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) e o SISVAN (Sistema Nacional de Vigilância Ambiental e Nutricional) (ALENCAR, PEREIRA e RAMOS, 2012).

A dimensão seguinte a ser observada, ainda na fase de desenvolvimento, consiste da Educação Permanente. Segundo o Manual Instrutivo do PMAQ-AB, o que se busca com o Programa é um redirecionamento do modelo de atenção, que “impõe claramente a necessidade de transformação permanente do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes” (BRASIL, 2012b, p. 45).

Neste sentido, a Educação Permanente deve ser considerada uma estratégia de gestão, direcionada à aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades. Os documentos oficiais pesquisados não fazem uma definição conceitual do que seja a Educação Permanente. Para tanto, recorremos a outra publicação oficial<sup>26</sup>:

A Educação Permanente em Saúde apresenta-se como uma proposta de ação estratégica capaz de contribuir para a transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e de saúde e para a organização dos serviços, empreendendo um trabalho articulado entre o sistema de saúde, em suas várias esferas de gestão, e as instituições formadoras (BRASIL, 2004, p. 9).

O Manual Instrutivo do PMAQ-AB recomenda a oferta de Educação Permanente, por parte da gestão, em seus três níveis, como elemento fundamental da fase de desenvolvimento do PMAQ-AB, partindo do pressuposto do planejamento/programação educativa ascendentes, ou seja, com as ofertas formuladas a partir da identificação dos “nós críticos” por parte dos trabalhadores:

[...] é central que cada equipe, cada unidade de saúde e cada município demandem, proponham e desenvolvam ações de educação permanente, tentando combinar necessidades e possibilidades singulares com ofertas mais gerais de uma política proposta para todas as equipes e para todo o município (BRASIL, 2012b, p.46).

Além da Educação Permanente, a outra oferta feita às equipes pelo PMAQ-AB é a de Apoio Institucional, última dimensão da fase de desenvolvimento. Na definição do Manual Instrutivo do PMAQ-AB, o apoio institucional deve ser pensado como uma função gerencial, uma atitude gerencial fundamentalmente diferente das formas tradicionais, baseadas na supervisão.

A centralidade do apoio institucional no âmbito do PMAQ está fortemente associada à ideia de que os esforços de gestão e de atenção à saúde realizados pelos gestores e pelos trabalhadores das equipes de atenção básica, no sentido de qualificar aquilo que é ofertado à população, devem ser alimentados pelo encontro das diversas experiências e saberes, em espaços de ampla comunicação que possam potencializar os resultados produzidos pelo trabalho desses atores. O apoiador deve ajudar as

---

<sup>26</sup> No mesmo sentido, de explorar conceitualmente a Educação Permanente em Saúde, recomendamos a leitura de CECCIM, 2005.

equipes a colocar o próprio trabalho em análise e produzirem alternativas para o enfrentamento conjunto dos desafios (BRASIL, 2012 b, p. 47-48).

A ideia de Apoio Institucional aplicada ao PMAQ-AB, segundo Pinto, Sousa e Florêncio (2012) e Alencar, Pereira e Ramos (2012), é fortemente inspirada na construção teórica de Campos<sup>27</sup>. Voltando ao Manual Instrutivo, tem-se a construção de um modelo de apoio que envolve o Ministério da Saúde, os gestores estaduais e municipais, e as equipes de Atenção Básica, num desenho que fica melhor visualizado na Figura 6:

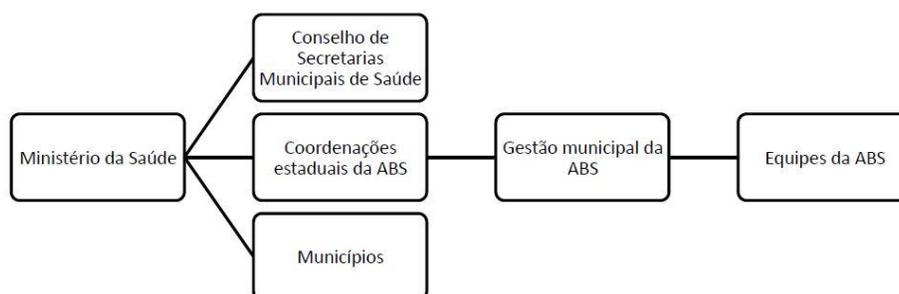


FIGURA 6 – Possíveis relações dos entes interfederativos na perspectiva do apoio institucional (Fonte: ALENCAR, PEREIRA e RAMOS, 2012, p. 40).

O apoio institucional é a última dimensão da fase de desenvolvimento do PMAQ-AB. Espera-se, nesta fase que, com Apoio Institucional e Educação Permanente, e a partir da autoavaliação, as equipes de Atenção Básica possam produzir transformações em seu processo de trabalho e investir no monitoramento e melhoria dos indicadores de desempenho.

A terceira fase do PMAQ-AB é a fase de Avaliação Externa. Esta fase é realizada em parceria com instituições de ensino e/ou pesquisa parceiras (responsáveis por recrutar, capacitar e gerenciar os avaliadores externos), e consta de duas dimensões:

I – Certificação de desempenho das equipes de atenção básica e gestões municipais participantes do PMAQ: avaliação do acesso e da qualidade das EAB participantes do PMAQ, por meio do monitoramento dos indicadores contratualizados e pela verificação de um conjunto de padrões de qualidade no próprio local de atuação das equipes;

<sup>27</sup> Recomendamos a leitura de Campos (2007b) sobre os aspectos metodológicos e conceituais da função Apoio.

II – Avaliação do acesso e da qualidade da atenção básica não relacionada ao processo de certificação: constituída por um processo avaliativo que contempla a avaliação da rede local de saúde pelas equipes de atenção básica e processos complementares de avaliação da satisfação do usuário e da utilização dos serviços (BRASIL, 2012b, p. 50).

O processo de Certificação consiste da verificação, por parte dos avaliadores externos, de uma série de padrões de qualidade alinhados aos padrões da AMAQ, e também organizados em dimensões e subdimensões semelhantes. Contudo,

ao contrário da autoavaliação (baseada exclusivamente em respostas dos próprios avaliados), a certificação terá como base principal evidências constatadas por meio de documentos (atas, relatórios, instrumentos, prontuários etc.), da observação direta e outras fontes verificáveis [...] (*idem*, p. 52).

A nota geral que cada equipe de atenção básica irá receber, e que a colocará em comparação com as demais equipes do próprio município e municípios pertencentes ao mesmo estrato, será composta por uma somatória de notas envolvendo: (1) a implementação de processos auto-avaliativos (usando ou não a AMAQ); (2) a verificação de desempenho do conjunto de indicadores contratualizados na fase 1; e (3) a verificação de evidências do conjunto de padrões de qualidade (BRASIL, 2012c). Na Tabela 3, temos a atribuição dos pesos de cada uma dessas dimensões:

TABELA 3 – Percentual da nota final da certificação, conforme dimensão (Fonte: BRASIL, 2012b, p. 40).

<b>Dimensão</b>	<b>Percentual da Nota Final da Certificação</b>
I – Implementação de processos autoavaliativos	10%
II – Verificação do desempenho alcançado para o conjunto de indicadores contratualizados	20%
III – Verificação de evidências para um conjunto de padrões de qualidade	70%

O instrumento de avaliação externa (BRASIL, 2012d) prevê um processo onde a avaliação externa tem quatro módulos distintos, segundo o método de coleta de dados:

Módulo I - Observação na Unidade Básica de Saúde, objetiva avaliar as condições de infraestrutura, materiais, insumos e medicamentos da Unidade Básica de Saúde. Para isso, o avaliador da qualidade deverá ser acompanhado por um profissional da equipe. Este módulo será aplicado em todas as UBS do país, incluindo os municípios que não aderiram ao PMAQ, pois é integrante tanto do PMAQ quanto do primeiro Censo Nacional das UBS.

Módulo II - Entrevista com o profissional da equipe de atenção básica e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde, objetiva obter informações sobre processo de trabalho da equipe e sobre a organização do cuidado com o usuário e, ao mesmo tempo, verificar documentos que apoiarão a avaliação da implantação de padrões de acesso e qualidade, realizada pelo avaliador da qualidade.

Módulo III - Entrevista com o usuário na Unidade Básica de Saúde, visa verificar a satisfação e percepção dos usuários quanto aos serviços de saúde no que se refere ao seu acesso e utilização.

Módulo IV - *Módulo on line*. Este Módulo da avaliação externa compõe um conjunto de informações complementares aos Módulos I, II e III. Essas informações devem ser respondidas por gestores e equipes no Sistema de Gestão da Atenção Básica [online] (BRASIL, 2012d, p. 11).

A quarta e última fase do PMAQ-AB é a fase de reconstrução. Segundo o Art. 7º da Portaria 1.654/2011, ela “se caracteriza pela pactuação singular dos municípios e do Distrito Federal com incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico” (BRASIL, 2011).

Pinto, Sousa e Florêncio (2012) chamam a atenção para o fato de que o PMAQ-AB se propõe a ser um processo em contínua evolução. O próprio texto oficial do Manual instrutivo coloca que

[...] considerando que o conceito de qualidade varia de acordo com o contexto histórico, político, econômico e cultural e conhecimentos acumulados sobre o tema, é esperado que o PMAQ seja constantemente aperfeiçoado, de modo a contemplar, progressivamente, a diversidade dos cenários em que será implantado; a necessidade de adequação dos critérios, parâmetros e ferramentas de avaliação e gestão, com vistas às novas demandas e desafios da Política de Atenção Básica e ao momento histórico de implantação do SUS; e a necessidade de revisão de conceitos, metodologias e ferramentas, com base no aprendizado institucional da implantação do PMAQ e na colaboração dos diferentes atores envolvidos (BRASIL, 2012b, p. 50).

## – CAPÍTULO IV –

### **Análise e discussão do conteúdo dos documentos oficiais do PAPD e do PMAQ-AB**

#### **4.1. A construção do sistema de categorias de análise**

Para construir o sistema de categorias de análise, foi necessário retomar os elementos teóricos e históricos de análise (Capítulo I). Como já de alguma forma antecipado na Introdução, utilizamos os dispositivos de controle implícito descritos por Lima (1996) como referencial teórico principal e ponto de partida. Na montagem do sistema de categorias de análise, foi preciso trabalhar este referencial levando em conta, principalmente, as características do dispositivo de controle explícito, no caso, a Avaliação do Desempenho do Trabalhador.

Revisitando os elementos teóricos e históricos de análise, temos que as principais características da Avaliação do Desempenho do Trabalhador, entendida como método inverso de prescrição do trabalho, são (1) o aprofundamento da alienação ou estranhamento do trabalho (ANTUNES, 1995; MARX, 2004) e (2) a internalização da lógica de mercado na sociedade e entre os trabalhadores, sendo a concorrência sua principal expressão (FOUCAULT, 2008). Desta forma, dividimos inicialmente as categorias de análise em dois grandes grupos: o primeiro, relativo à *alienação (estranhamento) do trabalho* e, o segundo, relativo à *concorrência*.

A característica mais marcante do primeiro grupo – alienação do trabalho – verifica-se no instrumento Avaliação do Desempenho do Trabalhador a partir da definição dos parâmetros da avaliação, de forma que o maior grau de alienação é alcançado quanto menor for a possibilidade de os trabalhadores participarem da definição desses parâmetros.

Já o segundo grupo tem sua principal expressão no instrumento Avaliação do Desempenho do Trabalhador, na utilização comparativa dos resultados alcançados para a composição de um sistema de recompensas. Grosso modo, o processo de avaliação

associado ao sistema de recompensas cria uma situação em que o objetivo primário do trabalhador, diante da avaliação, não é alcançar um bom desempenho, mas alcançar um desempenho melhor do que o do outro trabalhador, ou trabalhador concorrente à recompensa, nos itens pré-definidos como critérios de avaliação.

Esses dois grupos remetem ao que Guba e Lincoln (2011) definem como o propósito da avaliação – no caso, a alienação do trabalho e a instalação da concorrência entre os trabalhadores. Há ainda que se considerar a outra variável que, segundo os autores, consiste do modo de condução da avaliação. A partir desta consideração, propõe-se um terceiro grupo, cuja característica mais significativa, no instrumento Avaliação do Desempenho do Trabalhador, é composta pelo binômio quem-como executa a avaliação.

Definidos os três grupos de categorias – Parâmetros, Modo de Condução e Sistema de Recompensas – resta definir que categorias compõem cada um dos grupos e, neste momento, recorreremos aos dispositivos de controle implícito definidos por Lima. Faremos, a seguir, uma leitura hermenêutica destes dispositivos, um a um, buscando assim justificar seu enquadramento em cada grupo.

O primeiro dos dispositivos elencados é “a atenção dada ao cliente e a concentração sobre o exterior, consideradas como a ‘via mais rigorosa de disciplina’” (LIMA, 1996, p. 39). No instrumento Avaliação do Desempenho do Trabalhador, o principal mecanismo para se atingir tal situação é dado na definição de parâmetros centrados em resultados, ou seja, parâmetros que se verificam a partir da satisfação do cliente/usuário e, no caso específico em questão, em resultados sanitários. Denominar-se-á esta categoria de **foco no exterior**, e ela será enquadrada no grupo Parâmetros.

O segundo dos dispositivos elencados é “a pressão exercida pelos pares definida como o mais rigoroso dispositivo de controle” (*idem, ibidem*). No instrumento Avaliação do Desempenho do Trabalhador, o mecanismo para se atingir esta pressão é verificado tanto no Sistema de Recompensas, quando o desempenho individual possa interferir no resultado coletivo, quanto no modo de condução, quando o momento da avaliação incluir os componentes da equipe de trabalho.

Sennett (2012, p. 129) afirma que:

O poder está presente nas cenas superficiais do trabalho de equipe, mas a autoridade está ausente. Figura de autoridade é alguém que assume a responsabilidade pelo poder que usa. [...] As modernas técnicas de administração buscam fugir do aspecto 'autoritário' [...], mas fazendo isso os administradores conseguem escapar também de ser responsáveis por seus atos.

Desta forma, formulam-se duas categorias de análise a partir desse dispositivo: a primeira, denominada **controle pelos pares**, se refere ao grupo Modo de Condução, enquanto que a segunda, denominada **cobrança dos pares**, se refere ao grupo Sistema de Recompensas.

Da forma análoga, o terceiro dispositivo elencado, “o tamanho reduzido das divisões [equipes] que facilita sua gestão” (*idem, ibidem*) é um item implícito que pode ser verificado, na Avaliação do Desempenho do Trabalhador, tanto no Sistema de Recompensas quanto no Modo de Condução, guardando íntima relação com o dispositivo anterior. Desta forma, incorpora-se esse dispositivo na categoria controle dos pares – visto que o tamanho das equipes, neste caso, é um facilitador para a pressão exercida pelos pares<sup>28</sup> – enquadrada nos grupos Modo de Condução e Sistema de Recompensas.

O quarto dispositivo elencado é definido por Lima como “autonomia outorgada”, em que “o trabalhador tem a permissão de usufruir da sua liberdade de uma maneira que corresponda aos objetivos da empresa” (1996, p. 39). Neste caso, a contribuição da Avaliação do Desempenho do Trabalhador para este dispositivo é verificada, principalmente, na definição de parâmetros que privilegiem a iniciativa e a flexibilidade e, por outro lado, na ausência de parâmetros que expressem um controle mais rígido de elementos como carga horária, presença no local de trabalho etc. Portanto, denomina-se esta categoria como **autonomia outorgada**, e enquadra-se a mesma no grupo Parâmetros.

O quinto dispositivo, dentre os elencados por Lima, é definido pela mesma como

---

<sup>28</sup> Parte-se do pressuposto de que o efeito pressão exercida pelos pares se diluiria em caso de equipes muito numerosas, em que a relação interpessoal seria de menor intensidade e os resultados coletivos seriam mais distribuídos, ficando mais difícil responsabilizar um dos trabalhadores pela redução do resultado coletivo.

“os fundamentos éticos, como a valorização do trabalho considerado como um dever em relação à comunidade” (LIMA, 1996, p.39). Neste caso, há que se considerar uma variável diferente, uma vez que é da própria “natureza” do servidor público esta noção de “dever em relação à comunidade”. Contudo, é possível, através da Avaliação do Desempenho do Trabalhador, estimular esses fundamentos éticos, especialmente quando da definição de parâmetros que deem ao avaliador a possibilidade de julgar, subjetivamente, esse compromisso ético-político do trabalhador, que impõe ao trabalho um caráter de natureza moral. Portanto, neste caso, denominaremos esta categoria como **compromisso ético-político** que, conforme justificado, poderia ser enquadrada tanto no grupo Parâmetros quanto no grupo Modo de Condução. Opta-se pela sua introdução nos Parâmetros, e propõe-se a criação de uma nova categoria no grupo Modo de Condução, que se denominará **arbítrio gerencial**<sup>29</sup>, com a pretensão de envolver tanto essa circunstância da cobrança do compromisso ético como as demais situações em que o procedimento avaliativo dê ao avaliador a prerrogativa de interpretar subjetivamente o trabalhador sob avaliação.

O sexto dispositivo é definido como “a individualização dos salários e dos assalariados” (LIMA, 1996, p. 39). O objeto desta pesquisa são trabalhadores servidores públicos que, diferentemente dos trabalhadores de empresas privadas, possuem determinações legais de remuneração que tiram a autonomia do gestor em estipular salários individualmente. Entretanto, criam-se situações de remuneração por desempenho, atreladas aos resultados da Avaliação do Desempenho do Trabalhador, que permitem, embora em um grau menor, se atingir os objetivos deste dispositivo. Portanto, denominaremos esta categoria como **remuneração por desempenho**, e ela fica mais fielmente enquadrada no grupo Sistema de Recompensas.

O sétimo dispositivo elencado por Lima define-se como “a tentativa de criar consenso e um ambiente homogêneo (valores, regras e princípios compartilhados)”. A contribuição mais clara que a Avaliação do Desempenho do Trabalhador empresta a este dispositivo é na definição dos parâmetros a ele relacionados, o que lhes dá um caráter ‘científico’(‘objetivo’, qualificável) ou, ao menos, não questionável. Guba e

---

<sup>29</sup> Retomando o conceito de Marshall Dimock (*apud* LYNN JR., 2010, p. 45).

Lincoln (2011, p.42) salientam que o desenvolvimento de um instrumento de avaliação, mesmo que tido como objetivo, envolve juízos de valor, e que a delineação de objetivos implica “um consenso quanto aos valores, contanto que a discussão sobre as diferenças valorativas” não venham à tona. Utilizaremos a nomenclatura **introjeção**<sup>30</sup> **de missão e valores** para esta categoria – em que pese ela não incluir, do ponto de vista semântico, as características de homogeneização e de consenso que o texto de Lima traz de maneira explícita – e ela será incluída no grupo Parâmetros.

O oitavo dispositivo elencado define-se como “o autocontrole que substitui a coerção” (LIMA, 1996, p.40). Aqui, cabe uma breve digressão no sentido de aproximar o enunciado deste dispositivo com o que Foucault (2008) chamou de *Homo oeconomicus*. No contexto do avanço da ideologia neoliberal, é este homem *empreendedor de si mesmo* que passa a ser o responsável pelo próprio sucesso no mundo do trabalho, a partir dos seus méritos, habilidades e competências e, portanto, a coerção característica da disciplina do modelo do *taylorismo-fordismo* é substituída pelo autocontrole, ou seja, o *Homo oeconomicus* opera não pela coerção, mas movido pelo desejo de estabelecer-se no competitivo mercado de trabalho. O Sistema de Recompensas gerado pela Avaliação do Desempenho do Trabalhador, portanto, é o combustível principal para que se alcance o reconhecimento do sucesso. Portanto, esta categoria será denominada **motivação**, e ela fica definitivamente enquadrada no grupo Sistema de Recompensas.

O último dos dispositivos de controle implícito elencados por Lima (1996, p.40) consiste da “conjugação da exigência e da precisão com a flexibilidade”. Entende-se este dispositivo no contexto citado por Antunes (1995) e pela própria Lima (1996) da *intelectualização* do trabalho e da *especialização flexível*<sup>31</sup>. Exige-se, portanto, que o trabalhador consiga executar várias tarefas, com precisão e eficiência. O modo como a Avaliação do Desempenho do Trabalhador opera no sentido de estabelecer a exigência da especialização flexível, uma vez mais, consiste na definição de parâmetros em que

---

<sup>30</sup>Utiliza-se aqui o termo tomando-o emprestado da psicanálise. Roudinescu e Plon (1998, p.397) o definem como “termo introduzido por Sandor Ferenczi em 1909, para designar [...] a maneira como um sujeito introduz fantasisticamente objetos de fora no interior de sua esfera de interesse”.

<sup>31</sup> Segundo Antunes (1995, *Op. Cit.*), atribui-se a Sabel e Piore um pioneirismo na apresentação da tese da ‘especialização flexível’, entendida como uma nova forma produtiva ou um novo paradigma produtivo (p.17).

esta possa ser exigida do trabalhador. Assim, denominaremos esta categoria **especialização flexível**, e ela ficará enquadrada no grupo Parâmetros.

Uma vez feita essa leitura interpretativa dos dispositivos de controle implícito descritos por Lima, chegamos ao conjunto de categorias de análise que será utilizado, a seguir, para proceder à análise do conteúdo dos documentos oficiais do Programa de Avaliação Periódica do Desempenho (PAPD) dos servidores públicos municipais de Campinas e do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), do Ministério da Saúde. O Quadro 5 resume e (re)ordena essas categorias, compondo o Sistema de Categorias de Análise utilizado.

QUADRO5: Sistema de categorias de análise

GRUPO	CATEGORIAS
Parâmetros	Introjeção de missão e valores Compromisso ético-político Foco no exterior Autonomia outorgada Especialização flexível
Modo de Condução	Arbitrio gerencial Controle pelos pares
Sistema de Recompensas	Motivação Cobrança dos pares Remuneração por desempenho

Definido o sistema de Categorias de Análise, procederemos à análise de conteúdo dos dois programas objeto desta pesquisa, separadamente.

## **4.2. Análise do conteúdo do Programa de Avaliação Periódica do Desempenho (PAPD) dos servidores públicos municipais de Campinas (SP)**

### **4.2.1. Quanto aos parâmetros**

Em uma análise preliminar, é importante destacar que os parâmetros de avaliação do PAPD estão, quase todos, definidos *a priori* pelos dispositivos normativos que o instituem e regulamentam. Assim, os parâmetros avaliativos dos quatro tópicos que compõem o programa são estabelecidos da seguinte forma:

- (1) Evolução da qualificação: estão estipulados pela Lei 12.985/07 (CAMPINAS, 2007), na parte em que define quais tipos de cursos serão considerados e estabelece uma pontuação para cada um deles, dentro de cada grupo funcional.
- (2) Assiduidade: estão estipulados pelo art. 22 do Decreto 17.074/2010 (CAMPINAS, 2010).
- (3) Avaliação das Competências: estão estipulados pelo art. 19 do Decreto 17.074/2010 (*idem*).
- (4) Avaliação das Atribuições: estão estipulados pela Lei 12.985/07 (CAMPINAS, 2007). Neste caso, segundo o Manual do Sistema de Gestão de Pessoal (CAMPINAS, 2011), há margem para que o avaliador defina outras atribuições e distribua o peso de cada uma delas a seu critério.

Percebe-se, portanto, que não há, no PAPD, nenhuma margem para que o trabalhador possa participar da definição dos parâmetros de avaliação, o que configura, segundo Guba e Lincoln (2011), uma opção gerencialista, ou seja, um modo de realizar a prescrição invertida do trabalho. Da leitura de Campos (2007a), depreende-se um modo de gestão “que expropria a capacidade de governar da maioria”, configurando característica da Racionalidade Gerencial Hegemônica.

Tal situação fica mais evidente quando se observa que, segundo o Manual do Sistema de Gestão de Pessoal (CAMPINAS, 2011), há uma única possibilidade de revisão dos parâmetros, especificamente cabíveis ao tópico avaliação das atribuições;

esta será decorrente da “atualização das atribuições e especialidades dos cargos”, que é de responsabilidade da Coordenadoria Setorial de Cargos e Salários/DRH.

Os documentos oficiais pesquisados não falam propriamente de **missão e valores**, como é comum nas empresas. Entretanto, é preciso considerar, aqui, o caráter de homogeneização e formação de consenso, empregados a partir da formulação dos parâmetros.

Assim, é possível enxergar, de forma implícita, a imposição de determinados valores aos servidores públicos municipais, notadamente na descrição dos parâmetros de competências (CAMPINAS, 2010, Art. 19).

Pela leitura desses parâmetros, é possível depreender que o servidor público municipal de Campinas deve ter capacidade para desenvolver trabalho em grupo, postura colaborativa, capacidade de adaptação, ser hábil no trato interpessoal, ter iniciativa e compromisso com as metas e objetivos institucionais, ser compreensivo etc. Todos estes atributos expressam valores, muitos dos quais relacionados aos valores destacados por alguns autores (ANTUNES, 1995 e LIMA, 1996) como componentes das NPRH.

Da mesma forma, a partir da leitura desses parâmetros de competências, é possível vislumbrar o **compromisso ético-político** que é esperado (exigido) dos servidores públicos municipais submetidos ao PAPD. Há um item deste tópico que trata exatamente desta questão: “responsabilidade/comprometimento”, cujo *caput* diz, textualmente: “capacidade de disponibilizar todo o potencial em prol dos objetivos e metas da equipe” (CAMPINAS, 2010, Art. 19).

A análise dessas duas categorias de análise, neste momento, permite a inferência de um perfil profissional<sup>32</sup> que é prescrito e cobrado, a partir da Avaliação do Desempenho do Trabalhador: um profissional que seja comprometido com as metas e objetivos institucionais, e que tenha uma série de atributos análogos aos que são esperados daqueles que trabalham na iniciativa privada, sob a égide das NPRH (ANTUNES, 1995 e LIMA, 1996).

---

<sup>32</sup> Conf. Chiavenato, 2006.

Neste momento, vem à lembrança o texto do sítio Administradores.com, que repetimos: “para vestir a camisa, você deve sentir que faz parte de um time [...] É preciso acreditar no que você faz e compreender o objetivo de tanto esforço”. Entende-se, portanto, que o trecho citado, do Decreto 17.074/2010, traz exatamente essa dimensão: o compromisso ético-político esperado (exigido) é o de vestir a camisa da organização, no caso, a da instituição pública vinculada.

A questão de manter o **foco no exterior**, nos resultados, não é aparente nos documentos oficiais pesquisados com relação ao PAPD. Percebe-se que o conjunto avaliativo (os quatro tópicos) é muito mais voltado para questões do processo de trabalho e perfil do trabalhador do que, propriamente, para a questão de resultados, em que pese a referência presente, ainda nos parâmetros de competência, a “atingir o resultado estabelecido”, “em prol dos objetivos e metas”, entre outros. Presume-se que os diferentes órgãos públicos – e, no caso em estudo, os equipamentos de atenção básica à saúde - trabalhem com metas e objetivos definidos, e que isto seja cobrado, subjetivamente, no momento da avaliação das competências. Contudo, esta hipótese não é confirmada (nem desmentida) pelo conteúdo dos documentos oficiais analisados.

No que diz respeito à **autonomia outorgada**, percebe-se que, claramente, este é um ponto que não se faz presente no modelo avaliativo do PAPD. Ao contrário, as rígidas exigências quanto à assiduidade (que pune, inclusive, afastamentos legais do trabalho, como o caso de licença maternidade e até afastamentos por doença, mesmo que sejam por acidentes de trabalho) fornecem pistas de que, neste caso, ainda há um componente *taylorista-fordista*, mais afeito à disciplina e ao controle explícitos, muito forte na gestão do trabalho dos servidores públicos municipais de Campinas.

Já quanto à **especialização flexível**, a leitura e análise dos documentos oficiais do PAPD produzem evidências de sua utilização. Ao mesmo tempo em que é esperado que o trabalhador cumpra sua carga horária com rigidez e que cumpra suas atribuições previstas em lei, também é exigido que o mesmo apresente “capacidade de adaptação rápida a situações inesperadas e facilidade de encontrar novas alternativas para resolver problemas e adversidades” (CAMPINAS, 2010, Art.19).

Portanto, após a análise dos documentos oficiais do PAPD sob o crivo das

categorias de análise do grupo Parâmetros, tem-se um resultado de que o mesmo cumpre o papel de fazer a prescrição do trabalho, seja na dimensão das tarefas a serem executadas, seja na dimensão do perfil profissional que é exigido.

#### **4.2.2. Quanto ao modo de condução**

O modelo de aplicação da avaliação do PAPD pode, de maneira resumida, ser definido da seguinte forma: trata-se de uma avaliação periódica (anual) em que o trabalhador, em encontro com seu chefe imediato e na presença de até cinco trabalhadores componentes de sua equipe de trabalho, será informado do julgamento feito por este chefe a respeito da avaliação de suas competências e de suas atribuições no exercício do cargo. Será também informado a respeito de sua avaliação quanto à sua evolução da qualificação (caso o trabalhador tenha solicitado a inclusão de algum curso que tenha realizado no período) e quanto à sua assiduidade – lembrando que esses tópicos são de preenchimento automático.

No momento da aplicação do instrumento de avaliação, há uma expectativa de que haja um diálogo entre o trabalhador, seu chefe e os colegas de trabalho selecionados para fazer parte da avaliação. Contudo, havendo divergência quanto às notas ou critérios de avaliação, prevalecerá o julgamento da chefia (CAMPINAS, 2010).

Uma vez que os parâmetros são em grande parte subjetivos, tanto na avaliação das competências quanto na das atribuições (em que cabe à chefia atribuir o peso de cada item das atribuições na média geral), pode-se concluir que o instrumento utilizado pelo PAPD, a partir de sua descrição contida nos documentos oficiais analisados, confere ao avaliador – no caso, à chefia imediata – um alto grau de **arbítrio gerencial**.

A presença dos pares no ato da avaliação, se pode ser interpretada como uma iniciativa ‘participativa’, que em tese amplia a democracia institucional, e como uma proteção para o trabalhador ante o arbítrio da chefia, também pode, à luz do referencial teórico que orienta esta pesquisa, ser interpretada como um momento de **controle dos pares**, em que essa presença pode representar um possível constrangimento ao trabalhador avaliado, a depender do conteúdo do julgamento feito pela chefia e da

argumentação que o mesmo poderia desenvolver, em caso de divergência quanto a este julgamento.

Também é conveniente lembrar que os trabalhadores que compõem este coletivo de pares que acompanham o ato avaliativo são membros da mesma equipe de trabalho do trabalhador avaliado. Isto quer dizer que também estes trabalhadores serão avaliados (ou já terão sido) pelo mesmo chefe, o que potencializa os riscos de constrangimento e reduz as possibilidades desta presença significar alguma forma de proteção ao trabalhador.

#### **4.2.3. Quanto ao sistema de recompensas**

O sistema de recompensas do PAPD consiste, basicamente, na utilização do seu resultado para determinar a progressão na carreira do servidor público municipal de Campinas, conforme a lógica expressa na Lei 12.985/2007 (CAMPINAS, 2007).

Trata-se, portanto, de um processo oblíquo de **remuneração por desempenho**, uma vez que a progressão na carreira implica um aumento nos rendimentos do servidor público. Lima (1996, p. 34-35) faz uma distinção entre os modelos japonês e americano de NPRH, e cita que “a maior parte das empresas [...] quer imprimir o espírito de equipe (à moda japonesa), reforçando, simultaneamente, o esforço individual e o sucesso pessoal” (estilo americano).

O PAPD, seguindo essa distinção, se aproxima muito mais do estilo americano, uma vez que todo o processo avaliativo e todo o sistema de recompensas são pensados de maneira individual. Assim, a **motivação** do trabalhador para cumprir as exigências da Avaliação do Desempenho do Trabalhador consistiria na expectativa de uma progressão individual na carreira.

Neste contexto, fica clara a premissa de gerar um ambiente competitivo entre os trabalhadores, na medida em que a progressão não é alcançada pela simples consecução de determinados objetivos, metas, resultados, expectativas. A progressão só é alcançada se o desempenho do trabalhador, aferido pela avaliação, for superior ao desempenho de 95% dos colegas de mesmo grupo funcional (no caso da progressão

vertical) ou de 80% dos colegas de mesmo grupo funcional (no caso da progressão horizontal).

Uma vez que o modelo é comparativo, é impossível que, em uma rara situação hipotética, todos os servidores de um dado grupo funcional sejam promovidos. Na raríssima possibilidade de todos atingirem a nota máxima – que, hipoteticamente, seria o ideal – o resultado concreto seria a não-progressão de nenhum servidor, uma vez que nenhum deles teria sido melhor do que os outros.

Neste modelo de Avaliação do Desempenho do Trabalhador, a **cobrança dos pares** é uma categoria de análise não aplicável, uma vez que o que é valorizado é exclusivamente o desempenho individual. Neste modelo, ao contrário, corre-se o risco potencial de sabotagem dos pares, na expectativa de reduzir o desempenho do colega de forma a tornar mais próxima a própria progressão na carreira.

### **4.3. Análise do conteúdo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).**

#### **4.3.1. Quanto aos parâmetros**

O PMAQ-AB trabalha com um complexo escopo de parâmetros que, de maneira resumida, consiste dos indicadores de desempenho e de monitoramento, contratualizados com municípios e equipes na Fase 1, e uma gama de padrões de qualidade, utilizados em parte no momento de autoavaliação e no todo, quando da Avaliação Externa (BRASIL, 2012b).

Em todos os casos, os parâmetros estão determinados nos documentos oficiais pesquisados e, portanto, os trabalhadores das equipes de Atenção Básica não possuem qualquer possibilidade de participar de sua formulação, o que reforça a alienação ou estranhamento do trabalho (MARX, 2004) e a Racionalidade Gerencial Hegemônica (CAMPOS, 2007a).

Nos documentos pesquisados, encontramos uma clara referência ao uso do

PMAQ-AB no contexto de um modelo de gestão por resultados, em que a missão do Sistema Único de Saúde seria “garantir o acesso e a qualidade da atenção à saúde para toda a população brasileira” (ALENCAR, PEREIRA e RAMOS, 2012, p.8). Trabalha-se, portanto, no PMAQ, com a perspectiva de **introjeção de missão e valores** nos trabalhadores, valores estes que, segundo a interpretação feita do Manual Instrutivo do PMAQ-AB, foram construídos, na forma de indicadores e padrões de qualidade, “buscando sinergia entre o PMAQ e as prioridades pactuadas pelas três esferas de governo” (BRASIL, 2012b, p. 25).

No mesmo sentido, é possível perceber a exigência de um **compromisso ético-político**, presente, por exemplo, no trecho: “Estimular [...] a responsabilidade sanitária dos profissionais e gestores de saúde com a melhoria das condições de saúde e satisfação dos usuários” (*idem*, p. 8). A estratégia para este estímulo, como é da característica deste modelo de gestão, é a introdução de indicadores e padrões de qualidade que possam induzir este compromisso nos trabalhadores, uma vez que serão cobrados. Mais do que induzir “padrões de boas práticas” (*idem, ibidem*), busca-se aqui, também, se trabalhar com a modulação do perfil profissional.

Para Pinto, Sousa e Florêncio (2012, p. 5),

A adesão e contratualização individualizada por EAB tentou introduzir um dispositivo concreto de viabilização do reconhecimento intersubjetivo dos indivíduos, que devem se responsabilizar pelo conjunto de ações capazes de promover a ampliação do acesso e da qualidade da atenção básica.

A expectativa de um “reconhecimento intersubjetivo dos indivíduos” para que se responsabilizem pelo conjunto de ações pensadas pelos formuladores do programa também constitui evidência da tentativa de introjeção de missão e valores.

O **foco no exterior** é claramente identificado em várias passagens dos documentos oficiais analisados, a começar pela repetida referência à “satisfação do usuário” (BRASIL, 2011, 2012b, 2012c e 2012d). Aqui, é possível construir uma analogia entre o usuário do SUS e o “cliente” da empresa privada. A satisfação da clientela é um dos elementos centrais do PMAQ-AB (PINTO, SOUSA e FLORÊNCIO, 2012).

Entretanto, o foco no exterior verificado nos parâmetros do PMAQ-AB transcende o componente satisfação da clientela, uma vez que boa parte dos padrões de qualidade remetem a resultados (política de gestão por resultados) verificáveis externamente. Pelo instrumento de avaliação externa (BRASIL, 2012c), sempre que possível, é solicitada prova documental da realização do padrão de qualidade em questão.

O próprio momento avaliativo é denominado Avaliação Externa, uma vez que *experts* oriundos de instituições de ensino e pesquisa vêm verificar, *in loco*, as evidências de que os resultados esperados foram efetivamente alcançados.

O componente **autonomia outorgada** também se encontra presente na análise dos documentos oficiais pesquisados. No Manual Instrutivo do PMAQ-AB, o termo autonomia aparece remetido às dimensões de Educação Permanente e Apoio Institucional. No primeiro caso, reforça que é preciso, para a transformação do modelo de atenção que, entre outros, os trabalhadores tenham “maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras” (BRASIL, 2012b, p. 46). No segundo caso, encontra-se a referência de que o “apoio institucional na saúde deve buscar, portanto, a democracia institucional, a ampliação dos graus de autonomia dos sujeitos, a defesa da vida e dos princípios e diretrizes do SUS” (*idem*, p. 47).

No mesmo documento, encontra-se ainda a seguinte colocação:

a seleção dos elementos que comprovam adequação aos padrões de qualidade considera também soluções locais e inovações que cumpram os objetivos vinculados ao padrão, principalmente os relacionados aos processos de trabalho, não limitando a criatividade e proatividade das equipes e da gestão municipal (*idem*, p.52).

Percebe-se, portanto, que há um claro estímulo para que as equipes de Atenção Básica produzam soluções inovadoras, para atingir os resultados esperados pelos formuladores do Programa, constituindo exemplo inequívoco da prática da autonomia outorgada.

Por fim, o componente de **especialização flexível** também se encontra muito presente nos documentos analisados, em especial no documento AMAQ (BRASIL,

2012a), que define os padrões de qualidade. Existe um padrão de qualidade específico que remete à questão da formação, tanto do ponto de vista da titulação dos profissionais quanto do ponto de vista de suas “habilidades e competências”:

Os profissionais de nível superior da equipe de atenção básica têm formação qualificada para atuarem na AB. Tais qualificações contribuem para que desenvolvam ações de saúde mais resolutivas no território, promovendo melhor desempenho técnico e profissional, novas competências e habilidades, bem como melhoria nos processos de trabalho, planejamentos e intervenções da equipe. São exemplos de formação complementar: Especialização em Saúde da Família, Saúde Coletiva, Medicina Preventiva e Social, Residência em Medicina de Família e Comunidade, Especialização em Odontologia Preventiva e Social, Saúde Bucal Coletiva etc. (BRASIL, 2012a, p.57).

Um outro padrão de qualidade (abaixo) mostra com ainda maior clareza esta exigência de uma especialização flexível. Os dois padrões estão presentes na sub-dimensão “Perfil da Equipe”.

Os profissionais da equipe utilizam suas habilidades, conhecimentos e competências (para além das atribuições profissionais) em torno da ampliação da capacidade de equipe de produzir saúde de maneira compartilhada e motivadora. Por exemplo: liderança e criatividade, capacidade de produzir inovações e lidar com dissensos, mediação de conflitos, capacidade de escuta (BRASIL, 2012a, p. 58).

#### **4.3.2. Quanto ao modo de condução**

O PMAQ-AB constitui um instrumento de avaliação bastante complexo, com vários momentos. Entre estes, dois em especial configuram momentos avaliativos: o momento da autoavaliação (primeira dimensão da Fase 2) e o momento da Avaliação Externa (Fase 3).

Para o momento da autoavaliação, o PMAQ-AB permite um processo mais livre, embora tenha a recomendação/oferta da utilização da AMAQ (BRASIL, 2012a) como instrumento. Sua utilização não é, portanto, exigida, mas se mostra particularmente útil, na medida em que define os padrões de qualidade que serão utilizados para a avaliação externa.

O momento de avaliação externa, por sua vez, pode ser considerado, efetivamente, o ato avaliativo propriamente dito. Dizemos isto porque a fase de autoavaliação é considerada neste momento, e pontua na classificação final em um sistema binário: foi feita ou não foi feita. Para que se pontue, neste caso, a equipe deve apresentar ao avaliador externo documento comprobatório desta realização (ata de reunião de equipe, por exemplo). Se puder comprovar que fez uma autoavaliação, a equipe recebe os pontos atribuíveis (10% do total); se não houver essa comprovação, não recebe os pontos. Assim, para efeito do resultado da avaliação, pouco importa o produto da autoavaliação<sup>33</sup>.

Conforme já mencionado no Capítulo anterior, a avaliação externa é composta por quatro módulos, distintos pelo método de coleta de dados. É importante reforçar que o avaliador é um sujeito externo, oriundo de instituição de ensino e/ou pesquisa parceira do Ministério da Saúde.

Relembrando o citado no Capítulo anterior, no módulo 1, o avaliador irá observar as condições de infraestrutura, materiais, insumos e medicamentos da Unidade Básica de Saúde. No módulo 2, caberá ao avaliador entrevistar o trabalhador designado pela equipe para esse momento; a este, serão feitas perguntas sobre o processo de trabalho e sobre a organização do cuidado ao usuário, bem como lhe serão solicitados os documentos comprobatórios, conforme o padrão de qualidade em questão. No módulo 3, o avaliador entrevistará um usuário do serviço, buscando as informações referentes à satisfação do mesmo. E o módulo 4 consiste da consulta *online* de questões complementares aos módulos anteriores, que deverão ser respondidas pelos gestores ou pelos trabalhadores (a depender da atribuição) na plataforma eletrônica do Programa.

Diante do exposto, percebe-se que, na Avaliação do Desempenho do Trabalhador prescrita pelo PMAQ-AB, há uma possibilidade menor de **arbítrio gerencial**. Talvez o momento em que isto possa acontecer não seja na condução da avaliação, mas na fase de adesão/contratualização. Entretanto, como afirmam Pinto, Sousa e Florêncio (2012), a necessidade de que a equipe também assine a adesão e

---

<sup>33</sup> Talvez por isto haja tamanha liberdade na escolha do método por parte da equipe.

contratualize os indicadores de desempenho e monitoramento constitui uma potencial defesa dos trabalhadores contra o arbítrio gerencial.

Tampouco se observa a pressão exercida pelos pares – **controle dos pares** – no ato de condução da avaliação, uma vez que a relação direta existente é entre o avaliador externo e um representante da equipe (Módulo 2 da avaliação externa).

#### **4.3.3. Quanto ao sistema de recompensas**

O caráter competitivo do PMAQ-AB fica explícito em seu modo de configuração do pagamento do componente de qualidade do PAB, variável em função do desempenho obtido pelas equipes da Atenção Básica. Assim, utiliza-se a técnica estatística de agrupamento, para classificar as equipes da atenção básica pertencentes a um mesmo estrato em quatro categorias possíveis: Muito acima da média; acima da média; na média ou abaixo da média e insatisfatório.

Com as mudanças introduzidas pela Portaria 535/2013 (BRASIL, 2013a), a categoria insatisfatório fica restrita às equipes de serviços/unidades que não cumprirem os requisitos mínimos de permanência. As demais possibilidades de classificação se referem à distância em relação à média, calculada por desvios-padrão, de forma que sempre haverá equipes classificadas nas três categorias, sendo impossível a hipotética situação de todas as equipes receberem 100% do componente de qualidade do PAB variável (pois, para que se fique “muito acima da média”, é necessário que outras equipes estejam na média e abaixo dela). Se todas as equipes atingissem a nota máxima, estariam todas na média e, portanto, fariam jus a apenas 20% do valor relativo ao referido componente. Este é o valor que é repassado às equipes quando da adesão, ou seja, um desempenho máximo de todas as equipes (situação ideal) não representaria nenhum investimento a mais nessas equipes.

O PMAQ-AB, *a priori*, não prevê um sistema de recompensas que atinja diretamente o trabalhador da equipe de Atenção Básica. O componente de qualidade do PAB variável significa um incentivo, que é transferido diretamente do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde correspondente.

Embora nos documentos oficiais não haja previsão de **remuneração por desempenho**, existem experiências<sup>34</sup>, em alguns municípios, em que os recursos do componente de qualidade do PAB variável são empregados, no todo ou em parte, à bonificação no rendimento dos trabalhadores. Segundo informação constante do sítio<sup>35</sup> do DAB, a implantação do PMAQ-AB “é uma oportunidade de viabilizar ou instrumentalizar a adoção de mecanismos de remuneração por desempenho”.

Tal informação encontra consonância com o padrão de qualidade 1.14:

A gestão municipal remunera os trabalhadores considerando também o desempenho das equipes de atenção básica. Reconhece e valoriza o processo de trabalho das equipes a partir de critérios bem definidos, pactuando por meio de instrumentos de planejamento, contratualização e avaliação de metas e resultados. A gestão promove o apoio técnico e gerencial para as equipes com desempenho insatisfatório e monitora e avalia os indicadores pactuados (BRASIL, 2012a, p. 35).

Uma vez que se trata de um Programa nacional, não é de responsabilidade do Ministério da Saúde a contratação e remuneração direta de trabalhadores da Atenção Básica à Saúde – esta é uma responsabilidade dos municípios, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012e). Assim, o mecanismo disponível é uma política de indução e estímulo, conforme se verifica nos trechos supracitados.

Se a remuneração por desempenho é apenas uma “oportunidade” a ser viabilizada pelos municípios, há que se refletir sobre que mecanismos de **motivação** são verificáveis para que os trabalhadores de municípios que não adotem a remuneração por desempenho vinculada aos recursos oriundos do PMAQ-AB possam se engajar no Programa.

Boa parte dos municípios, se não revertem diretamente aos trabalhadores das suas equipes de Atenção Básica pelo menos parte do componente de qualidade do PAB variável, o fazem indiretamente a partir da compra de materiais, insumos etc., que

---

<sup>34</sup> Existem vários relatos dessas experiências disponíveis no sítio da Comunidade de Práticas da Atenção Básica (sítio oficial do DAB), em especial as experiências inscritas na IV Mostra Nacional de Experiências em Atenção Básica/Saúde da Família. Elas podem ser acessadas no endereço: <http://www.atencaobasica.org.br/experi%C3%A2ncias-eixos/1-o-programa-nacional-de-melhoria-do-acesso-e-da-qualidade-pmaq-ab-e-mobiliza%C3%A7%C3%A3o> (Acesso em 12/10/2013).

<sup>35</sup> Disponível em [http://dab.saude.gov.br/oficina\\_remuneracao.php](http://dab.saude.gov.br/oficina_remuneracao.php). Acesso em 14/10/2013.

podem significar uma melhoria das condições de trabalho.

Não se pode também descartar a potência das recompensas simbólicas. Para Lima (1996, p. 24), “a sua função é de sustentar positivamente o comportamento” e, portanto, têm uma importância especial para as empresas que as adotam. Podemos pressupor que haveria um efeito similar em sua adoção nos serviços públicos de Atenção Básica à Saúde.

A forma de concorrência estabelecida pelo PMAQ-AB não é individual, mas sim por equipes. Neste cenário, a pressão exercida pelos pares adquire as características de **cobrança pelos pares**, em que há uma cobrança mútua entre os trabalhadores, uma vez que o desempenho individual de um trabalhador pode comprometer o resultado final de toda a equipe.

Tomem-se, por exemplo, os indicadores previstos na fase de contratualização, dentro da área estratégica “produção geral” (BRASIL, 2012b). Esta área comporta 12 indicadores, sendo que 4 deles são considerados indicadores de desempenho e, portanto, são utilizados no cálculo do resultado de Certificação da equipe. Entre os doze indicadores, existem os que são relativos ao trabalho dos profissionais médico, enfermeiro e agente comunitário de saúde.

Entretanto, entre os quatro indicadores de desempenho, todos são relativos ao trabalho do profissional médico: (1) média de consultas médicas por habitante; (2) proporção de consultas médicas para cuidado continuado/programado; (3) proporção de consultas médicas de demanda agendada; (4) proporção de consultas médicas de demanda imediata (ver Anexo 2).

Neste exemplo específico, todo o resultado da equipe nesta área estratégica depende do desempenho do profissional médico. Desta forma, toda a cobrança sobre o mau desempenho, por parte da equipe, será feita também sobre o profissional médico. Estimamos que este exemplo seja suficiente para demonstrar de que forma a cobrança pelos pares pode atuar dentro do escopo do PMAQ-AB.

Os quadros a seguir apresentam uma síntese dos achados relativos a cada grupo de categorias de análise nos dois programas estudados.

QUADRO 6: Resultados encontrados quanto aos Parâmetros

		PAPD	PMAQ-AB
Parâmetros	Introjeção de missão e valores	Homogeneização de um perfil profissional, definido nas competências esperadas.	Acesso e qualidade como missão. Valores expressos nos padrões de qualidade construídos “buscando sinergia entre o PMAQ e as prioridades pactuadas pelas três esferas de governo” (BRASIL, 2012b, p.25).
	Compromisso ético-político	“capacidade de disponibilizar todo o potencial em prol dos objetivos e metas da equipe” (CAMPINAS, 2010, Art.19).	“Estimular [...] a responsabilidade sanitária dos profissionais e gestores de saúde com as melhorias das condições de saúde e satisfação dos usuários” (idem, p.8).
	Foco no exterior	Aparece de maneira implícita. Processo avaliativo voltado para o processo de trabalho e perfil profissional.	Satisfação do usuário como elemento central. Alguns padrões de qualidade remetem aos resultados sanitários obtidos, embora a maioria seja relacionada ao processo de trabalho.
	Autonomia outorgada	Elemento ausente. Há regras de controle explícitas, como as relacionadas com a assiduidade, em um modelo mais próximo ao taylorismo/fordismo tradicional.	Estímulo à criatividade das equipes para encontrar soluções inovadoras para alcançar os padrões de qualidade pré-estabelecidos.
	Especialização flexível	Espera-se que o trabalhador tenha “capacidade de adaptação rápida a situações inesperadas e facilidade de encontrar novas alternativas para resolver problemas e adversidades” (idem).	Estímulo ao uso das habilidades, conhecimentos e competências dos trabalhadores, bem como da formação voltada à Atenção Básica.

QUADRO 7: Resultados encontrados quanto ao Modo de Condução

		PAPD	PMAQ - AB
Modo de condução	Arbítrio Gerencial	Parâmetros de competências e atribuições subjetivos. Chefe é o avaliador. Alto grau de arbítrio gerencial.	Reduzido, em função de parâmetros mais objetivos e verificáveis e do avaliador ser uma figura externa.
	Controle pelos pares	Presença dos pares no momento da avaliação, podendo gerar constrangimento ao trabalhador avaliado.	Não se dá no momento da avaliação, uma vez que a relação direta existente é entre o avaliador externo e um representante da equipe.

QUADRO 8: Resultados encontrados quanto ao Sistema de Recompensas

		PAPD	PMAQ - AB
Sistema de Recompensas	Motivação	Expectativa de progressão na carreira.	Recompensa simbólica. Perspectiva de investimentos na melhoria das condições de trabalho e em programas de remuneração por desempenho.
	Cobrança dos pares	Não cabe no contexto do Sistema de Recompensas, uma vez que apenas o desempenho individual é valorizado.	Cobrança mútua entre os trabalhadores, uma vez que o desempenho individual de cada trabalhador pode comprometer o resultado final de toda a equipe.
	Remuneração por desempenho	Progressão na carreira (que acarreta em ganho de remuneração) atrelada ao desempenho, comparado ao dos colegas.	Estímulo indireto à remuneração por desempenho (não é o MS quem paga os trabalhadores).

#### 4.4. Seguindo a discussão

O ponto de interseção mais evidente dos dois Programas é o fato de ambos se encontrarem no cotidiano do trabalho de um grupo específico de trabalhadores: os servidores públicos municipais de Campinas (SP), lotados em equipamentos de Atenção Básica à Saúde.

Existem outros. Seguindo o sistema de categorias de análise construído para dar suporte à análise de conteúdo, percebemos várias semelhanças e algumas diferenças entre os modos de estruturação do PMAQ-AB e do PAPD de Campinas. Explicitemos algumas delas.

Primeiramente, no que tange aos parâmetros, e que nos remete ao propósito da alienação ou estranhamento do trabalho, observamos que, em ambos os Programas,

há um componente decisivo: a separação entre quem planeja o trabalho e quem o executa se dá, sob o efeito da prescrição invertida do trabalho, na medida em que os trabalhadores, no caso, os servidores públicos municipais, não possuem nenhuma possibilidade de participar da construção/formulação dos parâmetros. Em ambos os casos, eles já estão formulados *a priori*, conforme tentamos demonstrar.

Outra característica em comum aos dois Programas se refere à existência de um Sistema de Recompensas, vinculado à avaliação, que busca a motivação dos trabalhadores a partir da instalação de um cenário competitivo, em que a concorrência entre os trabalhadores, ou entre equipes de trabalhadores, é o elemento central, um dos pilares do mercado.

Os Programas possuem algumas diferenças importantes – que, no caso em questão, considerando a dupla incidência sobre o mesmo grupo de trabalhadores – tendem a operar de maneira complementar.

Uma destas diferenças consiste na forma como ocorre a pressão exercida pelos pares: no PAPD, ela se dá no momento do ato avaliativo propriamente dito, enquanto que no PMAQ-AB ela ocorre ao longo do processo de trabalho, partindo da premissa de que o desempenho individual afeta negativa ou positivamente o desempenho da equipe.

Decorrente desta, uma outra diferença marcante diz respeito ao Sistema de Recompensas. Enquanto o PAPD considera apenas o desempenho individual, o PMAQ-AB valoriza o desempenho da equipe de Atenção Básica como um todo – embora o desempenho individual, como citado, seja determinante do desempenho coletivo. Operando conjuntamente, tem-se potencialmente uma potente máquina de pressão sobre os trabalhadores.

Uma última diferença que gostaríamos de demarcar é a que ocorre quando da concepção dos Programas: enquanto o PAPD tem uma estrutura definitivamente empresarial, o PMAQ-AB, embora lance mão implicitamente desta estrutura – como esperamos ter demonstrado – também recorre a concepções teóricas que remetem a ferramentas próprias de uma gestão democrática e inclusiva dos trabalhadores.

Podemos citar como exemplo a Educação Permanente e o Apoio Institucional, além das diversas menções à democracia institucional e ao protagonismo das equipes.

Entretanto, quando vamos analisar como se compõe o resultado final da avaliação, vemos que estes componentes têm um peso muito menor do que a avaliação dos padrões de qualidade voltados aos resultados, conforme fica mais claro na Tabela 3.

Assim, fica evidente que, embora envolva componentes estratégicos para uma gestão democrática e inclusiva, a resultante do PMAQ-AB, sob nossa visão, é mais próxima às NPRH. A própria utilização competitiva dos resultados da avaliação nos deixa com pouca margem para uma conclusão diferente.

Feita essa breve, porém importante, comparação entre os Programas, entendemos que é preciso ainda problematizar alguns chamados “efeitos colaterais” da operação da gestão do trabalho pela Avaliação do Desempenho do Trabalhador. Para Souza e Cunha (2013, p.8),

o efeito colateral mais evidente desta cultura avaliativa é que os trabalhadores (assim como os estudantes na escola) se distanciam das finalidades da instituição e se dedicam a obter os melhores resultados nas avaliações.

Desta forma, a Avaliação do Desempenho do Trabalhador, como elemento indutor da concorrência, contribui de maneira decisiva para ampliar o grau de alienação, na medida em que provoca um deslocamento do objeto de interesse do trabalhador da finalidade do trabalho para um bom desempenho na avaliação. Ainda segundo Souza e Cunha (2013, p.8), “não é nova a pergunta a respeito do quanto o efeito alienante é realmente secundário, ou de fato contribui significativamente para produzir melhores condições de subordinação e manipulação das pessoas”.

Seria um contra-argumento a afirmação de que, mesmo que os trabalhadores não participem da decisão, mesmo que haja uma prescrição invertida do trabalho que amplia o grau de alienação, se o resultado disto fosse um efetivo incremento de qualidade nos serviços prestados, revertida em benefício da população, não seria um problema, e sim uma solução para o Sistema Único de Saúde.

Se, no Brasil, a adoção desse instrumento de gestão sobre o trabalho da Atenção Básica é novidade, não permitindo ainda estudos sobre sua efetividade na melhoria do sistema de saúde, em outros países há um cabedal de experiências que podem ser observadas. Segundo Gérvas & Fernández (2008), a remuneração por desempenho na atenção primária foi inicialmente implantada na Austrália em 1994, depois se estendendo a outros países, como Inglaterra, Canadá, Estados Unidos e Nova Zelândia. Os autores fazem um resumo de dez publicações internacionais sobre o tema. Vejamos algumas das conclusões:

- Antes de se adotar medidas inovadoras em qualidade, é preciso demonstrar a efetividade dessas medidas;
- A publicação e publicidade de dados sobre a qualidade do desempenho tem pouco efeito prático;
- Ao medir e pagar pela qualidade do desempenho podemos estar contribuindo para diminuir a qualidade clínica;
- Foram identificados problemas éticos no pagamento por desempenho nos Estados Unidos;
- O pagamento por desempenho pode pôr em risco a relação médico-paciente e diminuir o profissionalismo médico;
- Em relação ao tabagismo, há evidências de melhora do processo de trabalho e dos resultados sanitários com a adoção do pagamento por desempenho;
- Os médicos generalistas ingleses consideram positivamente a introdução da avaliação de desempenho, associada à redução das horas trabalhadas, melhor remuneração e satisfação com o trabalho.

No mesmo sentido, Campbell *et al* (2009, p. 377), em estudo sobre os efeitos da remuneração por desempenho na qualidade da atenção primária na Inglaterra, encontraram que

a aceleração inicial na taxa subjacente de melhoria da qualidade após a introdução do pagamento por desempenho não foi sustentada. Se o objetivo de pagamento por desempenho é prover incentivos para atingir

metas, o esquema alcançou esse objetivo (tradução livre).

Por outro lado, os autores falam de consequências inesperadas, “incluindo a redução na qualidade de alguns aspectos do cuidado não ligado aos incentivos e à continuidade dos cuidados” (*idem*, p. 377) (tradução livre).

A experiência internacional, portanto, não é animadora no que se refere à implantação de modelos centrados na avaliação e remuneração por desempenho, pelo menos no que tange aos resultados sanitários, e confirma uma indução do trabalho a partir dos parâmetros de avaliação, em acordo com a conclusão a que chegaram Souza e Cunha.

Temos, portanto, a adoção de um modelo de gestão do trabalho que amplia o grau de alienação e incute uma lógica de mercado entre os servidores públicos, sem que haja uma evidência clara de que tal adoção impacte positivamente sobre os resultados sanitários. Entretanto, existem evidências claras de que a adoção deste tipo de gestão do trabalho provoca prejuízos de diversas ordens aos trabalhadores a ele submetidos (SENNETT, 2012; BOUYER, 2010; SPILKI *et al*, 2009).

Por fim, e com o que acreditamos ter um efeito de síntese desta discussão, ficamos com as palavras de Campos, em prefácio ao livro “Desafios da avaliação de programas e serviços de saúde”, quando afirma que

A utilização da avaliação em políticas públicas, com a função de aproximá-las da lógica e da racionalidade do mercado, é uma escolha deliberada, iluminada por uma concepção de mundo, que vê na competição permanente entre os atores sociais, pessoas e organizações, julgados segundo a competência e o mérito, uma forma de construir-se qualidade e eficiência (CAMPOS, 2011, p. 14).

## – CONCLUSÕES –

Sintetizamos a seguir algumas das conclusões possíveis desta pesquisa, com relação à questão central e aos objetivos propostos:

- As Novas Políticas de Recursos Humanos adotadas no setor privado têm como características principais, entre outras, a inversão da lógica da clássica prescrição do trabalho – observada sob uma administração no molde taylorista-fordista – reforçando, entretanto, os aspectos de alienação (estranhamento) do trabalho e induzindo um ambiente competitivo e pouco solidário entre os trabalhadores;
- A Avaliação do Desempenho do Trabalhador assume o papel de principal dispositivo objetivo das NPRH, e é instrumento por meio do qual também operam os dispositivos subjetivos;
- Os programas que constituem o *corpus* empírico desta pesquisa (PMAQ-AB e PAPD) constituem instrumentos de Avaliação do Desempenho do Trabalhador aplicados à gestão do trabalho no âmbito do serviço público de Atenção Básica à Saúde;
- A análise de conteúdo dos discursos normativos do PAPD e do PMAQ-AB revela que se encontram presentes, em ambos, vários dos elementos que caracterizam as NPRH típicas do setor privado contemporâneo.
- As características das NPRH encontram-se presentes, com diferentes nuances, nos dois programas, sendo verificáveis nos três grupos de categorias de análise destacados: quanto aos parâmetros ou critérios de avaliação, quanto ao modo de condução e quanto ao sistema de recompensas;
- A utilização da Avaliação do Desempenho do Trabalhador como estratégia de gestão do trabalho dos servidores públicos lotados em equipamentos de Atenção Básica à Saúde de Campinas (SP), considerando-se a análise do discurso normativo dos dois Programas, se aproxima da utilização que é feita no âmbito das NPRH do setor privado.

## – CONSIDERAÇÕES FINAIS –

Os resultados da análise de conteúdo dos documentos do Programa de Avaliação Periódica do Desempenho da Prefeitura Municipal de Campinas e do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, que constitui o cerne desta pesquisa, permitem concluir, com base nos referenciais teóricos adotados, que os programas em questão possuem, em seus respectivos discursos normativos, vários pontos de aproximação com as estratégias gerenciais consideradas conjuntamente como *Novas Políticas de Recursos Humanos*.

O emprego desta estratégia de gestão do trabalho, que tem sido cada vez mais utilizada nas empresas privadas – principalmente a partir da crise capitalista dos anos 1970 – acontece em um contexto em que, a partir da ascensão de Fernando Collor à Presidência, teve início um processo contínuo de transformação econômica, política e cultural na sociedade brasileira, com importantes reflexos na estruturação do Estado brasileiro, que reconhecemos nesta pesquisa como a Contra-Reforma do Estado (BEHRING, 2003; MARCH, 2009; CEBES, 2012) e que, seguindo a leitura de Foucault (2008) e Mészáros (2011), podemos definir como uma intervenção do mercado no Estado (e na sociedade).

Ainda na Introdução deste trabalho, tomamos esta Contra-Reforma do Estado brasileiro como um *fato histórico*, em acepção *gramsciana*, o que significa que a filosofia (ou ideologia) neoliberal imbricou-se com a sociedade brasileira, produzindo resultantes. Uma dessas resultantes é a transformação do aparelho estatal brasileiro, na qual a ‘privatização’ da gestão do trabalho dos servidores públicos é apenas um componente.

Diante das condições crônicas de subfinanciamento e de modelos de gestão que fazem com que a própria presença de servidores públicos, atuando na Atenção Básica à Saúde, fique bastante comprometida; ou, também, diante de políticas de viabilização do setor privado na Saúde, que tornam até mesmo a perspectiva constitucional de um Sistema Único de Saúde, universal e integral, neste cenário, cada vez mais utópica, talvez a referida ‘privatização’ da gestão do trabalho dos servidores públicos seja um

componente menos relevante.

Dentro deste cenário mais amplo, a percepção de que há um processo de privatização da gestão dos servidores públicos pode passar facilmente despercebida. Ao trazer à tona esta questão, nesta pesquisa, buscamos de alguma forma evidenciar esta forma de privatização, entendendo-a como parte importante de um processo de ampliação da Hegemonia neoliberal no âmbito do Estado e da sociedade brasileira.

Coutinho (2009) e Cavalcante (2010) trazem leituras do pensamento *gramsciano* relacionadas à questão da *Vontade Coletiva*. Para Cavalcante,

A hegemonia pode ser entendida como a capacidade de 'direção intelectual e moral' que um grupo social exerce sobre os demais e sobre a sociedade como um todo, quando absorve, num projeto totalizador, a vontade de grupos subalternos, na formação de uma *vontade coletiva*, enquanto fundamento e concretização da organização dos diversos setores sociais, em torno de um projeto (CAVALCANTE, 2010, p.4, grifo nosso).

A autora constrói sua análise apontando a possibilidade histórica de construção (contra hegemônica) de um projeto socialista, mas consideramos pertinente e necessário visualizar a questão na perspectiva do processo de afirmação da hegemonia neoliberal vigente. Não se trata, portanto, de culpabilizar ou responsabilizar um ou um conjunto de governantes, mas de reconhecer o grau de avanço, do ponto de vista 'intelectual e moral', da ideologia neoliberal. Retomando Campos, visualizamos uma opção "iluminada por uma concepção de mundo" (2011, p.14) que absorve esta ideologia e busca construir "qualidade e eficiência" nos serviços públicos a partir da adoção dos seus instrumentos gerenciais.

Assim, a associação destes instrumentos, provocando a indução da concorrência entre os trabalhadores, através de sistemas de recompensa baseados no desempenho, tenta construir uma subjetividade empresarial nos trabalhadores, buscando a conformação do *Homo oeconomicus* (FOUCAULT, 2008).

Esta, talvez, seja a faceta mais relevante da adoção deste modelo gerencial. Conforme aponta Dejours (2004), o trabalho real consiste exatamente na diferença entre o que é prescrito e o que é efetivamente realizado pelo trabalhador. Embora

busque capturar esta diferença, na qual reside o grau de autonomia do trabalhador, os instrumentos de avaliação do desempenho do trabalhador estudados seguem avaliando, de fato, o trabalho prescrito, e não o trabalho real.

Contudo, os efeitos subjetivos ('intelectuais, morais') desta forma de organização do trabalho resultam na instalação do mercado dentro do mundo do trabalho, reduzindo a potência da organização dos trabalhadores (como os sindicatos) e, repetindo as palavras de Dejours, conduzindo "ao desenvolvimento de condutas desleais entre pares e à ruína das solidariedades" (2004, p. 34).

Neste contexto, é importante ressaltar a limitação desta pesquisa em captar elementos do impacto da adoção destas políticas sobre a subjetividade dos servidores públicos lotados em equipamentos de Atenção Básica à Saúde do município de Campinas – o que poderia ser de alguma forma alcançado por uma pesquisa de natureza qualitativa que buscasse perscrutá-los, o que era um dos objetivos iniciais do nosso projeto (ver Anexo 3). Por diversas razões, não conseguimos executar este aspecto do projeto original.

Portanto, podemos apenas especular sobre estes impactos relativos a este conjunto específico de trabalhadores. Da mesma forma, podemos também especular sobre a possibilidade da existência de experiências singulares em que se adaptou o formato dos dois programas estudados de forma a conferir-lhes novo significado, como vimos acontecer com o próprio Programa de Saúde da Família que, conforme discutido no Capítulo II, iniciou-se como um programa focal ("cesta básica" de saúde) e acabou sendo ressignificado em experiências locais as mais diversas.

No "mundo da vida" (HABERMAS, 2012), na *práxis* do trabalho em saúde, as possibilidades de utilização de parte dos instrumentos contidos nos programas podem adquirir conotações as mais distintas, reforçando a diferenciação entre o prescrito e o real (DANIELLOU, LAVILLE e TEIGER, 1989; DEJOURS, 2004).

Tratar-se-iam de possíveis mecanismos de resistência à lógica hegemônica estabelecida pelos discursos normativos dos Programas, propiciando a construção de um "discurso prático" que poderia conduzir a uma "validação consensual, a um

compartilhamento da norma problematizada, produzindo então uma norma consensuada e legitimada” (MIRANDA, 2003, p.87).

Este discurso prático se oporia ao discurso teórico. Segundo Miranda, para Habermas, “toda ideologia tem como função obstruir, interditar a abertura dos discursos práticos e impedir a tematização dos fundamentos do poder” (*idem, ibidem*). Uma vez que seja possível, em espaços de poder compartilhado, que os critérios e modos de avaliação possam ser criticamente debatidos e eventualmente reformulados, produzindo discursos práticos singulares, ter-se-iam condições objetivas e subjetivas para o desenvolvimento de avaliações contra-hegemônicas à ordem neoliberal.

Admitindo estas perspectivas, ainda que hipotéticas, não podemos aqui estender as conclusões a que chegamos com relação aos Programas estudados a quaisquer processos de avaliação que possam incidir sobre a política pública e/ou ao trabalho no âmbito do serviço público de saúde.

Acreditamos mesmo que há uma necessidade de se ter serviços públicos de saúde com “qualidade e eficiência”, até como forma de se fortalecer e legitimar a ‘mão esquerda’ do Estado, retomando a alegoria de Bourdieu (1998). Contudo, temos o entendimento de que esta qualidade e eficiência não serão efetivas se desconsiderarem o papel protagonista dos trabalhadores da saúde – até porque o encontro destes com os usuários, que caracteriza o trabalho real em saúde ou o “trabalho vivo em ato” (MEHRY, 1997), considerando a predominância das tecnologias leves, se dá, conforme já discutido, em um espaço razoavelmente protegido da interferência da gestão.

Tampouco podemos deixar de reconhecer méritos no agora “trabalho morto” que constitui, por exemplo, o conjunto de padrões de qualidade construídos para o PMAQ-AB. Nosso questionamento com relação ao Programa se dá muito mais em função da maneira como foram construídos – excluindo da possibilidade de formulação os trabalhadores da saúde – do que propriamente em relação ao conteúdo dos mesmos; vários deles expressam efetivos consensos sobre a atuação da ABS, embora também vários deles expressem uma lógica produtivista de procedimentos.

Diante da possibilidade de que eles possam ser processados em espaços coletivos democráticos de forma a produzir “discursos práticos”, consideramos que podem mesmo ser de grande utilidade na *práxis* do trabalho em saúde.

Em que pesem as limitações, consideramos que o trabalho qualitativo de tipo documental que realizamos fornece elementos suficientes para nos permitir produzir estas reflexões, que podem ser importantes para se repensar, com novas perspectivas, a gestão do trabalho dos servidores públicos que trabalham na Atenção Básica à Saúde – e, quiçá, extrapolá-las para outras esferas do serviço público<sup>36</sup> que, de alguma forma, estejam submetidas a estratégias gerenciais similares.

Para Cavalcante (2010, p. 9) “a disputa por hegemonia pelas classes no interior do Estado, particularmente nas políticas públicas, configura-se como um campo de articulações [...] entre os diversos segmentos das classes subalternas”. A autora aponta, em consonância com o movimento da Reforma Sanitária Brasileira, para os mecanismos de Controle Social como arena para tornar o Estado permeável à interferência das camadas populares. Para ela, como questão nacional, a Saúde “pode constituir-se em um campo de possibilidades estratégicas na perspectiva de seu efetivo controle público” (*idem, ibidem*).

O Sistema Único de Saúde, desta maneira, pode ser visto, conforme pensado por seus formuladores, como uma possibilidade de política pública contra-hegemônica, inserido em um projeto nacional democrático e popular. Para tanto, existem vários arranjos e dispositivos possíveis.

Entendemos que a efetivação do Controle Social previsto constitucionalmente, como diretriz do Sistema Único de Saúde, constituiria um espaço muito mais potente para levantar as questões relativas à satisfação do usuário do que pesquisas episódicas – como as previstas no PMAQ-AB – sobre o tema.

Este mesmo Controle Social tem se mostrado capaz, ao menos em Campinas, de produzir suas análises e intervenções. Exemplo disto ocorreu na IX Conferência Municipal de Saúde, quando foi aprovada uma moção de repúdio ao PAPD em que os

---

<sup>36</sup> Como o fazem Souza e Cunha (2013, *op. cit.*)

delegados afirmam: “entendemos que a progressão funcional é um direito do servidor, que pode sim estar condicionada ao seu desempenho no cargo, mas nunca atrelada à competição entre colegas” (CAMPINAS, 2011b, p. 79). A reprodução do texto integral da referida moção encontra-se no Anexo 4.

A constituição de arenas de democracia institucional, como as propostas por Campos (1998; 2007a) agregariam ao Controle Social elementos de expressão e negociação permanentes dos desejos, interesses e necessidades do governo, dos trabalhadores e dos usuários, com perspectivas de processos e resultados melhores.

Da mesma forma, políticas de financiamento mais efetivas e estáveis seriam fundamentais para a consolidação do Sistema Único de Saúde, principalmente se levadas à cabo simultaneamente ao desmantelamento das diversas formas de subsídios ao setor privado – que, na lógica das atribuições não-exclusivas do Estado (BRESSER PEREIRA, 1996), compete com o sistema público.

Na perspectiva de que há uma disputa de natureza eminentemente ideológica entre as chamadas mão esquerda e mão direita do Estado (BOURDIEU, 1998), ou uma disputa (desigual) de hegemonias, no dizer *gramsciano*, a incorporação das Novas Políticas de Recursos Humanos no âmbito da administração pública nos parece um elemento de demonstração de supremacia da mão direita ou de expressão da hegemonia neoliberal.

Tomar conhecimento, conscientizar-se desta supremacia, não implica necessariamente uma postura derrotista por parte de quem, como nós, defende o Sistema Único de Saúde e o entende como uma trincheira contraditória na luta emancipadora pela construção histórica de uma nova sociedade, igualitária e justa.

Paulo Freire, importante pensador da educação, sugere que a “auto-inserção crítica na realidade, ou melhor, sua conscientização, faz com que sua apatia se transforme num estado utópico de denúncia e anúncio, um projeto viável” (FREIRE, 1979, p. 43).

Temos, portanto, a pretensão de que nossa pesquisa constitua uma, ainda que modesta, contribuição para esse processo de conscientização, na medida em que ajuda

a desvelar (denunciar?) uma faceta do processo de privatização do Estado brasileiro, que entendemos comprometer o SUS como um projeto historicamente viável e com forte potencial emancipador.

Para finalizar, recorramos uma vez mais a Paulo Freire:

Para mim o utópico não é o irrealizável; a utopia não é o idealismo, é a dialetização dos atos de denunciar e anunciar, o ato de denunciar a estrutura desumanizante e de anunciar a estrutura humanizante. Por esta razão a utopia é também um compromisso histórico (FREIRE, 1979, p. 16).

## – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS –

ALENCAR, B, PEREIRA, M. e RAMOS, N. *Curso de autoaprendizado – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB) – Apostila completa*. Realização: Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Observatório de Políticas de Segurança Alimentar e Nutrição e Universidade de Brasília. Brasília, 2012. Disponível em: [http://ecos-redenutri.bvs.br/tiki-download\\_file.php?fileId=149](http://ecos-redenutri.bvs.br/tiki-download_file.php?fileId=149). Acesso em 09/10/2013.

ANTUNES, R. *Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho*. Campinas, SP: UNICAMP, 1995.

ANTUNES, R. e ALVES, G. As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital. *Revista Educação & Sociedade*, v.25, n.87, p. 335-351, Campinas, SP: CEDES, 2004.

AROUCA, S. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. 1ª ed. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Trad. Luis Alberto Reto e Augusto Pinheiro. 1ª ed. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARRA, M.C. Uma leitura de Weber e Durkheim para a Relação Estado-Sociedade, em *Esboço para uma Análise do Governo Eletrônico. Pós – Revista Brasiliense de Pós-Graduação em Ciências Sociais*, p. 107-126. 10ª ed., Brasília: UnB, 2011.

BATISTA, P. N. *O consenso de Washington: a visão neoliberal dos problemas latino-americanos*. 1994. Disponível em [http://www.fau.usp.br/cursos/graduacao/arg\\_urbanismo/disciplinas/aup0270/4dossie/nogueira94/nog94-cons-washn.pdf](http://www.fau.usp.br/cursos/graduacao/arg_urbanismo/disciplinas/aup0270/4dossie/nogueira94/nog94-cons-washn.pdf). Acesso em 18/08/2013.

BEHRING, E.R. *Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda dos direitos*. São Paulo: Cortez; 2003.

BOSI, M.L.M. e MERCADO-MARTÍNEZ, F.J. Avaliação de políticas, programas e serviços de saúde: modelos emergentes de avaliação e reformas sanitárias na América Latina. In: ONOKO CAMPOS, R. e FURTADO, J.P. *Desafios da avaliação de programas e serviços de saúde: novas tendências e questões emergentes*. 1ª ed. Campinas, SP: Editora da Unicamp, p. 41-62, 2011.

BOURDIEU, P. *Contrafogos: táticas para enfrentar a invasão neoliberal*. Trad. Lucy Magalhães. 1ª ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

BOUYER, G.C. Contribuição da Psicodinâmica do Trabalho para o debate: “o mundo contemporâneo do trabalho e a saúde mental do trabalhador”. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v. 35, n. 122, p. 249-259. São Paulo, 2010.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/Constituicao\\_Compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Constituicao_Compilado.htm). Acesso em 01/07/2013.

\_\_\_\_\_*Lei Nº 8.031, de 12 de abril de 1990*. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8031impressao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8031impressao.htm). Acesso em 30/08/2013.

\_\_\_\_\_*Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. A reforma do aparelho do Estado e as mudanças constitucionais: síntese e respostas às dúvidas mais comuns*. Brasília: MARE, 1997.

\_\_\_\_\_*Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 1.654 de 19 de julho de 2011* – Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-BA, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável. 2011a. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/108814-1654.html>. Acesso em 19/09/2012.

\_\_\_\_\_*Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 535, de 03 de abril de 2013* – Altera a Portaria nº 1.654/GM/MS, de 19 de julho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), e a Portaria nº 866/GM/MS, de 3 de maio de 2012, que altera o prazo para solicitação da avaliação externa no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0535\\_03\\_04\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0535_03_04_2013.html). Acesso em 09/10/2013.

\_\_\_\_\_*Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ (Série B. Textos básicos de saúde)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

\_\_\_\_\_*Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ: Manual Instrutivo)*. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

\_\_\_\_\_*Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Instrumento de Avaliação Externa do Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica*. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Brasília: Ministério da Saúde, 2012c.

\_\_\_\_\_*Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de*

Atenção Básica. *Documento síntese para avaliação externa – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica* (Série B. Textos básicos de saúde). Brasília: Ministério da Saúde, 2012d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica* (Série E. Legislação em saúde). Brasília: Ministério da Saúde, 2012e.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. *Decreto Nº 7.133, de 19 de março de 2010* - Regulamenta os critérios e procedimentos gerais a serem observados para a realização das avaliações de desempenho individual e institucional e o pagamento das gratificações de desempenho de que tratam as Leis nºs 9.657, de 3 de junho de 1998, 10.484, de 3 de julho de 2002, 10.550, de 13 de novembro de 2002, 10.551, de 13 de novembro de 2002, 10.682, de 28 de maio de 2003, 10.768, de 19 de novembro de 2003, 10.871, de 20 de maio de 2004, 10.883, de 16 de junho de 2004, 11.046, de 27 de dezembro de 2004, 11.090, de 7 de janeiro de 2005, 11.095, de 13 de janeiro de 2005, 11.156, de 29 de julho de 2005, 11.171, de 2 de setembro de 2005, 11.233, de 22 de dezembro de 2005, 11.344, de 8 de setembro de 2006, 11.355, de 19 de outubro de 2006, 11.356, de 19 de outubro de 2006, 11.357, de 19 de outubro de 2006, 11.784, de 22 de setembro de 2008, 11.890, de 24 de dezembro de 2008, e 11.907, de 2 de fevereiro de 2009. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Ato2007-2010/2010/Decreto/D7133.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato2007-2010/2010/Decreto/D7133.htm). Acesso em 03/10/2013.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). *Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS) – Saúde*. Brasília: Ipea, 2011b.

BRAVERMAN, H. *Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX*. Trad. Nathanael Caixeiro. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987.

BRESSER PEREIRA, L.C. Da administração pública burocrática à gerencial. *Revista do Serviço Público*, 47 (1), 1996. Disponível em <http://www.bresserpereira.org.br/papers/1996/95.AdmPublicaBurocraticaAGerencial.pdf>. Acesso em 19/09/2013.

CAMPBELL, S.M. et al. Effects of Pay for Performance on the quality of Primary Care in England. *The New England Journal of Medicine* [online], 361 (4), p. 368-378, 2009. Acesso em 19/12/2012.

CAMPINAS, Prefeitura Municipal de. *Lei no. 12985, de 28/06/2007*, “Dispõe sobre o Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos dos Servidores do Município de Campinas e dá outras providências”. Publicada no Diário Oficial do Município em 29/06/2007. Disponível em: [http://www.campinas.sp.gov.br/bibjuri/suplemento\\_29062007.pdf](http://www.campinas.sp.gov.br/bibjuri/suplemento_29062007.pdf). Acesso em 19/09/2012.

\_\_\_\_\_. Gabinete do Prefeito. *Decreto No. 17074, de 19/05/2010*. Regulamenta o Processo de Avaliação de Desempenho e Qualificação dos Servidores de Carreira. Publicado no Diário Oficial do Município em 20/05/2010. Disponível em:

<http://2009.campinas.sp.gov.br/bibjuri/dec17074.htm>. Acesso em 19/09/2012.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Recursos Humanos. Manual do Sistema de Gestão de Pessoal – Carreira – *Avaliação de Desempenho e Qualificação dos Servidores de Carreira*. 2011. Disponível em: [http://rh-manual.campinas.sp.gov.br/DOC/R102040PMC\\_PROCEDIMENTO.pdf](http://rh-manual.campinas.sp.gov.br/DOC/R102040PMC_PROCEDIMENTO.pdf). Acesso em 14/01/2013.

\_\_\_\_\_. Conselho Municipal de Saúde. *Relatório Final da IX Conferência Municipal de Saúde*. Versão preliminar. Disponível em: <http://suscampinas.files.wordpress.com/2012/02/versc3a3o-preliminar-relatc3b3rio-conferc3aancia2.pdf>. Acesso em 11/03/2013.

CAMPOS, G.W.S. A política pública de saúde e a avaliação no Brasil. Prefácio. In: ONOCKO CAMPOS, R. e FURTADO, J.P. *Desafios da avaliação de programas e serviços de saúde: novas tendências e questões emergentes*. 1ª ed. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2011.

\_\_\_\_\_. *A saúde pública e a defesa da vida*. 1ª ed. São Paulo: Hucitec, 1991.

\_\_\_\_\_. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cadernos de Saúde Pública*. V.14, nº 4, Rio de Janeiro, p. 863-870, 1998.

\_\_\_\_\_. *Saúde Paidéia*. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 2007b.

\_\_\_\_\_. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E.E. e ONOCKO, R. (orgs). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.

\_\_\_\_\_. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 2007a.

CAMPOS, G.W.S *et al.* Reflexões sobre a atenção básica e a estratégia de saúde da família. In: CAMPOS, G.W.S. e GUERRERO, A.V.P. (orgs). *Manual de práticas da atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. 1ª ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

CARCANHOLO, R.A categoria marxista de trabalho produtivo. *Anais do Encontro Nacional de Economistas Marxistas*, n. 1, Curitiba, 2007. Disponível em: <http://www.sep.org.br/artigos/download?id=1220&title...%E2%80%8E>. Acesso em 22/08/2013.

CARINHATO, P.H. Neoliberalismo, reforma do Estado e políticas sociais nas últimas décadas do século XX no Brasil. *Revista Aurora*, ano II, n.3. Marília, SP: UNESP, p. 37-46, 2008.

CASTRO, R.B. Eficácia, eficiência e efetividade na administração pública. *Anais do 30º Encontro da ANPAD*. Salvador, 2006. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/152758113/Eficacia-Eficiencia-e-Efetividade-na-Administracao-Publica>. Acesso em

25/08/2013.

CAVALCANTE, M.P. Hegemonia e formação da vontade coletiva em Gramsci. *Anais do Seminário Internacional "Gramsci e os Movimentos Populares"*. NUIPE, Niterói, 2010. Disponível em [http://www.nufipeuff.org/seminario\\_gramsci\\_e\\_os\\_movimentos\\_populares/trabalhos/Margarete\\_Pereira\\_Cavalcante.pdf](http://www.nufipeuff.org/seminario_gramsci_e_os_movimentos_populares/trabalhos/Margarete_Pereira_Cavalcante.pdf). Acesso em 21/12/2013.

CAVALCANTI, F.O.L. *Democracia no SUS e na Reforma Sanitária é Possível?* Um debate a partir da experiência da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Janeiro de 2003 a julho de 2005). Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010

CEBES. É hora de a sociedade brasileira abraçar o SUS. *Editorial da Revista Divulgação em Saúde para Debate*, número 48, p. 4-6, junho de 2012 (da série Cebes/Conasems).

CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciência e Saúde Coletiva* [online]. vol.10, n.4, p. 975-986, 2005.

CHIAVENATO, I. *Administração geral e pública – série provas e concursos*. 1ª ed. (6ª reimp.). Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

COELHO, I.B. *Formas de pensar e organizar o sistema de saúde: os modelos assistenciais em saúde*. In: CAMPOS, G.W.S e GUERRERO, A.V.P. (orgs). *Manual de práticas da atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. 1ª ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

COUTINHO, C. N. O conceito de vontade coletiva em Gramsci. *Revista Katálysis* [online], v.12, n.1, p. 32-40, 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rk/v12n1/05.pdf>. Acesso em 28/12/2013.

CUNHA, G.T. *A construção da clínica ampliada na atenção básica*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Campinas, SP: FCM/Unicamp, 2004.

DANIELLOU, F., LAVILLE, A. e TEIGER, C. Ficção e realidade do trabalho operário. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v.17, n. 68, p. 7-13, 1989.

DEJOURS, C. Subjetividade, trabalho e ação. *Revista Produção*, v.14, n.3, p. 27-34, 2004.

DONNANGELO, M.C.F. *Saúde e sociedade*. 1ª ed. São Paulo: Hucitec, 2011.

DUBOIS, C.A., CHAMPAGNE, F. e BILODEAU, H. Histórico da avaliação. In: BROUSSELLE *et al.* (orgs) *Avaliação: conceitos e métodos*. Trad. Michel Colin. 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 19-39, 2011.

DUBOIS, V.F.C.R. e GARCIA, F.C. Sedução e subjetividade em empresas brasileiras: a percepção de altos executivos aposentados. *Anais do XIV SemeAd*, 2011. Disponível em <http://www.ead.fea.usp.br/semead/14semead/resultado/trabalhosPDF/218.pdf>. Acesso em 19/09/2013.

ENGUITA, M.F. O discurso da qualidade e a qualidade do discurso. In: GENTILI, P.A.A. e SILVA, T.T. (orgs.) *Neoliberalismo, qualidade total e educação: visões críticas*. 2ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, p. 93-110, 1995.

FADEL, M.A.V. e REGIS FILHO, G.I. Percepção da qualidade em serviços públicos de saúde: um estudo de caso. *Revista de Administração Pública*, n. 43, pp. 7-22. Rio de Janeiro, 2009.

FONSECA, J.C.F. e VIEIRA, C.E.C. Análise pluridisciplinar das situações de trabalho: para além da avaliação de desempenho dos trabalhadores do setor de saúde pública no estado de Minas Gerais. *Revista Saúde e Sociedade*, v.20, n.11, p. 390-397. São Paulo: USP, 2011.

FONTENELE, M.F.M. Gestão do desempenho humano: um estudo de caso em um hospital geral de Fortaleza (CE). *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, v.15, supl. 1, p. 1315-1324, 2010.

FORD, H. *Os princípios da prosperidade de Henry Ford: as obras de Henry Ford: minha vida e minha obra, hoje e amanhã, minha filosofia da indústria*. Trad. Monteiro Lobato. 4ª ed. Rio de Janeiro: Maria Augusta Delgado, 2012.

FOUCAULT, M. *O nascimento da biopolítica*. Curso dado no College de France (1978-1979). Trad. Eduardo Brandão. 1ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FRANCO, T.B. e MAGALHÃES JR, H.M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado. In: MERHY, E.E. *et al. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2004. Disponível em [http://www.ufpe.br/medicina/images/formularios/texto\\_isc\\_i\\_linha\\_de\\_cuidado\\_obrigatorio.pdf](http://www.ufpe.br/medicina/images/formularios/texto_isc_i_linha_de_cuidado_obrigatorio.pdf). Acesso em 18/03/2013.

FREIRE, P. *Conscientização*. 1ª ed. São Paulo: Cortez & Moraes, 1979.

FURTADO, J.P e LAPERRIÈRE, H. A avaliação da avaliação. In: ONOCKO CAMPOS, R. e FURTADO, J.P. *Desafios da avaliação de programas e serviços de saúde: novas tendências e questões emergentes*. 1ª ed. Campinas, SP: Editora da Unicamp, p. 19-39, 2011.

GÉRVAS, J. e FERNÁNDEZ, M.P. Pago por desempenho (pay for performance [P4P]). *AMF4* (6), p 344-352, 2008.

GIL, C.R.R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 22 (6), p. 1171-1181. Rio de Janeiro, 2006.

GRAMSCI, A. *Concepção Dialética da História*. Trad. Carlos Nelson Coutinho. 4ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1981.

GRUPO EFEITO PLACEBO. *Manifesto Efeito Placebo*. Mimeo. João Pessoa, PB, 2004.

GUBA, E.G. e LINCOLN, Y.S. *Avaliação de quarta geração*. Trad. Beth Honorato. 1ª ed. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2011.

HABERMAS, J. *Teoria do Agir Comunicativo: Sobre a crítica da razão funcionalista*. Vol. 2. Trad. Flávio Beno Siebeneichler. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2012.

HARVEY, D. *Condição pós-moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural*. Trad. Adail Ubirajara Sobral. 7ª ed. São Paulo: Edições Loyola, 2007.

HEINRICH, C.J. Como avaliar o desempenho e a efetividade do setor público. In: PETERS, B.G. e PIERRE, J. (orgs.) *Administração Pública: coletânea*. São Paulo: Editora UNESP; Brasília: ENAP, p. 53-75, 2010.

HOBBSAWM, E.J. *Estratégias para uma esquerda racional*. Trad. Anna Maria Quintino. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1991.

L'ABBATE, S. *Direito à saúde: discursos e práticas na construção do SUS*. 1ª ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

LIMA, M.E.A. *Os equívocos da excelência: as novas formas de sedução na empresa*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1996.

LOTTA, G.S. Avaliação de desempenho na área pública: perspectivas e propostas frente a dois casos práticos. *RAE eletrônica*, V1, No 2, 2002. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/raeel/v1n2/v1n2a12>. Acesso em 13/08/2013.

LYNN Jr, L.E. Gestão Pública. In: PETERS, B.G. e PIERRE, J. (orgs.) *Administração Pública: coletânea*. São Paulo: Editora UNESP; Brasília: ENAP, pp. 33-52 2010.

MARCH, C. A contra-reforma do Estado Brasileiro e seus efeitos no trabalho em saúde nos serviços públicos. *Revista Tempus – Actas de Saúde Coletiva*, Brasília: NESP, 2011.

MARX, K. *Manifesto do Partido Comunista*. Trad. Álvaro Pina. 1ª ed. São Paulo: Boitempo, 2007.

\_\_\_\_\_. *Manuscritos Econômico-Filosóficos*. Trad. Jesus Ranieri. 1ª ed. São Paulo: Boitempo, 2004.

\_\_\_\_\_. *O Capital*. Livro I, Capítulo VI (inédito). São Paulo: Livraria Editora Ciências Humanas Ltda., 1978.

MAYO, E. *The human problems of an industrial civilization*. 8ª ed. London and New

York: Routledge, 2005.

MAXIMINIANO, A.C.A. *Introdução à administração*. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2000.

MEGGINSON, L.C. *et al. Administração: conceitos e aplicações*. 4ª ed. São Paulo: Harbra, 1998.

MERHY, E.E. e FRANCO, T.B. Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional. *Saúde em Debate*, ano XXVII, v. 27, n. 65. Rio de Janeiro: CEBES, 2003.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. In: MERHY, E.E. e ONOCKO, R. (orgs) *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997. Disponível online em <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-03.pdf>. Acesso em 15/09/2013.

MÉSZÁROS, I. *O desafio e o fardo do tempo histórico*. Trad. Ana Cotrim e Vera Cotrim. São Paulo: Boitempo, 2011.

MIGUEL, P.A.C. *Qualidade: enfoques e ferramentas*. 1ª ed. São Paulo: Artliber Editora, 2006.

MIRANDA, A.S. *Análise estratégica dos arranjos decisórios na Comissão Intergestores Tripartite do Sistema Único de Saúde*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). ISC/UFBA. Salvador, 2003.

MORAES, R. Análise de Conteúdo. *Revista Educação*, v. 22, n. 37, p. 7-32. Porto Alegre, 1999.

OHNO, T. *O sistema Toyota de produção: além da produção em larga escala*. 1ª ed. Porto Alegre: Bookman, 1997.

PAIM, J. *et al.* The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet*, Volume 377, Issue 9779, p. 1778-1797, 2011.

PETERS, B.G. e PIERRE, J. O papel da gestão pública no governo. In: PETERS, B.G. e PIERRE J. (orgs.) *Administração Pública: coletânea*, p. 15-29. São Paulo: Editora UNESP; Brasília: ENAP, 2010.

PHILADELPHO, P.B.G. e MACÊDO, K.B. Avaliação de desempenho como um instrumento de poder na gestão de pessoas. *Revista Aletheia*, n. 26, pp. 27-40, 2007.

PIERANTONI, C.R. *et al.* Avaliação de desempenho: discutindo a tecnologia para o planejamento e gestão de recursos humanos em saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, vol.45, n.spe, p. 1627-31, 2011.

PINTO, H.A., SOUSA, A. e FLORÊNCIO, A.R. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: reflexões sobre o seu desenho e processo

de implantação. *RECIIS: Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*. v.6, n.2, Sup. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. Disponível em <http://www.reciis.cict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/viewArticle/624/1083>. Acesso em 14/07/2013.

QUIVY, R. e CAMPENHOUDT, L.V. *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Trad. João Minhoto Marques, Maria Amália Mendes e Maria Carvalho. 5ª ed. Lisboa: Gradiva, 2008.

RIBEIRO, C.V.S e MANCEBO, D. O Servidor Público no Mundo do Trabalho do Século XXI. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 33 (1), p. 192-207, 2013.

ROUDINESCU, E. e PLON, M. *Dicionário de Psicanálise*. Trad. Vera Ribeiro e Lucy Magalhães. 1ª ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

SANTOS, C.J.E. *Avaliação de desempenho e sistema de incentivos*. Lisboa: ISCTE, 2010. Dissertação de Mestrado. Disponível em [http://repositorio-iul.iscte.pt/bitstream/10071/2857/1/Tese\\_vfinal.pdf](http://repositorio-iul.iscte.pt/bitstream/10071/2857/1/Tese_vfinal.pdf). Acesso em 09/10/2013.

SANTOS, N.R. *Contribuição para apoio ao III Simpósio de Política e Saúde*, do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), realizado de 7 a 9 de novembro de 2013, no Rio de Janeiro (RJ). Mimeo.

SÁ-SILVA, J.R., ALMEIDA, C.D. e GUINDANI, J.F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais*, Ano I, Número 1, 2009. Disponível em [http://www.unisc.br/portal/upload/com\\_arquivo/pesquisa\\_documental\\_pistas\\_teoricas\\_e\\_metodologicas.pdf](http://www.unisc.br/portal/upload/com_arquivo/pesquisa_documental_pistas_teoricas_e_metodologicas.pdf). Acesso em 01/04/2013.

SELDEN, S.C. Inovações e tendências globais nas práticas de gestão de recursos humanos. In: PETERS, B.G. e PIERRE J. (orgs.) *Administração Pública: coletânea*. São Paulo: Editora UNESP; Brasília: ENAP, 2010.

SENNETT, R.A. *Corrosão do caráter: o desaparecimento das virtudes com o novo capitalismo*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Bestbolso, 2012.

SILVA, L.M.V. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Z.M.A. e SILVA, L.M.V. (orgs.) *Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. 1ª ed. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 15-39, 2010.

SMITH, A. *A riqueza das nações: investigação sobre sua natureza e suas causas*. Trad. Luiz João Baraúna. Vol. I. São Paulo: Nova Cultural, 1996.

SOUZA, T.P. e CUNHA, G.T. *A gestão através da avaliação individualizante e competitiva como elemento comum nas políticas públicas e gerenciais contemporâneas: uma contribuição crítica de M. Foucault*. Mimeo. Campinas, SP, 2013.

SPIILKI, A. *et al.* O trabalho na contemporaneidade e suas implicações na subjetividade

dos trabalhadores. *Revista de Ciências Humanas*, v. 43, n.1, p. 165-179. Florianópolis: EDUFSC, 2009.

STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. 1ª ed. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TAYLOR, F.W. *Princípios de administração científica*. Trad. Arlindo Vieira Ramos. 8ª ed. São Paulo: Atlas, 1990.

WAGNER, R. e HARTEK, J.K. *12 elementos da gestão de excelência: como tornar seus funcionários mais comprometidos e sua empresa mais produtiva*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Sextante, 2009.

WEBER, M. *Economia e sociedade: fundamentos da sociologia compreensiva*. Volume 1. Brasília, Editora da UnB, p. 139-160, 1991.

## – ANEXOS –

### **ANEXO 1 – Compromissos das equipes e dos entes federados no PMAQ-AB**

(Adaptado de BRASIL, 2012b, pp. 20-23)

#### **O processo de contratualização prevê:**

- 1 – A assinatura de um Termo de Compromisso (TC) por parte da(s) equipe(s) de atenção básica com a gestão municipal;
- 2 – A assinatura de um TC entre a gestão municipal e o Ministério da Saúde no processo de adesão, que tem como pré-etapa a contratualização da gestão com suas equipes; e
- 3 – A assinatura de um TC e/ou uma resolução da CIB prevendo compromissos firmados entre a gestão municipal e estadual, para o apoio e participação no PMAQ.

#### **São compromissos das equipes e dos três entes de gestão:**

##### **I – Compromissos das equipes de atenção básica:**

- i. Organizar o processo de trabalho da equipe em conformidade com os princípios da atenção básica previstos no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica e na PNAB;
- ii. Implementar processos de acolhimento à demanda espontânea para a ampliação, facilitação e qualificação do acesso;
- iii. Alimentar o Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab) de forma regular e consistente, independentemente do modelo de organização da equipe;
- iv. Programar e implementar atividades, com a priorização dos indivíduos, famílias e grupos com maior risco e vulnerabilidade;
- v. Instituir espaços regulares para a discussão do processo de trabalho da equipe e para a construção e acompanhamento de projetos terapêuticos singulares;
- vi. Instituir processos autoavaliativos como mecanismos disparadores da reflexão sobre a organização do trabalho da equipe, com participação de todos os profissionais que constituem a equipe;
- vii. Desenvolver ações intersetoriais voltadas para o cuidado e a promoção da saúde;
- viii. Pactuar metas e compromissos para a qualificação da atenção básica com a gestão municipal.

##### **II – Compromissos das gestões municipais:**

- i. Garantir a composição mínima da(s) equipe(s) de atenção básica participante(s) do programa, com seus profissionais devidamente cadastrados no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES);
- ii. Manter alimentação regular e consistente do Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab), com informações referentes à(s) equipe(s) de atenção básica participante(s) do programa, permitindo o seu monitoramento permanente;
- iii. Garantir oferta mínima de ações de saúde para a população coberta por equipe de atenção básica, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e traduzidas pelos indicadores e padrões de qualidade definidos pelo programa;
- iv. Aplicar os recursos do Componente de Qualidade do PAB Variável em ações que promovam a qualificação da atenção básica;
- v. Estruturar a Coordenação de Atenção Básica, constituindo e garantindo condições de funcionamento da equipe de gestão responsável pela implantação local do programa;
- vi. Instituir processos de autoavaliação da gestão e da(s) equipe(s) de atenção básica participante(s) do programa;
- vii. Definir o território de atuação das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e a população adscrita por equipe de atenção básica;
- viii. Implantar apoio institucional e matricial à(s) equipe(s) de atenção básica domicílio;
- ix. Realizar ações de educação permanente com/para a(s) equipe(s) de atenção básica;
- x. Implantar processo regular de monitoramento e avaliação, para acompanhamento e divulgação dos resultados da atenção básica no município;
- xi. Realizar ações para a melhoria das condições de trabalho da(s) equipe(s) de atenção básica;
- xii. Apoiar a instituição de mecanismos de gestão colegiada nas Unidades Básicas de Saúde;
- xiii. Solicitar ao Ministério da Saúde avaliação externa das equipes de atenção básica participantes do programa, nos prazos estipulados;
- xiv. Apoiar a realização do processo de avaliação externa das equipes de atenção básica participantes do programa, oferecendo condições logísticas de hospedagem e transporte para a equipe de avaliadores externos.

### III – Compromissos das gestões estaduais:

- i. Instituir mecanismos de apoio institucional aos municípios participantes do programa, para potencializar os processos de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica;
- ii. Implantar processo regular de monitoramento e avaliação, para acompanhamento e divulgação dos resultados da atenção básica no Estado;
- iii. Ofertar ações de educação permanente e outras estratégias de qualificação da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado;
- iv. Pactuar, com a Comissão Intergestores Bipartite, estratégias e diretrizes para a implementação do programa no Estado, de acordo com suas diretrizes;

- v. Estimular e promover o intercâmbio de experiências entre os diversos municípios, para disseminar tecnologias e conhecimentos voltados para a melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica;
- vi. Contribuir com a coordenação nacional do processo de avaliação externa a que devem ser submetidas as equipes participantes do programa, por meio do Conass;
- vii. Realizar estudos sobre a viabilidade técnica e financeira para o estabelecimento ou orientação dos mecanismos de cofinanciamento estadual da atenção básica, em convergência com a Política Nacional de Atenção Básica.

#### IV – Compromissos do Ministério da Saúde:

- i. Assegurar a efetiva implementação do programa no âmbito nacional, estadual, do Distrito Federal e municipal;
- ii. Transferir regularmente os recursos referentes ao Componente de Qualidade do PAB Variável, de acordo com as regras do programa;
- iii. Efetuar a análise do cumprimento das condições de adesão e de permanência dos municípios no programa;
- iv. Elaborar instrumentos e promover processos de apoio institucional para subsidiar a implantação do programa;
- v. Ofertar ações de educação permanente e outras estratégias de qualificação da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado;
- vi. Implantar processo regular de monitoramento e avaliação, para acompanhamento e divulgação dos resultados da atenção básica no País;
- vii. Realizar avaliações que orientem o aperfeiçoamento do programa e ampliem sua capacidade de gestão e de adequação às necessidades dos atores envolvidos em sua implementação;
- viii. Financiar e coordenar (de maneira tripartite) o processo de avaliação externa a que devem ser submetidas as equipes participantes do programa;
- ix. Coordenar o processo de reconstrução de ações para melhoria da qualidade da atenção básica, de maneira singularizada com cada equipe de atenção básica participante do programa, a partir do seu desempenho no processo de certificação.

## **ANEXO 2 – Indicadores de Desempenho e Monitoramento da Fase 1 do PMAQ-AB, por Área Estratégica.**

(Adaptado de BRASIL, 2012b, pp. 26-29)

### **1. Saúde da mulher:**

Desempenho:

- 1.1 Proporção de gestantes cadastradas pela equipe de atenção básica;
- 1.2 Média de atendimentos de pré-natal por gestante cadastrada;
- 1.3 Proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre;
- 1.4 Proporção de gestantes com o pré-natal em dia;
- 1.5 Proporção de gestantes com vacina em dia;
- 1.6 Razão entre exames citopatológicos do colo do útero na faixa etária de 15 anos ou mais.

Monitoramento:

- 1.7 Proporção de gestantes acompanhadas por meio de visitas domiciliares.

### **2. Saúde da criança:**

Desempenho:

- 2.1 Média de atendimentos de puericultura;
- 2.2 Proporção de crianças menores de quatro meses com aleitamento exclusivo;
- 2.3 Proporção de crianças menores de um ano com vacina em dia;
- 2.4 Proporção de crianças menores de dois anos pesadas;
- 2.5 Média de consultas médicas para menores de um ano;
- 2.6 Média de consultas médicas para menores de cinco anos.

Monitoramento:

- 2.7 Proporção de crianças com baixo peso ao nascer;
- 2.8 Proporção de crianças menores de um ano acompanhadas no domicílio;
- 2.9 Cobertura de crianças menores de cinco anos de idade no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN).

### **3. Controle de Diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica:**

Desempenho:

- 3.1 Proporção de diabéticos cadastrados;
- 3.2 Proporção de hipertensos cadastrados;
- 3.3 Média de atendimentos por diabético;
- 3.4 Média de atendimentos por hipertenso.

Monitoramento:

- 3.5 Proporção de diabéticos acompanhados no domicílio;
- 3.6 Proporção de hipertensos acompanhados no domicílio.

**4. Saúde bucal<sup>37</sup>:**

Desempenho:

- 4.1 Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada;
- 4.2 Cobertura de primeira consulta odontológica programática;
- 4.3 Cobertura de primeira consulta de atendimento odontológico à gestante;
- 4.4 Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas.

Monitoramento:

- 4.5 Média de instalações de próteses dentárias;
- 4.6 Média de atendimentos de urgência odontológica por habitante;
- 4.7 Taxa de incidência de alterações da mucosa oral.

**5. Produção geral:**

Desempenho:

- 5.1 Média de consultas médicas por habitante;
- 5.2 Proporção de consultas médicas para cuidado continuado/programado;
- 5.3 Proporção de consultas médicas de demanda agendada;
- 5.4 Proporção de consultas médicas de demanda imediata.

Monitoramento:

- 5.5 Proporção de consultas médicas de urgência com observação;
- 5.6 Proporção de encaminhamentos para atendimento de urgência e emergência;
- 5.7 Proporção de encaminhamentos para atendimento especializado;
- 5.8 Proporção de encaminhamentos para internação hospitalar;
- 5.9 Média de exames solicitados por consulta médica básica;
- 5.10 Média de atendimentos de enfermeiro;
- 5.11 Média de visitas domiciliares realizadas pelo agente comunitário de saúde (ACS) por família cadastrada;

---

<sup>37</sup>A contratualização de indicadores de Saúde Bucal só se aplicará nas situações em que a adesão da EAB for vinculada a uma ESB.

5.12 Proporção de acompanhamentos das condicionalidades de saúde pelas famílias beneficiárias do Programa Bolsa-Família.

29

## **6. Tuberculose e hanseníase:**

Monitoramento:

6.1 Média de atendimentos de tuberculose;

6.2 Média de atendimentos de hanseníase.

## **7. Saúde mental:**

Monitoramento:

7.1 Proporção de atendimentos em Saúde Mental, exceto usuários de álcool e drogas;

7.2 Proporção de atendimentos de usuário de álcool;

7.3 Proporção de atendimentos de usuário de drogas;

7.4 Taxa de prevalência de alcoolismo.

## ANEXO 3 – Parecer do Comitê de Ética

FACULDADE DE CIÊNCIAS  
MÉDICAS - UNICAMP  
(CAMPUS CAMPINAS)



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Avaliação do Desempenho do Trabalhador da Saúde: perspectivas para a gestão do trabalho dos servidores públicos na Atenção Básica à saúde

**Pesquisador:** Paulo Navarro de Moraes

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 12031313.4.0000.5404

**Instituição Proponente:** Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP (Campus Campinas)

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 232.911

**Data da Relatoria:** 26/03/2013

#### Apresentação do Projeto:

O projeto visa uma análise qualitativa e compreensiva das percepções de trabalhadores da saúde a respeito da avaliação do seu trabalho, tendo em vista práticas de gestão inovadoras com base no desempenho. Os dados serão colhidos por meio de grupo focal, com a amostra contendo 10 indivíduos oriundos do sistema municipal de saúde de Campinas.

#### Objetivo da Pesquisa:

O objetivo da pesquisa é compreender como os trabalhadores percebem a avaliação do seu próprio trabalho, a partir da discussão do "Programa de Avaliação Periódica de Desempenho", vinculado ao Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos do Município de Campinas e do "Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB)", do Ministério da Saúde. O objetivo primário é então avaliar os efeitos desses programas nas percepções dos trabalhadores acerca do seu trabalho, e o secundário é caracterizar e discutir teoricamente os programas municipais de avaliação de desempenho a partir das percepções dos trabalhadores.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos são baixos, sendo relacionados a possíveis constrangimentos decorrentes da exposição de sua opinião em grupo focal. A participação é voluntária e os sujeitos podem se recusar a externar quaisquer opiniões. Os benefícios são consideráveis, pois a pesquisa pode oferecer uma

**Endereço:** Rua Tessália Vieira de Camargo, 126  
**Bairro:** Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887  
**UF:** SP **Município:** CAMPINAS  
**Telefone:** (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fom.unicamp.br

FACULDADE DE CIENCIAS  
MEDICAS - UNICAMP  
(CAMPUS CAMPINAS)



avaliação mais profunda dos efeitos de práticas de gestão a partir do olhar do próprio trabalhador. O material qualitativo pode permitir análises impossíveis de se obter por meio de avaliações quantitativas, bem mais comuns.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Creio que a pesquisa está bem desenhada, oferecendo as ressalvas e segurança necessária aos sujeitos de pesquisa. Os objetivos são adequados tendo em vista o material de pesquisa proposto. Ainda que a amostra seja pequena, os resultados podem ser importantes para a realização de pesquisas mais extensas no futuro.

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

O TCLE e a Folha de Rosto estão adequados e contém todas as informações necessárias.

**Recomendações:**

Nenhuma recomendação específica.

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

Concluo que a pesquisa está bem desenhada e eticamente adequada, com a possibilidade de oferecer resultados importantes para a compreensão do processo de trabalho na saúde.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

A pesquisa está bem desenhada e eticamente adequada, com a possibilidade de oferecer resultados importantes para a compreensão do processo de trabalho na saúde.

CAMPINAS, 01 de Abril de 2013

---

**Assinador por:**  
**Fátima Aparecida Bottcher Luiz**  
**(Coordenador)**

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126  
Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887  
UF: SP Município: CAMPINAS  
Telefone: (19)3521-8936 Fax: (19)3521-7187 E-mail: cep@fom.unicamp.br

## **ANEXO 4 – Moção de Repúdio ao Programa de Avaliação de Desempenho dos Servidores Municipais de Campinas**

(Adaptado de CAMPINAS, 2011b, p. 78-79)

Os delegados da IX Conferência Municipal de Saúde vêm manifestar seu repúdio à forma como a Prefeitura Municipal de Campinas enseja realizar a avaliação de desempenho dos seus servidores, em especial os da Saúde, expressa na lei 12985/2007 e que passa a acontecer a partir de julho de 2011, e expõem os motivos a seguir:

1. O modelo proposto condiciona a progressão funcional à avaliação de desempenho, baseada nos critérios de evolução da qualificação, avaliação funcional e assiduidade;
2. No que tange à assiduidade, o servidor que apresente faltas, mesmo que justificadas e previstas pelo estatuto do servidor, perderá pontos. Quem tiver mais que cinco faltas (por exemplo, uma servidora em licença-maternidade) terá nota zero neste quesito. O mesmo vale para afastamentos por doenças, mesmo as adquiridas no trabalho;
3. No que tange à avaliação funcional, que concentra a maior parte da pontuação possível, a proposta em vigor permite que os parâmetros de avaliação variem de servidor para servidor, a critério da chefia imediata. Essa forma personalizada de emitir pareceres significa uma perda da transparência na avaliação e progressão, além de dar margem ao abuso de poder e possíveis perseguições;
4. Apenas poderão pleitear a progressão os servidores que tiverem nota total superior à média de seus colegas de categoria funcional;
5. A progressão vertical é restrita a 5% dos servidores por ano, e a progressão horizontal a 20% dos servidores por ano, independentemente do número de servidores aptos a pleitear a progressão.

Os critérios apresentados constituem evidente tentativa de estimular a concorrência entre os servidores, de forma que conseguirão a progressão funcional e o conseqüente ganho financeiro não necessariamente os servidores que atingirem um nível satisfatório, mas sim aqueles que conseguirem ser melhores que seus colegas de trabalho.

Entendemos que a progressão funcional é um direito do servidor, que pode sim estar condicionada ao seu desempenho no cargo, mas nunca atrelada à competição entre colegas, nem a critérios discriminatórios e injustos como nos casos citados no item 2.

Entendemos também que é fundamental que os critérios de desempenho sejam construídos de forma singular, respeitando a diversidade de cenários de prática profissional de Campinas, e construídos em parceria com a comunidade que é usuária dos serviços públicos.

ARTIGO ORIGINAL • ORIGINAL ARTICLE

## Avaliação do desempenho do trabalhador como forma peculiar de prescrição do trabalho: uma análise do PMAQ-AB

*Employee performance appraisal as a peculiar way of prescribing work: an analysis of PMAQ-AB*

Paulo Navarro de Moraes<sup>1</sup>, Aparecida Mari Iguti<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Mestrando em Saúde Coletiva no Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) – Campinas (SP), Brasil. Professor da Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica (PUC) – Campinas (SP), Brasil. paulonm@yahoo.com.br

<sup>2</sup> Doutorado em Anthropologie Et Ecologie Humaine pela Université Paris Descartes (PARIS 5) – Paris, França. Professora Associada do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM/UNICAMP) – Campinas (SP), Brasil. iguti@fcm.unicamp.

**RESUMO:** Este artigo descreve a avaliação do desempenho do trabalhador como um instrumento de gestão do trabalho caracterizado por inverter a clássica prescrição do trabalho e tem como objetivo evidenciar a utilização deste instrumento na política pública de saúde, por meio da análise de conteúdo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Os resultados são apresentados e discutidos em três grupos de categorias de análise relativos aos parâmetros, ao modo de condução e ao sistema de recompensa. Conclui-se que o PMAQ-AB constitui instrumento de gestão afeito às novas políticas de recursos humanos, sendo forma peculiar de prescrição do trabalho em saúde.

**PALAVRAS-CHAVE:** Avaliação de desempenho; administração de recursos humanos; saúde pública; atenção básica à saúde.

**ABSTRACT:** *This paper describes the employee performance appraisal as a work management tool characterized by reversing the classical 'prescription of work' and aims to show the use of this tool in public health policy, analyzing the content of the National Program for the Improvement of Access and Quality of Primary Care (PMAQ-AB). The results are presented and discussed in three groups of analysis categories, (1) the parameters, (2) the ways to conduct the assessment processes and (3) the reward system. We have concluded that the PMAQ-AB has similar characteristics of new personnel management adopted by private enterprises but as a peculiar way of 'prescribed work' in health care system.*

**KEYWORDS:** *Employee performance appraisal; Personnel management; Public health; Primary health care.*